Univerzita Karlova

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Veronika Rybářová

Nedostatek všeobecných sester v lůžkové péči – skutečnost nebo mýtus

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Michal Růžička, Ph.D.

Praha 2020

Prohlášení

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

v Praze 20. května 2020 Bc. Veronika Rybářová

Poděkování

S velkou vděčností bych chtěla poděkovat panu PhDr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za čas, který věnoval vedení mé diplomové práce, za cenné rady a připomínky při jejím zpracování. Ráda bych poděkovala hlavním sestrám, které mi umožnily v jejich nemocnicích provést rozhovory se sestrami manažerkami. Dále děkuji mojí rodině za velkou trpělivost a podporu po dobu mého studia.

Obsah

Abstrakt ... 5
Abstrakt ... 6
I ÚVOD ... 7
II TEORETICKÁ ČÁST ... 9
1 Řízení lidských zdrojů ... 10
1.1 Řízení lidských zdrojů – manažerská literatura ... 10
1.2 Plánování počtu pracovníků podle manažerské literatury ... 12
2 Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví ... 14
2.1 Centrální úroveň plánování a regulace zdravotnického personálu ... 14
2.2 Lokální úroveň plánování počtu zdravotnických pracovníků ... 15
2.3 Profesně odborné přístupy k plánování počtu pracovníků ... 16
2.4 Obecně o metodikách plánování počtu pracovníků ... 16
3 Historický exkurz – lidské zdroje ve zdravotnictví ... 18
3.1 Období do roku 1918 ... 19
3.2 Období po roce 1918 ... 22
3.3 Legislativní kroky pro zvýšení počtu ošetřovatelského personálu. ... 27
3.4 Nový problém - zkrácení pracovní doby ... 31
3.6 Diskuze poslanců o ošetřovatelství po roce 1945 ... 35
3.7 Vladimír Pacovský a ošetřovatelství ... 38
3.8 Ošetřovatelství po roce 1970 ... 41
3.9 Ošetřovatelství po revoluci 1989 a po vzniku ČR ... 42
4 Počet ošetřovatelského personálu ve statistice ... 47
4.1 Tabulky a grafy ... 49
5 Řízení lidských zdrojů v ošetřovatelství - současnost ... 57
5.1. Literatura v ošetřovatelství zaměřená na řízení lidských zdrojů ... 57
5.2 Řízení personálních zdrojů - publikace Murray-Grohar a DiCroce ... 58
5.3 Řízení personálních zdrojů – české zdroje ... 60
5.4 Specializační vzdělávání „Organizace a řízení ve zdravotnictví“ ... 62
6 Metodiky výpočtu ošetřovatelského personálu ... 64
6.1 Metodika výpočtu personálu stanovená zdravotními pojišťovnami ... 64
6.3 Výpočet ošetřovatelského personálu – vzorec WHO ... 67
6.5 Prvotní studie k plánování počtu pracovníků ... 68
6.6 Výpočet ošetřovatelského personálu týmem IDVZP ... 70
6.7 Porovnání výsledků výpočtů personálu podle jednotlivých metod ... 72
7 Stanovení výzkumného problému ... 75
7.1 Hlavní výzkumná otázka ... 76
7.2 Znalosti metodik výpočtu personálu ... 76
7.3 Rozdělení činností ... 77
7.4 Kompetence sester a jejich dodržování ... 78
III DISKUZE ... 81
IV DOPORUČENÍ ... 88
V ZÁVĚR ... 93
Seznam použité literatury ... I
Seznam obrázků, tabulek a grafů ... IX
Seznam příloh ... X

Abstrakt

Diplomová práce analyzuje příčiny nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků poskytujících ošetřovatelskou péči v lůžkových zdravotnických zařízení a sleduje v širších souvislostech vývoj současného personálního stavu. Prostřednictvím manažerských metod pro stanovování počtu ošetřovatelského personálu zjišťuje, zda-li je na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení možné definovat stavy všeobecných sester jako nedostatečné, nebo jestli současný stav označovaný až za krizový, nemá spíše původ v nedostatečném počtu ostatního ošetřovatelského personálu.

Tato práce má ukázat, že nedostatečné stavy ošetřovatelského personálu nejsou problémem jen několika posledních let, ale provází s větší či menší naléhavostí celou novodobou historii českého zdravotnictví od počátku 20. století a prolíná se se všemi společenskými událostmi až do dnešních dnů. Východiskem pro současné hodnocení personálního stavu bude stručný historický exkurz tímto obdobím doplněný o širší analýzu profesních, legislativních a společenských vlivů, které měly přímý i nepřímý dopad na početní stavy ošetřovatelského personálu v nemocnicích v minulém období a jaké měly důsledky pro současnost. Zjišťuje, jak byly stanovovány počty ošetřovatelského personálu a jaké byly metody jeho získávání a naplňování. V teoretické části budou uvedeny a analyzovány metodiky stanovování potřebného počtu ošetřovatelského personálu pro lůžková oddělení nemocnic z manažerského hlediska. Období po roce 1989 bylo provázeno snahami o přeměnu socialistického plánování státního systému zdravotnictví na manažersky řízené zdravotnické společnosti implementací moderních manažerských a personalistických činností v těsné vazbě se zavádění metod řízení kvality.

V diskuzi a závěru budou výsledky a analýzy porovnány s teoretickými poznatky v oblasti řízení lidských zdrojů, s poznatky z ošetřovatelské teorie a praxe uváděné v dostupných odborných textech a v jiných závěrečných pracích v oboru organizace a řízení ošetřovatelství.

Klíčová slova: nedostatek sester, kompetence sester, nedostatek ošetřovatelského personálu, organizace a řízení, metodika výpočtu ošetřovatelského personálu.

Abstrakt

The thesis analyses causes of the lack of medical workers providing nursing care in inpatient facilities and observes in broader connections the progress of present staff condition. By means of managerial methods for determining number of nursing staff, it discovers, whether it is possible to define the number of nurses in inpatient medical facilities as insufficient, or whether the present number of nurses is critical with its origin in lack of other nursing employees.

This thesis is supposed to show that the lack of nurses is not only a problem in the last few years, but it has been here since the beginning of the 20th century and it has been connected with all social events to present days. Starting point of the evaluation of the situation will be a brief historical excursus with a brief analysis of professional, legislative and social impacts which influenced the number of nursing employees in the past and their consequences up to now. It studies the methods of determining, attracting and hiring the nursing emplyees. The theoretical part will state and analyse determination of necessary nursing employees for inpatient wards according to managerial viewpoint. After 1989, there was an attempt to change the planned health care system by implementing modern namagerial activities.

In the end, the results of the analysis of the theoretical findings in human resources management will be compared with the findings in nursing theory and experience mentioned in professional texts and other theses in the field of organization and management of nursing care.

Key Words: lack of nurses, nurses' kompetence, lack of nursing employees, organization and management, methodology of nursing personnel calculation.

I ÚVOD

Nedostatek všeobecných sester v lůžkové části jak státních, tak v soukromých zdravotnických zařízeních je poměrně často zmiňován ve sdělovacích prostředcích, v odborných kruzích a ve státních institucích, je silným tématem odborových organizací ve zdravotnictví a sociální péči (ČTK 2019). Název diplomové práce „Nedostatek všeobecných sester v lůžkové péči – skutečnost nebo mýtus“ koresponduje s tématem, kterému se chceme v práci věnovat. Trochu provokativní dovětek „skutečnost nebo mýtus“ plně vystihuje zaměření práce – prostřednictvím manažerských metod z oblasti řízení lidských zdrojů posoudit, zda-li je diskutovaný nedostatek a následné přetížení všeobecných sester v lůžkových zdravotnických zařízeních opravdu způsobený nedostatečným počtem všeobecných sester, nebo je jejich pracovní přetížení způsobeno nedostatečným počtem ostatního ošetřovatelského personálu.

O nedostatečném počtu všeobecných sester[1] v českých nemocnicích se hovoří již několik let, v současné době je situace umocněna mediálně šířenými informacemi o pozvolném a neustálém odchodu všeobecných sester z lůžkové péče mimo obor, do zahraničí a početná generace starších sester odchody do důchodu. Hovoří se až o krizové situaci (Bastlová 2018). Proč tato situace nastala? Co je její příčinou? Je řešitelná a jakými prostředky (ČAS 2018)? Přestože je to problém trvající už několik let, v odborné ošetřovatelské literatuře dosud systematicky zpracován nebyl. Vyskytuje se nejčastěji ve sdělovacích prostředcích a v novinových zprávách, v dílčích zaměřeních je častým tématem absolventských prací, článků v odborných zdravotnických časopisech, na internetových serverech a na sociálních sítích.

Éra téměř bezproblémové personální naplněnosti stavů ošetřovatelského personálu v posledním desetiletí socializmu a v krátkém porevolučním období končí v roce 2008. První informace o potencionální hrozbě nedostatku sester se objevily v roce 2008, kdy ze středních zdravotnických škol vyšli první absolventi oboru zdravotnický asistent a v praxi zdravotnických zařízení se zjistilo, že nemají stejné odborné kompetence jako všeobecná sestra. Problém začalo řešit Ministerstvo

[1] Dále bude v textu používán pro označení pracovní pozice „všeobecná sestra“ zjednodušený pojem „sestra“, pokud nebude nutná přímá identifikace všeobecná sestra nebo praktická sestra. Zároveň pro zjednodušení textu jsou pracovní pozice všeobecná, praktická sestra a zdravotnický asistent z genderového pohledu vnímány jako povolání vykonávané ženou nebo mužem.

zdravotnictví České republiky (dále jen „MZČR“) na legislativní úrovni novelizacemi zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních společně s novelizací vyhlášky č. 55/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků. S odstupem času byla schválena vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, která spíše kontraproduktivně legislativně potvrdila nedostatečné stavy zdravotnického personálu jak ošetřovatelského, tak lékařského.

Velká část práce bude právě věnována metodikám výpočtu potřebného personálu pro zdravotnictví, jejich popisu a analýze. V části historického popisu se bude zabývat rozborem událostí a skutečností, které měly přímý i nepřímý vliv na počet ošetřovatelského personálu. Zhodnotí, jaký dopad a praktický význam měly publikace přebírající manažerské metody do zdravotnictví resp. do ošetřovatelství vzhledem k využitelnosti metod řízení lidských zdrojů ve zdravotnických zařízeních. Budeme vycházet z naší české školy řízení lidských zdrojů, zejména z publikací J. Koubka. Obecné teorie managementu řízení lidských zdrojů z českých i zahraničních zdrojů problematiku určování počtu personálu ve zdravotnických zařízeních neřeší, spíše poskytují obecné rámce, které by mohly být modifikovány a které by mohly být pro metody výpočtu ve zdravotnickém prostředí použitelné. Uvedeme zde autory, kteří se přímo oblastí výpočtu potřebného počtu ošetřovatelského personálu pro lůžková zdravotnická zařízení podrobně zabývali.

Teoretická část bude doplněna o názory několika respondentek v řízených rozhovorech, které doplní odpovědi na otázky, jestli sestry ve vedoucích funkcích znají nebo mají povědomí o metodách výpočtů personálu, jestli umí definovat početní zastoupení jednotlivých kategorií ošetřovatelského personálu na svých odděleních a jestli stávající počet personálu je z pohledu vedoucích sester dostatečný a jeho složení adekvátní danému typu oddělení.

V závěru bude provedeno celkové shrnutí a diskuze, čím je tato práce přínosná a jaká doporučení z ní budou vyplývat pro zlepšení početních stavů personálu na lůžkových odděleních nemocnic.

II TEORETICKÁ ČÁST

Diplomová práce se zaměří na analýzu vývoje managementu personálního řízení ve zdravotnictví a zejména na jednu z důležitých personálních činností - stanovování potřebného počtu pracovníků ošetřovatelských týmů. Bude spočívat v definování obecných manažerských metod pro stanovení počtu pracovníků a v porovnání metodik výpočtu potřebného ošetřovatelského personálu ve zdravotnictví včetně definování jejich specifik.

Krátce se zmíní o vývoji legislativy mající vliv na početní stavy ošetřovatelského personálu ve zdravotnictví a jestli, eventuálně jaký, mají dopad na současné počty zdravotnických pracovníků. V této souvislosti bude vzat v úvahu i vývoj techniky a léčebných postupů, které mohou ve výsledku ovlivnit současné početní stavy ošetřovatelského personálu, jeho profesní složení, vzdělání a sociální status v českých nemocnicích (Kolářová, Drahoš 2016).

Regulace a počet zdravotnických pracovníků neprobíhá jen na lokální úrovni jednotlivých zdravotnických zařízeních, ale i na národní úrovni. Velký vliv na počet zdravotnického personálu mělo v roce 2004 schválení zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách výkonu nelékařských zdravotnických povolání (dále jen „zákon č. 96/2004 Sb.“), implementace evropské legislativy pro vzájemné uznávání kvalifikací a povolání do českého právního systému vztahující se mimo jiné i na požadavky na vzdělávání všeobecných sester (Směrnice EP 2005/36/ES) a navazující národní legislativa, kterou je vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Veškerý popis v teoretické části směřuje k zodpovězení otázky, jaká je tedy personální situace na lůžkových odděleních akutní, následné a dlouhodobé péče v nemocnicích a jestli je personální poddimenzovanost sester opravdu taková, jak se oficiálně uvádí.

Významnou součástí teoretické části bude stručný historický exkurz, který se zaměří na příčiny, souvislosti a události, které v minulosti ovlivňovaly početní stavy ošetřovatelského personálu a v podstatě predikoval současnou personální situaci ve zdravotnictví.

1 Řízení lidských zdrojů

Pojmy „řízení lidských zdrojů“ a „lidské zdroje“ v podstatě nahradily dřívější termín „personální řízení“. Je to označení procesů týkajících se řízení lidí v organizacích. Lze je definovat jako „s*trategický a logicky promyšlený přístup k řízení nejcennějšího statku organizace, tj. v ní pracujících lidí kteří jako jednotlivci i jako kolektivy přispívají k dosažení jejích cílů*“ (Armstrong 2005, s. 27).

Z manažerské literatury, která se zabývá teorií řízení lidských zdrojů a zejména výpočty potřebného počtu pracovníků, jsme vybrali tři autory, kteří jsou i v jiných závěrečných pracích často citovaní. Z českých autorů jsme jsou to Josef Koubek, kolektiv D. Martinovičové a ze zahraniční literatury překlady knihy M. Armstronga „Řízení lidských zdrojů“.

1.1 Řízení lidských zdrojů – manažerská literatura

Jedním z českých odborníků zaměřených na problematiku řízení lidských zdrojů Josef Koubek[1] se v několika po sobě jdoucích vydáních publikace „Řízení lidských zdrojů“ zabývá personálním plánováním v rámci obecného managementu. Podle něj je úkolem personální plánování, aby *„podnik měl nejen v současnosti, ale zejména v budoucnosti pracovní síly v potřebném množství, s potřebnými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi, s žádoucími osobnostními charakteristikami, optimálně motivované a s žádoucím poměrem k práci, flexibilní a připravené na změny, optimálně rozmístěné do pracovních míst i organizačních celků ve správný čas a s přiměřenými náklady“* (Koubek 1997, s. 31).

„*Podceňování potřeby personálního plánování popřípadě špatné plánování mohou mít pro podnik velmi nepříznivé důsledky. Personální činnosti postrádají koncepci a provádějí se zpravidla ex-post a nikoliv s žádoucím předstihem,… pohyb*

[1] Profesor na Katedře personalistiky Fakulty podnikohospodářské VŠE v Praze, od roku 1993 je členem mezinárodní pracovní skupiny organizující dlouhodobý výzkum řízení lidských zdrojů v Evropě a připravující tzv. Evropský model řízení lidských zdrojů.

pracovníků v rámci podniku bývá nahodilý,… pracovníci mají nedostatečnou představu o své budoucnosti … a pracovní kariéře, takže ti, kteří jsou schopnější a ambicióznější často dávají přednost odchodu do podniku, kde je jejich osobní perspektiva jasnější“ (Koubek 1997, s. 33).

Plánování lidských zdrojů se podle Armstronga zaměřuje na kvantitativní i kvalitativní stránku pracovníků a musí odpovídat na dvě základní otázky - kolik lidí a jaké lidi organizace potřebuje. „*Organizace působící v turbulentním prostředí… budou asi spoléhat na okamžitá a krátkodobá opatření týkající se získávání a udržení lidí* (Armstrong 2005, s. 332).

Armstrong dále uvádí, že „*typickými cíli plánování lidských zdrojů jsou získat a udržet si takový počet lidí, které organizace potřebuje a kteří zároveň mají požadované dovednosti, zkušenosti a schopnosti předcházet problémům souvisejícím s potenciálním přebytkem nebo nedostatkem lidí, formovat dobře vycvičenou a flexibilní pracovní sílu a tak přispívat k schopnosti organizace adaptovat se v nejistém a měnícím se prostředí“* (Armstrong 2005, s. 332).

Vhodnou strategií zabezpečování lidských zdrojů může firma získat konkurenční výhodu pro zaměstnávání schopnějších lidí než mají její konkurenti. Získávání a stabilizace klíčových pracovníků, kteří budou mít širší škálu dovednosti a budou mít takové chování, které bude maximalizovat jejich přínos organizaci způsobí, že dotyčná organizace bude atraktivním zaměstnavatelem a udrží si je tím, že nabídne lepší příležitosti a lepší odměny než jiní, vytvoří pozitivní psychologickou smlouvu zvyšující oddanost a vytvářející ovzduší vzájemné důvěry (Armstrong 2005, s. 334).

Martinovičová (2019) plánování počtu pracovníků doplňuje pohledem na finanční náklady jdoucí za zaměstnavatelem. Po rozborech možného zdrojového krytí a hospodárnosti se plán potřeby pracovníků stává součástí personálního plánu, který může mít různé formy i hloubku zpracování. V souvislosti s personálním plánem je nutné uvažovat také o nákladech souvisejících se zaměstnanci. Je možné pracovat s následujícími instrumenty, kterými jsou mzdy, odměny, prémie a podíly na zisku, náhrady mzdy za překážky v práci, za dovolenou, za svátky, vliv zvýšení mzdových tarifů, příplatky na stravu, sociální a zdravotní pojištění, náklady na pracovní oděv, vzdělávání, zvyšování kvalifikace a podobně (Martinovičová 2019, s.140).

1.2 Plánování počtu pracovníků podle manažerské literatury

K odhadům potřeby pracovníků lze použít různé metody, základní rozdělení je na intuitivní a kvantitativní metody. Intuitivní metodou je např. „Delfská“ metoda nebo takzvaná „Kaskádová“ metoda. Kvantitativní metody odhadu používají matematického či statistického metodologického aparátu a vyžadují zpravidla větší množství dat. V praxi se při odhadu budoucí potřeby pracovníků obvykle používají kombinace metod, často se kombinují metody intuitivní s metodami kvantitativními (Koubek 1997, s. 43).

„Delfská“ metoda (expertní metoda) spočívá v tom, že skupina expertů se snaží dosáhnout vzájemné shody pokud se týče budoucího vývoje všech možných faktorů, které by mohly ovlivnit budoucí potřebu pracovních sil v daném podniku. Jejím cílem je předpovědět budoucí vývoj v oblasti potřeby pracovníků pomocí nezávislých názorům. K „Delfské“ metodě má velmi blízko „Kaskádová“ metoda. Ta přináší nejen odhad perspektivní potřeby pracovních sil, ale i odhad pokrytí této potřeby z vnitřních zdrojů (Koubek 1997, s. 43).

Podle Koubka (1997, s. 48) se v našich podnicích tradičně používají některé kvantitativní metody odhadu potřeby pracovníků. Například při odhadech potřeby dělníků se používají metody založené na pracovních normách (tzv. normohodinách) nebo metody založené na analýze vývojových trendů.

Odhad potřebného počtu a struktury nedělnických kategorií pracovníků závisí do značné míry na dosavadních zkušenostech a znalostech specifických podmínek podniku a znalostech perspektivy rozvoje. Mohou se uplatnit i zkušenosti převzaté z jiných pracovišť. Vycházejí zpravidla z pozorování činností těchto pracovníků. Nejvhodnější metodou zůstává některá z intuitivních metod, například „Delfská“ metoda (Koubek 1997, s. 54).

Podle Armstronga (2005, s. 335) by se strategie zabezpečování lidských zdrojů měla například pokoušet odpovědět na následující otázky: kolik lidí budeme s ohledem na podnikový plán potřebovat, jaké dovednosti budou potřebovat, jestli bude možné pokrýt jejich potřebu z vnitřních zdrojů nebo kde je bude nutné hledat, co bude nutné udělat pro vytvoření kvalifikační základny, co bychom měli udělat v zájmu rozpoznání lidí s žádoucím potenciálem a v zájmu rozvoje jejich schopností, jestli budou problémy se získáním a udržením klíčových pracovníků, zda existují obavy ze snižování počtu pracovních míst a další podobné otázky. Plány pracovníků by se měly zabývat i tím, co

může vést k racionalizaci a možnému snižování počtu pracovních míst při zavádění nové techniky a technologie za účelem zvyšování produktivity. Míra, do jaké lze provádět plánování lidských zdrojů systematicky, bude záviset na povaze organizace a je-li její budoucnost dostatečně předvídatelná. Pak by mohlo být vhodné formální plánování (Armstrong 2005, s. 333).

Armstrong zmiňuje „Delfskou" metodu založenou na úsudku manažerů za nejtypičtější metodu předpovídání potřeby pracovníků s dodává, že „*pokud nejsou k dispozici spolehlivé podklady, může tato metoda představovat pouhé hádání z křišťálové koule*" (Armstrong 2005, s. 337).

Metodu založenou na časových studiích lze podle Armstronga použít v případech, kdy je možné pomocí časových studií vypočítat, jak dlouho by měly jednotlivé operace trvat a kolik budou vyžadovat pracovníků. I analýza počtu pracovníků odcházejících z organizace může poskytnout údaje, které lze použít při prognózování potřeby pracovníků, které bude nutné nahradit a k výpočtu ztrát spojených s jejich náhradou. Analýza může odhalit příčiny odchodů a vést k jejich odstranění. Mohou být identifikovány různé situace, např. výše mzdy, lepší perspektiva a jistota zaměstnání u jiné organizace, příležitost rozvíjet své dovednosti, lepší pracovní podmínky, špatné vztahy s manažerem nebo spolupracovníky ve stávající organizaci a další (Armstrong 2005, s. 342).

Martinovičová (2019, s. 140) uvádí, že norma spotřeby práce může být vyjádřena různými způsoby, její základní podobu představuje norma času, norma počtu, norma obsluhy a norma pracnosti.

Průměrný evidenční počet výrobních dělníků určité profese pro určité období se stanoví tak, že se ve výpočtech kalkuluje s objemem prací dané profese a s využitelným fondem pracovní doby jednoho dělníka v daném plánovaném období v hodinách a kalendářním fondem pracovní doby, ve kterém jsou stanovené dny pracovního klidu, dny dovolené na zotavenou eventuálně nemoc, úraz a neodpracované dny pro překážky v práci (Martinovičová 2019, s. 141).

Tento systém výpočtů se už přibližuje jedné z metod výpočtu potřebného ošetřovatelského personálu s tím rozdílem, že bychom za normu obsluhy dosadili dobu potřebnou pro ošetřovatelskou péči o jednoho pacienta, která bude definovaná dobou strávenou podle závažnosti stavu u tohoto pacienta / pacientů.

2 Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví

Z dostupných podkladů můžeme konstatovat, že regulace počtu zdravotnických pracovníků lékařských i nelékařských povolání probíhá na třech úrovních. Na úrovni centrální – státní, na úrovni lokální – v jednotlivých zdravotnických zařízeních a na úrovni expertních doporučení profesních organizací.

2.1 Centrální úroveň plánování a regulace zdravotnického personálu

Centrální úroveň plánování a regulace počtu zdravotnického personálu na národní úrovni je řízena korekcemi v systému vzdělávání ve smyslu zvýšení nebo snížení počtu absolventů zdravotnických oborů podle potřeb zdravotnického terénu. Tato opatření se v minulosti, ale i v současnosti často s větší či menší úspěšností využívala (zvýšení počtu škol a tříd, uznání praxe a výkonu povolání s absolvováním závěrečných zkoušek, večerní školy práce, dálkové studium, zkrácení studia na 3 roky nebo poslední úprava v modelu „4+1“ apod.). Všechny změny systému vzdělávání měly za úkol zrychlení přísunu absolventů do praxe.

- Implementace směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7.9.2005 o vzájemném uznávání odborné kvalifikace všeobecné sestry vedlo ke sjednocení požadavků na vzdělávání regulovaného povolání „všeobecné sestry“ v rámci Evropské unie vzhledem k volnému pohybu osob a služeb a umožnilo odchody nebo příchody zdravotnického personálu do Česka nebo do zahraničí.

- Rozšiřování počtu škol v terciárním pregraduálním vzdělávání soukromého a státního sektoru formou vyššího odborného vzdělávání a vysokoškolského studia.

- Rozšíření počtu vzdělavatelů v nabídce postgraduálního a specializačního vzdělávání, úpravy v počtu a zaměření specializačních vzdělávacích programů.

- Definováním kompetencí jednotlivých kategorií ošetřovatelského personálu, např. zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou č. 55/2004 o činnostech zdravotnických pracovníků.

- Zákonem o zdravotním pojištění a jeho prováděcí vyhláškou č. 472/2009 Sb.,

kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve které jsou definovány potřebné počty zdravotnického personálu. Při jejich prokázání je zdravotnickým zařízením hrazena poskytnutá zdravotní péče, protože naplnění tohoto počtu pracovníků je ze stran zdravotních pojišťoven považováno za garanci kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení.

- Vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb na jednotlivých zdravotnických pracovištích, jehož vydáním MZČR ve výsledku motivovalo mnohá zdravotnická zařízení k zakonzervování podhodnoceného personálního stavu ve svých zařízeních.

- Časově omezené jednorázové podpory MZČR pro příchod zahraničních zdravotnických pracovníků včetně sester do Česka za účelem rychlého a levného doplnění chybějícího personálu v českých nemocnících.

2.2 Lokální úroveň plánování počtu zdravotnických pracovníků

Druhá oblast, kde probíhá regulace počtu zdravotnických pracovníků se odehrává na lokální úrovni v jednotlivých zdravotnických zařízeních, ty jsou významně ovlivněny zdravotní politikou státu. Konkrétní zdravotnická zařízením sice mají volnost ve stanovování počtu svých zdravotnických pracovníků nad limity stanovené legislativou, ale většinou se řídí vyhláškami o požadovaném počtu zdravotnických pracovníků, aby mohla být proplácena vykázaná zdravotní péče zdravotními pojišťovnami.

- Většinou jsou managementem zdravotnických zařízení stanovené normativy počtů pracovníků pro jednotlivá pracoviště nemocnic. Předmětem našeho šetření bude mimo jiné zjistit, jak tyto počty zdravotníků jsou stanovovány, jestli se vycházelo z historicky nastavených limitů pro daná oddělení, nebo management nemocnic začal zohledňovat nové léčebné postupy a technickou vybavenost pracovišť, které mohou znamenat zásahy do počtu a složení personálu, nebo převážily snahy o úspory osobních nákladů, protože tato opatření, jak ukázala nedávná historie, jsou nejjednodušší cestou k úsporám (ČTK 2010).

- Cílené pobídkové akce zdravotnických zařízení k překlenutí nedostatku personálu, např. náborové příspěvky, podpora při studiu při zaměstnání apod.

2.3 Profesně odborné přístupy k plánování počtu pracovníků

Realizátorem i mediátorem pro stanovování počtu zdravotnických pracovníků v ošetřovatelské péči jsou také vzdělávací instituce - Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO), Ústav teorie a praxe ošetřovatelství (ÚTPO) na Univerzitě Karlově v Praze a na Univerzitě Palackého v Olomouci, profesní sdružení nelékařských povolání v rámci České asociace sester (dále jen „ČAS“) a také Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče. Vznikly metodiky pro výpočet potřebného počtu ošetřovatelského personálu, které vycházely z manažerských metod upravených pro použití v lůžkové péči zdravotnických zařízení.

Podobné definování uvádí V. Tóthová ve stati Vůdcovství v ošetřovatelství. „*V ošetřovatelství je sestra součástí změn prakticky neustále, ať už se jedná o ošetřovatelský proces nebo zavádění nových postupů či řízení na pozicích top managementu. Veškeré tyto aktivity jsou tak jako v jiných oborech usměrňovány a to buď pomocí vnější regulace, nebo seberegulace. Odpovědnost v tomto systému spočívá na čtyřech hlavních skupinách. Za prvé je to vláda, která zasahuje do profese prostřednictvím zákonů, administrativních nařízení, politikou či přímým vlivem na podřízené instituce. Dále je to samotná profese s výraznou technickou a znalostní základnou, která jí poskytuje dostatečně silnou pozici při vypracovávání a doporučování norem. Třetí, velmi silnou skupinou jsou sestry samotné, jejichž regulační funkce tkví především v poskytování péče v souladu s přijatými standardy, kodexem a etikou. Poslední skupinu tvoří zaměstnavatelé, kteří jsou autory požadavků na přijímání pracovníků a norem platných v jejich instituci“* (Tóthová a Veisová 2010, s. 377).

2.4 Obecně o metodikách plánování počtu pracovníků

Tyto metodiky vycházejí z obecných principů řízení managementu a jsou modifikovány pro použití v lůžkové části zdravotnických zařízení. Můžeme je rozdělit do dvou skupin - na metody založené na odhadu a založené na výpočtu potřebného počtu ošetřovatelského personálu. Většinou se stanoví jeden faktor, který nejvíce ovlivňuje počet ošetřovatelského personálu. Jsou jimi:

- metoda odhadu přímého nadřízeného / přímých nadřízených jako expertní skupiny, tato metoda má blízko k popisované „Delfské“ metodě nebo „Kaskádové“

metodě zmíněné v obecněných metodách organizace a řízení,

- metodika vztahující se k využití lůžek (podle tzv. obložnosti lůžek),

- metoda výpočtu podle počtu lůžek na oddělení – z ní vychází metodika výpočtu zdravotních pojišťoven a vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb,

- výpočet podle ošetřovatelské zátěže, která vychází např. z testů ošetřovatelské zátěže podle Svanborg – Staňkové (Staňková 1996, s. 60),

- podle kategorií pacientů - metodika WHO a výzkumného týmu M. Pochylé, která silně koresponduje s předcházejícím zjišťováním ošetřovatelské zátěže.

Pro co nejpřesnější odhad je vždy potřeba tyto odhady kombinovat s expertním názorem přímého nadřízeného.

Aby se odhady co nejvíce blížily reálné potřebně je nutné nejprve zjistit skutečnou personální situaci na oddělení v jednotlivých kategoriích ošetřovatelského personálu, jaké mají pracovní náplně, kompetence v rámci týmu a zastupitelnost, protože většina výpočtů udává celkové počty ošetřovatelského personálu pro dané lůžkové zařízení a na vedoucích pracovnících zůstává odpovědnost za rozklíčování činností podle pracovních kompetencí a podle toho přiřazení odpovídajících kategorií ošetřovatelského personálu, úprava harmonogramů a pracovních náplní počínaje sestrami a sanitářkami konče.

O metodikách výpočtu budou v následujících kapitolách popsány jejich vývoj a principy.

3 Historický exkurz – lidské zdroje ve zdravotnictví

Historie ošetřovatelství je oblast, které se odborná ošetřovatelská literatura věnuje velmi okrajově a dosud nebyla systematicky zmapována. Jedinou publikací, která byla vydána v roce 1992 a je zaměřená na historii českého ošetřovatelství, je knížka Vlastimily Kafkové „Historie ošetřovatelství“, autorka v ní uvádí některé zajímavosti z dobových zdrojů o organizaci ošetřovatelství v nemocnicích. Přestože je to publikace více než čtvrtstoletí stará, dosud je z ní citováno do mnoha absolventských prací a čerpají z ní i současné autorky při náhledu do historie ošetřovatelství. V této souvislosti můžeme jmenovat např. I. Plevovou (Vybrané kapitoly z historie ošetřovatelství), nebo J. Kutnohorskou (Historie ošetřovatelství), ale obě autorky mnoho nových informací z historie ošetřovatelství nepřinášejí. V této souvislosti nelze opomenout práci docentky M. Staňkové, která se systematicky věnovala studiu řádového ošetřovatelství zejména pražskému, ale její předčasný skon ukončil její práci nedokončenou. Novějším příspěvkem k historii ošetřovatelství je publikace „Sestry vzpomínají“, který vznikl jako projekt M. Rozsypalové, H. Svobodové a M. Zvoníčkové (2006) na 3. LF UK v Praze s přispěním studentek ošetřovatelství, které absolvovaly rozhovory se sestrami - pamětnicemi.

Vzhledem k výše uvedené absenci zdrojů, budeme vycházet ze zdrojů jiných, zejména z dobových materiálů - odborných časopisů, zdravotnická revue a věstníků ministerstva zdravotnictví, statistických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a Českého statistického ústavu (ČSÚ), legislativy a ze stenografických záznamů uvedených v digitálním repozitáři Poslanecké sněmovny parlamentu České republiky.

Jak bude uvedeno dále, nedostatek ošetřovatelského personálu nebylo specifikum týkající se pouze českého zdravotnictví. Ve 20. století historicky provází většinu evropských zemí, které byly společně zatíženy obdobnými problémy spojenými s válečnými útrapami se závažnými sociálními a zdravotními důsledky. Proto je nutné vnímat problematiku ošetřovatelského povolání v širších souvislostech společenských, politických a národnostních v etapách od rozpadu Rakousko-Uherska až do opětovné samostatnosti Česka po roce 1993 resp. do dnešní doby.

Kromě nedostatku ošetřovatelského personálu trpělo české ošetřovatelství po celou dobu své existence nízkým platovým ohodnocení, nízkým až mizivým společenským statusem vzhledem k osobám, které jí vykonávaly, nedůstojnými podmínkami výkonu povolání hraničící s osobní nesvobodou, přetěžováním a vykořisťováním s odkazem na humánnost jejich povolání.

Délka pracovní doby podle potřeby, nepřetržitá přítomnost u nemocných, odpovědnost za svěřené pacienty a přísné podmínky poslušnosti ani nezavdávaly potřebu řešit jejich početní stavy v nemocnicích, levnější služby poskytovaly už jenom řádové sestry, než byly komunistickými orgány z nemocnic definitivně odstraněny.[1] Kromě několika výjimek daných služebním zákonem pro všeobecné nemocnice v podstatě nebyly stanoveny jednotné postupy pro určování počtu ošetřovatelů na lůžkových odděleních.

Záměrem tohoto stručného náhledu na historii ošetřovatelství bude zjistit, jak se historicky vyvíjely počty ošetřovatelského personálu od začátku 20. století a popsat událostí, které v minulosti přímo či nepřímo ovlivňovaly vývoj ošetřovatelské profese. Předpokládáme, že jejich zasazení do kontextu doby usnadní pochopení současné personální situace.

3.1 Období do roku 1918

Organizace a systém zdravotnictví na počátku 20. století až do vzniku samostatné Československé republiky spadaly pod říšskou rakousko-uherskou legislativu, určitou možnost národních úprav přebírala česká zemská správa.

Vzhledem k malému počtu nemocnic a jejich nedostatečné lůžkové kapacitě (myšleno tím všeobecných nemocnic resp. nemocnic s právem veřejnosti), byla léčba a ošetřovatelská péče soustředěna zejména do domácností nebo do soukromých léčebných ústavů a sanatorií. V roce 1904 bylo na území Království českého 79 všeobecných nemocnic s počtem lůžek 8050 (Dvořák 1905, s. 82).

V knize „Krátké poučení pro ošetřovatelky nemocných“ E. Vlasák uvádí, že pro

[1] Zbavit československé zdravotnictví řádových sester bylo naplánováno na rok 1953, ale realizace rychlé výměny ošetřovatelského personálu nebyla možná s ohledem na finanční náročnost a na nedostatek civilních pracovních sil, tato výměna byla postupně a zcela dokončena až na začátku šedesátých let. (Kekulová, 2010)

soukromou službu ošetřovatelskou je v Praze několik řádů řeholních, jejichž jeptišky jsou „*hodné, poslušné a svému těžkému povolání oddané ... lékaři i rodině lze se na ně spolehnouti v každém ohledu. Ale je jich na vzrůstající naše město a četná předměstí velice málo"* (Vlasák 1902, s. 8). Dále uvádí, že „*pro soukromou službu ošetřovatelskou vycvičují se ženy u ‚Spolku červeného kříže'. Těchto ošetřovatelek, z nichž mnohé jsou velice dovedné a úctyhodné, je také nedostatek ... z pověděného jest vidno, že jest zapotřebí v Praze starati se o výcvik ošetřovatelek*". Český výrobní spolek dodával ošetřovatelky a chvályhodná je snaha Ústředního Spolku českých žen ke vzdělávání ošetřovatelek (Vlasák 1902, s.8),

Velmi důležitý je dovětek k výkonu jejich povolání: „*V českém lidu nalezne se dosti dívek i žen, které se za slušných podmínek věnovati budou těžké této službě. Ale musí býti o dvojí postaráno: musí jim býti dána záruka, že budou dobře vycvičeny a za druhé, že v zaměstnání svém naleznou slušnou obživu. Potom půjdou k povolání tomuto i vzdělanější ženy a poctivě i slušně budou dobývati si svůj chléb. Ženám těmto musí býti postaráno i o bezstarostné stáří, aby mohly pracovati bez obavy, že jednou, až sestarají, padnou chudinskému fondu své příslušné obce na obtíž*" (Vlasák 1902, s. 8).

J. Dvořák se v roce 1904 zamýšlí nad platovými poměry a nad „výslužným" ošetřovatelského personálu („ošetřovatelských zřízenců") v nemocnicích. Jejich nedostatek v nemocnicích spojuje nejen s nedostatečným ohodnocením jejich práce, ale také s jejich nedostatečným vzděláním, odborností a tudíž nezájmem vykonávat těžkou práci ošetřovatelskou, ke které nemají patřičný vztah. „*Při ošetřovatelských zřízencích světských postrádají lékaři nemocniční dostatek inteligence, předběžného odborného vzdělání a větším dílem žádoucí humanity ... Následkem nedostatku a nezpůsobilosti světských ošetřovatelských zřízenců k moderním požadavkům služby ošetřovatelské byla v posledních letech v některých starších a ve většině nových ... moderně zařízených všeobecných nemocnicích dána přednost ošetřovatelkám duchovním ... Ty vynikají zejména větší čistotou, větší kázní a přesností plnění služby, jakož i nepopiratelně vyšší humánností k svěřeným nemocným*." Problémem služby řádových sester je v tom, že nejsou „*přímo podřízeny lékaři co řiditeli ústavu"* (Dvořák 1905, s. 137).

J. Dvořák uvádí, že v roce 1900 bylo v nemocnicích 200 ošetřovatelských zřízenců světských (z toho 70 mužů) a řádových ošetřovatelek kolem 260. Doporučuje

vyškolení zřízenců ošetřovatelských a k rukám by jim měli být „*vydržovány výpomocné síly služební*“ (Dvořák 1905, s. 138).

Obyvatelstvo na přelomu století žilo s následky proběhlých válečných útrap a ve stínu nadcházejících válečných konfliktů. Proto byl v prosinci 1910 vydán Výnos místodržitelství pro království České o vytvoření seznamu ošetřovatelů nemocných z povolání (Spolek českých lékařů, 1909, s. 113).

Z dnešního pohledu ho můžeme považovat za první pokus o zmapování počtu ošetřovatelského personálu i když jeho účelem bylo mapování personálu použitelného pro válečný konflikt.

Správa Rakouské společnosti Červeného kříže poukázala na nezbytnou nutnost, aby již v čase míru byla učiněná opatření, která by jí umožnila dostát svému úkolu doplňovat a zlepšit povinnou péči států o poraněné a v poli onemocnělé bojovníky. Aby se tomuto oprávněnému přání vyhovělo, „*vyzývá se c. k. okresní hejtmanství ... aby do 10. ledna 1911 předložilo ... seznam světských a duchovních jednot ošetřovatelek z povolání, jež v léčebných a humanitních ústavech, jakož i privátním ošetřováním nemocných jsou zaměstnány, a udalo číselný výkaz ošetřovatelů, jež u každé jednotlivé jednoty v úvahu přicházejí, jakož i seznam jednotlivých ošetřovatelek ošetřováním nemocných se zaměstnávajících“* (Spolek českých lékařů 1909, s. 124).

Z důvodu delší doby realizace vzdělávání ošetřovatelek, jejich velkého nedostatku a jejich budoucí zvýšené potřeby z důvodů mimořádných poměrů „*jest nutno postaviti ošetřovatelkám z povolání po bok výpomocné síly - výpomocné ošetřovatelky*“. Oběžník z března 1913 vyzývá c. k. okresní hejtmany, aby s pobočnými spolky Červeného kříže dohodli, že neprodleně zajistí osoby vhodné k výcviku v ošetřování nemocných a zároveň součinnost nemocnic k výcviku pomocných ošetřovatelek (Spolek českých lékařů 1914, s. 207).

Podle Nařízení ministerstva vnitra č. 139/1914 ř. z. ze dne 25.6.1914 o ošetřování nemocných z povolání provozovaného, budou „*při ustanovování ošetřovatelek nemocných v obvodu státní zdravotní služby* [všeobecné nemocnice] *brány v první řadě diplomované ošetřovatelky nemocných, které jsou oprávněny nosit čestný odznak ... jiné pak ošetřovatelské osoby toliko potud, pokud není po ruce ošetřovatelka nemocných, oprávněná nositi čestný odznak*.“

Zvýšení politického významu regulace v sociální a zdravotní oblasti ještě před vznikem samostatného Československa se projevilo nově zřízeným „ministerstvem veřejného zdraví“ v létě roku 1918 (č. 297/1918 ř. z.) a zřízením „ministerstva sociální péče“ v říjnu 1917 (Rákosník 2012, s. 87).

3.2 Období po roce 1918

Na poskytování ošetřovatelské péče je potřeba se podívat ze dvou úhlů pohledu. Jednak na zařízení, ve kterých se péče poskytovala, v našem případě na všeobecné nemocnice[1] a na poskytovatele této péče - ošetřovatele.

3.2.1 Všeobecné nemocnice v období po roce 1918

V Národním shromáždění republiky Československé bylo v diskuzích upozorňováno na problematiku přeplněnosti všeobecných nemocnic, nedůstojnost prostředí, nedostatečnou stravu, roztrhané prádlo, hluk, zápach, ukládání pacientů na chodby na zem a na další hygienická pochybení. Na zasedání Národního shromáždění Československého dne 7.11.1919 bylo sděleno, že dokonce dochází k ukládání dvou pacientů na jedno lůžko (Repozitář PSČR 1919).

Tyto problémy se vlekly po mnoho desítek let. Podstata těchto nedostatků byla zdůvodňována tím, že na všeobecné nemocnice bylo uvaleno těžké břemeno závazku k bezplatnému ošetřování chudých a závazkem k ošetřování chudých nemocných za sníženou taxu (Repozitář PSČR 1905).

V časopise „Zprávy Československého Červeného kříže“ v roce 1923 americká ošetřovatelka E. Crowell pojednává o stavu ošetřovatelství v Československé republice. Uvádí, že jedna ošetřovatelka připadá na 8 - 10 lůžek, v anglosaských zemích je to 1 ošetřovatelka na 2 lůžka. Ošetřovatelky v Československu dělí na dvě skupiny - řeholní a civilní, z toho jsou dvě třetiny řeholní. „*Příčina toho jest finanční, neboť řeholní ošetřovatelky pracují poměrně velmi levně. Společnou vadu mají oba typy ošetřovatelek: malé vzdělání*“ (Crowell 1923, s. 15).

[1] Existovalo více typů zdravotnických zařízení, v této práci se budeme věnovat veřejným - všeobecným nemocnicím. Kromě nich současně existovala soukromá sanatoria a ústavy, ošetřovatelské a porodní domy, domácí ošetřovatelská péče, zařízení zřizovaná církvemi apod., ve kterých byly podmínky pro výkon ošetřovatelského povolání odlišné.

Při počtu postelí, které jsou v nemocnicích k dispozici, může být pouze čtvrtina nemocných hospitalizována, ostatní potřebují péči doma (Zprávy Československého Červeného kříže 1923, s.83).

Již přes rok veřejnost žádá, aby bylo vybudováno dostatečné množství nemocnic. „*V ministerstvu se ví velmi dobře, že aby byl obnoven stav před válkou, musil by býti počet veřejných nemocnic aspoň zdvojnásoben. V ministerstvu se ví velmi dobře, že tento nedostatek a tato újma postihuje právě pracující a nemajetné obyvatelstvo, neboť pro bohaté vzniklo víc než dosti sanatorií a soukromých léčebných ústavů ... aby bylo možno přijmouti jen nejnutnější případy do ošetření, bylo by třeba nejméně 6000 postelí*“ (Repozitář PSČR 1925).

3.2.2 Ošetřovatelé v období po roce 1918

Podle Rákosníka (2012, s. 231) byla právní úprava pracovní doby v minulosti chloubou meziválečného Československa a patřilo k prvním státům, jež uzákonili osmihodinovou pracovní dobu (zákon č. 91/1918 Sb., o osmihodinové pracovní době).

V ošetřovatelské literatuře se uvádí, že se zkrácení pracovní doby nevztahovalo na zdravotnická zařízení. Tuto skutečnost vysvětlil poslanec Johanis v říjnu 1921 v Národním shromáždění republiky Československé tím, že nynější zemský správní výbor má zásluhu o význačné úspory na osobních nákladech zemských ústavů. „*Není pochyby, že ustanovení zákona o osmihodinové době pracovní mělo mít hrozivé účinky na rozmnožení personálu ošetřovatelského a zvýšení osobního nákladu na tuto nejpočetnější kategorii zaměstnanců zemských. Ale právě zemskému správnímu výboru patří zásluha, že přiměl zmíněný personál k tomu, aby dobrovolně přistoupil na zavedení 60ti hodinové doby pracovní v týdnu a sluší ke chvále tohoto personálu říci, že tak učinil bez nároku na zvláštní odměnu za tyto vícepráce až do 60 pracovních hodin v týdnu ... zavedením 60ti hodinové doby pracovní docílil nynější zemský správní výbor úspory 20% personálu ošetřovatelského, ačkoliv stav nemocných vzrůstá*“ (Repozitář PSČR 1921).

Vládní nařízení č. 22/1927 Sb., o úpravě služebních a platových poměrů světských ošetřovatelů v civilních státních ústavech léčebných a humanitních a ve všeobecné nemocnici v Praze, se vztahovalo na ošetřovatele a pomocné ošetřovatele

pouze v těchto jmenovaných zařízeních. Podle tohoto nařízení byla stanovena systemizace služebních míst. Ošetřovatelé mohli být ustanoveni pouze na systemizovaná služební místa, systemizace služebních míst se prováděla odděleně podle jednotlivých ústavů a vyžadovala schválení vlády. Ošetřovatelem mohl být ustanoven pouze ten, kdo vyhovoval všeobecným podmínkám předepsaným pro ustanovení ve státní službě, dovršil nejméně 18 roku věku, byl tělesně a duševně způsobilý, důvěryhodný a prokázal odbornou způsobilost diplomovou zkouškou. Příklad počtu pracovníků je uveden na obrázku č. 1

Obrázek č.1 Systemizace služebních míst ošetřovatelů v zemských ústavech.

Systemisace

služebních míst opatrovníků v zemských ústavech pro duševně choré, usnesená vládou ve schůzi konané dne 20./VI. 1929.

Ústav	v kategorii zřízenců – platová stupnice I.	II.	III.	IV.	V.	v kategorii pomoc. zřízenců – služební skupina I.	Úhrnem služebních míst
Zemský ústav pro choromyslné v Bohnicích	1	5		16	316	224	562
Zemský ústav pro choromyslné v Dobřanech	1	4		10	187	134	336
Zemský ústav pro choromyslné v Praze	1	3		6	122	88	220
Zemský ústav pro choromyslné v Kosmonosích		4		7	140	100	251
Zemský ústav pro choromyslné v Něm. Brodě		1		2	42	31	76
Zemský ústav pro choromyslné v Hor. Beřkovicích		3		4	86	62	155
Zemský ústav pro choromyslné v Opařanech				2	37	26	65
Zemský léčebný ústav v Kroměříži	1	3		7	127	92	230
Zemský ústav pro choromyslné v Brně		2		4	69	50	125
Zemský ústav pro choromyslné ve Šternberku		3		5	91	66	165
Zemský chorobinec v Jihlavě				1	5	4	10
Zemský ústav pro léčení chorob nervových v Opavě		3		3	63	46	115

Systemisace

služebních míst světských ošetřovatelů v zemských ústavech léčebných a humanitních mimo zemské ústavy pro duševně choré usnesená vládou ve schůzi konané dne 20./VI. 1929.

Ústav	ošetřovatelé	pomocní ošetř. I. služební skupiny	pomocní ošetř. II. služební skupiny	úhrnem služebních míst
Zemský ústav pro tuberkulosní děti na Košumberku	8	13	64	85
Zemský ústav pro tuberkulosní děti ve Cvikově		1	4	5
Zemská porodnice a ústav pro péči o dítě v Praze	10	15	78	103
Zemská nemocnice v Brně	18	27	138	183
Zemská porodnice v Brně	5	8	41	54
Zemské léčebné ústavy v Olomouci	1	2	7	10
Zemská Masarykova léčebna dětská v Šumperku	1	2	13	16
Zemský ústav pro kojence a kojící matky v Kuřimě		1	7	8
Zemská nemocnice v Opavě			6	6

zdroj: Bébr 1929, s. 193, 194.

Jen se svolením ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy mohl být za okolností hodných zvláštního zřetele ustanoven do služebního poměru i ten, kdo překročil 40 rok věku, nebo byl ženat (uchazečka provdána) a nebo měl děti. Pokud u ošetřovatele již ustanoveného došlo k provdání nebo k narození dítěte, k dalšímu ponechání ve službě bylo potřeba svolení ústředního úřadu - ministerstva.

Zvláštní kategorií ošetřovatelů byli čekatelé, čekatelská doba byla pětiletá. Čekatelé mohli být ustanoveni na systemizované služební místo jen pokud splnili výše předepsané podmínky a prokázali dva roky nepřetržité služby v ústavu nebo v jiném oboru státní správy, doba praxe před dosažením ošetřovatelského diplomu se čekateli započítávala. Možnost být čekatelem byla přípustná jen tehdy, když v dotyčném ústavu bylo systemizované služební místo ošetřovatele volné (Bébr 1929, s. 214).

Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy o propůjčení služebního místa vydalo čekateli ustavující listinu, na níž byl vázán služební plat, služební místo, služební titul a složení služebního slibu. V § 12 vládního nařízení č. 22/1927 Sb. byly vyjmenovány služební povinnosti: „*Ošetřovatelé jsou povinni konat práce podle svého slibu*[1]*, jejich pracovní doba se určuje podle potřeby služby, ošetřovatelé ručí za statek jim svěřený a za každou škodu jejich zaviněním ústavu způsobenou, náhrady budou stanoveny pořadem služebním. Ošetřovatelé jsou povinni v ústavu bydliti a se stravovati, za stravu platí ústavu náhradu jež bude stanovena každoročně ministerstvem veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy v dohodě s ministerstvem financí. Ošetřovatelům jest zapovězena účast ve spolku.*“

Podle § 13 tohoto nařízení mají ošetřovatelé služební titul „diplomovaný ošetřovatel“ a ošetřovatelky „diplomovaná sestra“. Ošetřovatelé, kteří byli pověřeni dozorem nad výkonem ošetřovatelské služby na ústavním oddělení měli služební titul „vrchní diplomovaný ošetřovatel“ popřípadě „vrchní diplomovaná sestra“. Toto bylo poprvé v novodobé historii, kdy se oficiálně použilo služebního označení „sestra“.

Významný krok pro rozvoj ošetřovatelství byl učiněn v roce 1938. Ministr zdravotnictví a tělesné výchovy Dr. Čech v roce 1938 ustanovil „Poradní ošetřovatelský sbor“, který měl sloužit jako poradní orgán při jednání o novém nemocničním zákoně a při přípravě novely vládního nařízení č. 22/1927 (úprava materiálních a sociálních poměrů ošetřovatelského personálu a zejména ustanovení systemizovaných míst ve státní službě ve veřejných nemocnicích). Na ustavující schůzi „Poradního sboru ošetřovatelského“ dne 7. 2.1938 promluvil jeho člen Arnold Jirásek o úkolech, které je

[1] „*Přísahám a slibuji na svou čest a svědomí že Československé republice budu vždy věrný a její vlády poslušen že budu veškeré zákony zachovávati všechny své služební povinnosti podle platných zákonů a nařízení vykonávati pilně svědomitě a nestranně úředního tajemství neprozradím příkazů svých představených budu poslušen a ve všem svém jednání jen prospěchu státu a zájmu služby budu dbáti*“ (Bébr 1929, s. 214).

nutné řešit - školení ošetřovatelů a ošetřovatelek, organizace ošetřovatelství, sociální a hmotné zajištění ošetřovatelského personálu. Sbor měl 3 pracovní komise - organizační, výchovnou a sociální (Jirásek 1938, s. 21).

Jirásek zdůraznil důležité úkoly - přizpůsobit ošetřovatelství moderním požadavkům lékařství a uvést ho v soulad s dnešním člověkem, přitom mít na mysli naše poměry národnostní, sociální, finanční a náš ráz povahový. Ošetřovatelství musí vyhověti nárokům moderního lékaře a musí sloužiti nemocnému v Československé republice. „ ... *musíme dávati vyrůstati ošetřovatelství z našich poměru a tvořit je pro naše poměry. To znamená, že si nemůžeme pro naše ošetřovatelství vzít žádný cizí vzor jako naprosto směrodatný, platí to i o vzoru americkém, anglickém, francouzském i římskoněmeckém. Tato ošetřovatelství po stránce odborné i organizační jistě mají mnoho dobrého, ale pro své prostředí, pro své nemocné a pro svou sestru. Ale přesadit je k nám nelze, nemáme-li utrpěti hned v počátcích slibného budování těžkou újmu důvěry široké veřejnosti a našeho nemocného. Do této obecné zásady je zahrnuta otázka vzdělávání ošetřovatelek. Nová speciální vzdělávání pro službu na rentgenu, v laboratořích, pro instrumentování na operačních sálech…*“ (Jirásek 1938, s. 21).

Jirásek v projevu také zmínil otázku odpovědnosti ošetřovatelek. „*Za vše je činěn odpovědným lékař i tam, kde je pro něho fyzicky nemožno vše dělat a kontrolovat.“* Vzdělaná ošetřovatelka musí přejímat před zákonem odpovědnost za to, co jí lékař podle organizace pracovní, podle situace a podle jejího vzdělávání přikáže k provedení. V této době je v Československé republice 9257 členů ošetřovatelského stavu a z tohoto počtu je diplomovaných pouze 1408, což je pouhých 16,2 % (Jirásek 1938, s. 32).

Přes všechny nadšenecké snahy jsou hmotné poměry zaměstnanců veřejných nemocnic, léčebných a humanitních ústavů od roku 1922 čím dále bídnější, informoval 4. června 1930 senátor Douda: „*Postup zemských zaměstnanců byl od tohoto roku zastaven, byla jim zvýšena pracovní doba na 74 až 96 hodin týdně. Je téměř neuvěřitelné, že v ústavech, které mají tak krásné jméno humanity… padají zaměstnanci únavou těžké zodpovědné služby 12ti až 16ti hodin denně… a jest opravdu záhadné, jak se mohlo přistoupiti u těchto ústavů ke zrušení 8 hodinové pracovní doby. Nejvyšším soudem bylo potvrzeno, že je potřebí v zájmu humanity, aby zaměstnanci pracovali tolik, kolik je potřebí. Každý kdo by se domníval, že ti lidé za svoji práci přesčas jsou*

honorováni, tak oni už několik roků konají tuto těžkou odpovědnou službu bez jakékoliv odměny… Když byla prováděna restrikce v těchto ústavech, byla spousta zřízenců propuštěna přesto, že musili býti přibíráni znovu noví, ale dělo se to jen proto, aby tito lidé nemohli dosáhnouti takové služební výše, za kterou by byli spravedlivě odměněni v podobě odpočivného a v podobě pense. Ústavy na těchto nejubožejších znovu vydělávají. A takových křiklavých případů je více. Ani dovolená nedává se zaměstnancům tak, jak by jim náležela podle zákona, nýbrž tak, jak se to ústavům hodí a 2 dny volna po 14 dnech nepřetržité služby se jim započítává do dovolené“ (Repozitář PSČR 1930).

3.3 Legislativní kroky pro zvýšení počtu ošetřovatelského personálu.

Návratu ošetřovatelského personálu do nemocnic měl napomoci také Dekret prezidenta republiky č. 74/1945 ze dne 10 září 1945 o reaktivaci a opětném ustanovení provdaných žen ve veřejné službě. Vztahoval se na ženy, které po sňatku musely opustit státní nebo veřejnou službu, na jehož zaměstnance se vztahoval služební řád. V naléhavých služebních zájmech a v odůvodněných případech mohly být výjimečně aktivovány i zaměstnankyně starší 60 let.

Vzhledem k nedostatku ošetřovatelského personálu v nemocnicích doporučilo Ministerstvo zdravotnictví výnosem ze dne 3. července 1945 (č. II/4-2500-261-30/6-1945) použít pro ošetřovatelskou službu v nemocnicích uchazečky o studium na ošetřovatelských školách, které se hlásily do prvního ročníku a měly nastoupit k výcviku do těchto škol začátkem září roku 1945. Tyto uchazečky mohly být povolány ihned, čímž se jim zároveň umožnilo konání praxe ještě před začátkem školního roku. Toto opatření se vztahovalo na nemocnice, u kterých byla zřízena ošetřovatelská škola, tím byla vyřešena i otázka jejich ubytování. V jiných nemocnicích mohly pracovat jen za předpokladu, že jim nemocnice poskytnou ubytování a stravu bezplatně. Nemocnicím se ponechalo rozhodnutí, jestli jim poskytnou peněžitou odměnu nebo kapesné. Doba praktického výcviku byla uchazečkám započítána podle učebních osnov, pokud pracovaly pod stálým dohledem diplomované sestry, která o nich vedla potřebné záznamy.

Pro překonávání nedostatku zdravotnického personálu byl zdravotní zprávě

oporou Dekret prezidenta republiky ze dne 1. října 1945 č. 88/1945 Sb., o všeobecné pracovní povinnosti. Měl za úkol plánovitou distribuci zdravotnického personálu a koordinaci všech úřadů a institucí, v jejichž oboru působnosti byl zdravotnický personál zaměstnán.

Podle zpráv statistického úřadu bylo v roce 1937 z celkového počtu 9601 ošetřovatelek v léčebných ústavech pouze 1339 diplomovaných sester, v roce 1942 bylo z celkového počtu 6831 ošetřovatelek 1751 diplomovaných (Procházka 1946, s. 198).

K počtu ošetřovatelského personálu Matoušová (1951, s. 59) uvádí, že v době první republiky bylo na našem území šest ošetřovatelských škol, ve kterých se školilo cca 250 ošetřovatelek ročně. Ostatní potřeba ošetřovatelek, okolo 1200 ročně, byla pokryta pořádáním kurzů nejrůznější úrovně přímo v ústavech.

V listopadu 1946 ministr zdravotnictví Dr. Adolf Procházka oficiálně označil nedostatek ošetřovatelského personálu a jiného pomocného zdravotního personálu jako „citelný“. Z dílny ministerstva zdravotnictví následně vzešla celá řada opatření, která měla tuto situaci řešit (Procházka 1946, s. 198).

Dalším pokusem o zvýšení počtu personálu v nemocnicích byla mzdová opatření. Netýkala se všech zdravotnických pracovníků, vztahovala se jen na vybraná pracoviště. „*Uznávajíc mimořádné pracovní zatížení zdravotnického personálu v civilních státních ústavech léčebnách a humanitních, ve všeobecné nemocnici v Praze a ve státních ústavech pro vzdělávání a výcvik porodních asistentek, zejména jejich zvýšené ohrožení na zdraví, zvláštní pracovní odpovědnost, zvýšený pracovní výkon a povinnost konati noční a nedělní služby a služby pohotovostní, zmocňuje vláda ministra zdravotnictví, aby zaměstnancům uvedených ústavů … poskytl mimořádné odměny*“ (Vládní usnesení č.11216/přes. 1946)

Dalším opatřením, které mělo přispět ke stabilizaci zdravotnického personálu bylo zajištění ubytování. Na základě operativních plánů „Státního úřadu plánovacího“ byly tímto úřadem pro zdravotnické pracovníky přiděleny kvóty bytových jednotek, určených k vybudování v roce 1947 v rámci dvouletky. „*Je nutné, aby zemské národní výbory upozornily na tuto okolnost všechny nemocnice a léčebné ústavy, pokud potřebuji byty pro svůj personál, aby se při distribuci bytových jednotek pamatovalo na potřeby těchto ústavů*“ (Výnos ministerstva zdravotnictví č. VIII/1-9809/1946).

V rámci státní správy bylo v roce 1949 rozhodnuto o vzniku „Zdravotních referátů“, které na své úrovni obstarávaly správu ve věcech zdravotních tak, aby se každému dostalo ústavou zaručené ochrany zdraví a aby se soustavně zvyšovala zdravotní úroveň všeho lidu. Zdravotní referáty zejména „*pečují o výběr, zvyšování odborné úrovně a účelné rozmístění zdravotnických pracovníků a vyřizují věci spojené s výkonem jejich činnosti*“ (Vládní nařízení č. 28/1949 Sb.).

Účelné rozmístění zdravotnických pracovníků bylo podpořeno dalším Nařízením ministra zdravotnictví č. 237/1949 Sb., o evidenci a povinném hlášení zdravotnických pracovníků. „*Ministerstvo zdravotnictví, krajské a okresní národní výbory vedou evidenci zdravotnických pracovníků, aby byly zjednány předpoklady k účelnému rozmisťování a plánování potřeby těchto pracovníků. Kromě zdravotníků v činné vojenské službě jsou všichni zdravotníci povinni se přihlásit u okresního národního výboru, v jehož obvodu je jejich působiště do evidence zdravotnických pracovníků podle stavu ke dni 1. ledna 1950*.“ Zaměstnavatelé byly povinni doručená hlášení přijímat, přezkoumat a před odevzdáním okresnímu národnímu výboru doplnit svým posudkem.

Třetím opatřením, které bylo v souvislosti s rozmisťováním zdravotnických pracovníků přijato, byl Oběžník ministerstva zdravotnictví ze srpna 1952 (č. Ká 2-661/16146/52 Sb.) o povinnému rozmisťováni zdravotnických pracovníků - lékařů[1], lékárníků, dentistů, středních a nižších zdravotnických pracovníků. Při rozmisťování bylo třeba objasňovat zdravotnickým pracovníkům účel, význam a důvody určení působiště a přihlížet podle možnosti k jejich odůvodněným přáním.

Rozmísťování středních a nižších zdravotnických pracovníků bylo v gesci krajských a okresních národních výborů za účasti zástupce referátu I. kádrového odděleni, zástupce Revolučního odborového hnuti (Svazu zaměstnanců sociální a zdravotní služby) a podle povahy věci za účasti referentky pro střední zdravotnické kádry. Úkolem bylo stanovit a rozepsat plány a číselné kvóty zdravotnických pracovníků, kontrolovat jejich účelné a hospodárné rozmístění na území celého státu, přemísťovat je na působiště v jiném kraji, pokud se zúčastněné krajské národní výbory

[1] Lékaře, lékárníky a dentisty rozmisťovala Ústřední komise pro rozmisťování zdravotnických pracovníků jako pomocný a poradní orgán ministerstva zdravotnictví, podle potřeby mohla zřizovat i zvláštní pracovní skupiny pro jednotlivé kategorie pracovníků..

nedohodly, přidělovat zdravotnické pracovníky přímo na pracoviště v případech, kde to vyžadoval důležitý obecný zájem. Krajské národní výbory vedly evidenci frekventantů zdravotních škol a kursů a předkládaly ministerstvu zdravotnictví seznamy budoucích absolventů. V nich byly uvedeny jejich požadavky s odůvodněním na budoucí umístění. Za pomoci ředitele školy se konaly pohovory s absolventy, jmenovitě jim bylo podle číselného rozpisu ministerstva zdravotnictví určováno působiště, eventuálně rozhodováno o převedení, nebo jim byly ukládány zvláštní úkoly v době mimořádné potřeby při velkých epidemiích, živelních pohromách apod.[1] (Oběžník ministerstva zdravotnictví č. Ká 2-661/16146/52 Sb.).

V dubnu 1956 vyšla přímá instrukce ministerstva zdravotnictví (reg. č. 93/P-1956), kterou se vydal pokyn pro organizaci a výkon prázdninové praxe žáků zdravotnických škol. Účelem prázdninové praxe bylo upevnit a praxí prohloubit získané vědomosti a zvýšit manuální zručnost. Zúčastnili se jí povinně žáci zdravotnických škol a posluchači abiturientských kurzů po dohodě ředitele školy a vedoucího zdravotnického zařízení v obvodu kraje se souhlasem zdravotnického odboru krajského národního výboru. Při prázdninové praxi neměly vznikat náklady na jízdné žáků, byli přidělováni na jednotlivá pracoviště ve skupinách nejméně po pěti se svými instruktory, na vybraných pracovištích plnili individuální pracovní plány.

Vláda usnesením z července 1956 (reg.č. 139/P-1956) uložila zajistit pro veškerou mládež vycházející ze základních škol pracovní umístění. Ministerstvo zdravotnictví žádalo, aby bylo umožněno zaměstnávání mládeže ve věku 14 - 16 let jako pomocné nižší zdravotnické pracovníky ve zdravotnických zařízeních, kde není riziko infekce a úrazu, a to i v kuchyních. Tito pracovníci měli být přidělováni jen na pracoviště v bydlišti svých rodičů, změněná pracovní schopnost nebyla na závadu. Mládež přijata do pracovního poměru byla evidována odděleně, překračování mzdového fondu v souvislosti s jejich zaměstnáním nebylo povoleno. Dozor nad nimi byl svěřen staršímu pracovníkovi, jejich odborný a kulturní růst zajistilo školení v závodní škole práce, ve které byla mládež podle možností přiřazována na plánovaná

[1] Kniha „Sestry vzpomínají“ - v padesátých letech dostávaly absolventky umístěnky a podle nich měly nastoupit na určené místo bez ohledu na jejich přání a místo bydliště, nastoupit na přidělené místo bylo povinností. Sestry, které nastoupily do nemocnice mimo místo svého bydliště bydlely v sesterských internátech, pokud byla vzdálenost bydliště od nemocnice alespoň trochu únosná, tak dojížděly do zaměstnání hromadnou dopravou i ze vzdálenosti několika desítek kilometrů. (Rozsypalová 2006, s. 19)

místa pomocných nižších zdravotnických pracovníků.

3.4 Nový problém - zkrácení pracovní doby

Rostoucí potřeba pracovních sil se nepříznivě promítla i do regulace pracovní doby. „*V roce 1940 byl suspendován zákon o 8 hodinové pracovní době z roku 1918*“ (Rákosník 2012, s. 113).

V padesátých letech vyšel ve Zdravotnické pracovnici na tehdejší dobu velmi odvážný kritický článek M. Matoušové (1951, s.59). „*Aby sestry nepřemýšlely o svých tíživých podmínkách, vykládalo se jim o falešné etice a vznešenosti jejich povolání, o sebeobětování a vysokém společenském postavení ošetřovatelek. Nikdo jim však neřekl, že jsou zařazeny v platové stupnici jako zřízenci bez kvalifikace a že jsou vyňaty ze zákona o 8 hodinové pracovní době* (Vládní nařízení číslo 22 z roku 1927) *a mají pracovní dobu podle potřeby. Zprávy nemocnic se držely nařízení a nechávaly sloužit ošetřovatele podle potřeby 80 až 90 hodin týdně. Mnohým ošetřovatelům se požadavek osmihodinové pracovní doby zdá nepochopitelný, když je příjemnější sloužit 24 hodin a být 48 hodin doma. Vyskytly se i názory, že většina ošetřovatelů si osmihodinovou pracovní dobu přeje*“. Pro názornost uvedeme rozpis směn z nemocnice v Kladně, který byl v tomto článku zveřejněný.

Obrázek č. 2 Rozpis služeb na 36ti lůžkovém oddělení Nemocnice v Kladně 1950.

Státní oblastní nemocnice Kladno — Září 1950 — 36 lůžek

Rtg. odděl.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
d. s. Tomášková*	R	R	V	R	R	R	R	R	R	V	R	R	R	R	R	R	V	R	R	R	R	R	R	V	R	R	R	R	R	R
s. Satajová	O	O	12	R	R	R	R	R	R/N	12	N	N	N	N	N	V	V	O	O	O	O	O	O	12	R	R	R	R	R	R/N
s. Mostová	R	R/N	12	N	N	N	N	N	V	V	O	O	O	O	O	O	12	R	R	R	R	R	R/N	12	N	N	N	N	N	V
s. Peroutková	N	V	V	O	O	O	O	O	O	12	R	R	R	R	R	R/N	12	N	N	N	N	N	V	V	O	O	O	O	O	O

* Staniční 9 hod. denně — R = ranní, O = odpolední, N = noční, V = volno

zdroj: Matoušová 1951, s. 58

Matoušová ve stejném článku popisuje výzkum, který byl prováděn v mnoha zdravotnických zařízeních Ústavem lidské práce. „*Bylo shledáno, že nedostatek*

ošetřovatelek chybějících v některých ústavech po zavedení osmihodinové pracovní doby je možné nahradit tak, že budou ošetřovatelky zbaveny pomocných prací, ty mohou vykonávat pracovnice s menší kvalifikací". Na návrh svazu Revolučního odborového hnutí ministerstvo zdravotnictví vydalo směrnici pro zavedení kategorie sanitárek. Jejich školení bude probíhat v nemocnicích formou kurzů. Sanitárky měly většinou dobrou úroveň a dnes již ve většině ústavu dělají platné služby. Na zvlášť dobře vedených pracovištích se podařilo zavést 8 hodinové směny bez zvýšení počtu pracovníků jenom lepší organizací práce. Pomocnice, sanitarky a pomocné ošetřovatelky budou mít dost času absolvovat večerní školy práce zřizované při našich zdravotnických školách a získat diplom i odbornou maturitu (Matoušová 1956, s. 59).

Na celostátní konferenci Komunistické strany Československa v červnu 1956 bylo usneseno, že první etapa postupného zkracování pracovní doby bude od 1. října 1956. Podle přímé instrukce ministerstva zdravotnictví (reg. číslo 162/P-1956) dojde ke zkrácení týdenní pracovní doby ze 48 na 46 hodin. Ve všech zdravotnických zařízeních byly zřízeny komise složené z ředitele ústavu, správce, hlavní sestry[1] a jiných zkušených pracovníků, které řídili přípravy pro zavedení zkrácení pracovní doby. „*První etapa zkrácení pracovní doby bude zkouškou našich organizačních schopností a zkušeností … Pokud budou problémy považujeme za účelné zřídit obdobnou komisi i při zdravotnickém odboru rady krajského národního výboru. Zásadně se nepřipouští práce přesčas nebo zvýšení odměn za práci mimo případu, které si nutně vyžádá zájem provozu, například lůžkových zdravotnických zařízení při práci u lůžka nemocného. V tom případu bude třeba zajistit pomoc mobilizací rezerv z jiných zdravotnických zařízeních. Zkrácení pracovní doby se bude především týkat sobotní směny, ta však nesmí být kratší než 5 hodin, protože by to nebylo hospodářsky únosné"* (Instrukce ministerstva zdravotnictví reg. číslo 162/P-1956).

3.5 Zvyšování počtu zdravotníků cestou změnami vzdělávání

V roce 1949 byla zdravotní služba roztříštěná a velká většina ambulantní péče

[1] Podle vyhlášky ministra zdravotnictví 216/1952 Ú.l. ze dne 30. července 1952 o vydání organizačního a provozního řádu ústavů národního zdraví, hlavní sestra odpovídá řediteli za celkovou organizaci a úroveň práce středních a nižších zdravotnických pracovníků v nemocnici i ve středisku, za vedení jejich výchovy a za dohled na čistotu a hygienu pracovišť.

spočívala na soukromých ordinacích. V první pětiletce se podařilo přebudovat tuto chaotickou zdravotní péči a vytvořit jednotný systém „Státní zdravotní péče“ řízený ministerstvem zdravotnictví a národními výbory. Sjednocení zdravotnictví v roce 1951 bylo doprovázeno prudkým rozvojem zdravotní péče. Do roku 1955 se zvýšil počet lůžek v nemocnicích oproti roku 1948 o 28%, počet lékařů stoupl o 72% a počet středních zdravotnických pracovníků stoupl o 112%. Přesto zdravotničtí pracovníci nestačili držet krok s rostoucími požadavky na poskytování zdravotních služeb. Rychlý rozvoj zdravotnictví si vynutil přijímání středních a nižších zdravotnických pracovníků bez dostatečných odborných znalostí a tak se provádělo doškolování těchto pracovníků až v plné práci (Štich 1956, s. 135).

Úroveň platu některých zdravotnických zaměstnanců zůstávala pozadu a tyto okolnosti odrazovaly zejména mladé lidi od zdravotnických povoláních, při kterých jsou běžné časté noční služby, všechny nevýhody nepřetržitého provozu, vysoká pracovní rizika, vysoká odpovědnost za konanou práci, obtížnost práce v ošetřovatelských ústavech a psychiatrických léčebnách. Nelze se divit, že se ve zdravotnických zařízeních projevil citelný nedostatek zejména středních zdravotnických pracovníků a že stoupla fluktuace i dlouhodobé absence. V těchto dnech (červen 1956) schválila vláda novou úpravu platů středních zdravotnických pracovníků a pomocných technických pracovníků (Štich 1956, s. 135).

Uvedené závady byly průvodním jevem rychlého rozvoje zdravotnictví, mnohdy ohrožovaly kvalitu zdravotní péče, proto bylo zapotřebí dočasně zmírnit toto tempo v zájmu podstatného zvýšení kvality zdravotní péče. „*To bude vyhrazeno soustavnému úsilí o doplňování počtu zdravotnických pracovníků a zvyšování jejich odborné kvalifikace, protože pouze 65,4 % zdravotních sester a 58,2% dětských sester má plnou kvalifikaci*“ (Štich 1956, s. 136).

Studium na zdravotnických školách bylo v té době zkráceno na tříleté, žákyně vedle předmětů všeobecně vzdělávacích musely zvládnout i velmi náročné a obsažné předměty zdravotnické, týdenní počet hodin ve škole byl neúměrně vysoký, předepsané osnovy byly zvládnuté jen s největším vypětím učitelů a žáků. Výsledky se horšily ještě tím, když do škol přišly 14leté žákyně (osmileté základní školy), pro které základní zdravotnické předměty v prvním ročníku byly velkým zatížením, často neměly ani

dostatečný a nejednotný základ ve všeobecných předmětech. Z těchto důvodů bylo počátkem školního roku 1955/56 prodlouženo studium na zdravotnických školách na 4 roky a nově zpracované osnovy, které pro každý předmět vypracovala komise odborníků z praxe. Vycházelo se ze zásady, že učivo oproti tříleté škole nemá být roztříštěné, ale prohloubené tak, aby si žákyně osvojily vědomosti trvale a k výkonu povolání potřebné (Kratková 1956, s. 588).

Zdravotnické školství bylo připojeno ke Státní zdravotní správě a bylo zavedeno čtyřletého studium. Pro lepší spolupráci se zdravotnickými pracovníky bylo zřízeno 56 školních stanic a zavedení praktických maturitních zkoušek přímo na pracovištích. Ministerstvo zdravotnictví rozšířilo od počátku školního roku 1956 možnost večerního studia na zdravotnických školách. Do večerního studia v oboru zdravotních sester, sanitářek a dalších mohli být přijati uchazeči po dvouroční praxi v oboru, po vykonání rozdílových zkoušek mohli být eventuálně přijati i do vyššího ročníku. Po dobu, studia zůstali zařazeni na dosavadním místě, teprve po složení maturitní zkoušky bylo možné tyto pracovníky přeřadit na volná funkční místa kvalifikovaných středních zdravotnických pracovníků s příslušným funkčním platem (Instrukce ministerstva zdravotnictví reg. č. 149 /P1956).

Pro osm zdravotnických oborů byly zavedeny mimořádné způsoby studia na zdravotnických školách (večerní a externí). Ve večerní škole začalo studovat 102 302 žáků a v externím studiu 539 žáků (Kratková 1956, s. 582).

Instrukce ministerstva zdravotnictví z února 1956 (reg.č. 23/P 1956) byla určena zdravotnickým odborům krajských národních výborů pro plán školení v závodních školách práce. Závodní školy práce ve zdravotnických zařízeních byly povinny organizovat doškolování středních zdravotnických pracovníků, školení ve zdravotnické dokumentaci, v přípravě k přijímacím zkouškám do mimořádných způsobu studia, podle potřeby organizovaly kurzy psaní strojem pro sestry v ambulantních zařízeních.

Také potřeba urychleného získávání nových lékařů byla řešena. Byly zřízeny nové lékařské fakulty v Hradci Králové a v Plzni, které byly přičleněny ke Karlově univerzitě v Praze. Tyto fakulty byly zřízeny Dekrety prezidenta republiky ze dne 13.10.1945 (č. 96/1945 Sb.) a ze dne 27.10.1945 (č. 136/1945 Sb.).

3.6 Diskuze poslanců o ošetřovatelství po roce 1945

Nedostatek ošetřovatelského personálu se v poválečném období mnohokrát diskutoval v souvislosti s návrhy na úpravu legislativy, která by přinesla účinná řešení, která by mohla počty personálu rozšířit. Hodnocení ošetřovatelského personálu byla neradostná. Např. poslankyně Jungwirthová (1946) ve sněmovně vysvětlila, proč je nedostatek personálu v nemocnicích: „*Je dostatečně známo, že máme veliký nedostatek středního zdravotnického personálu. Tomu, kdo zná platové poměry těchto zdravotních pracovníků, není třeba dalšího vysvětlování. Vždyť například diplomovaná ošetřovatelka, která prošla dvouletou školou, v níž si musila platit školné, vydělá svůj první plat nejdříve až ve dvaceti letech a tento plat je nižší než např. výdělek mladého děvčete, konajícího jednoduchou administrativní práci … Ošetřovatelky utíkají od svého krásného povolání a pokusy o nábor do ošetřovatelských škol končí nezdarem*“ (Repozitář PSČR 1946).

V květnu 1947 se v parlamentu začal projednávat vládní návrh zákona o mimořádných ošetřovatelských diplomových zkouškách a o doplňovacím výcviku ošetřovatelského personálu, který měl napravit a narovnat nespravedlivosti mezi ošetřovatelským personálem, který byl způsobený různými způsoby vzdělávání nebo praktickými válečnými zkušenostmi mnohých ošetřovatelů. Diskuze byly dlouhé, bouřlivé a otevřeně se hovořilo o problémech ošetřovatelského povolání, o příčinách jejich nedostatku a o podmínkách v nemocnicích. Pro ilustraci můžeme uvést některé výroky a informace, které zazněly v plénu.

Počet zdravotnického personálu za okupace značně poklesl, uvedla poslankyně Synková, zpravodajka právního, rozpočtového a zdravotnického výboru. Za odsunu německých zdravotnických sil musili jsme do pohraničí poslat aspoň nejnutnější zdravotnický personál, což vše klade a kladlo veliké požadavky na naše zdravotnictví. V zemi České máme dnes z celkového počtu 3025 sester jen 810 s diplomem a všechny ostatní získaly svoji dosavadní kvalifikaci školením v různých krátkodobých odborných kursech. V našich ústavech máme asi jen jednu třetinu diplomovaných sester. Všechny ostatní jsou sestry, které se ošetřovatelství vyučily pouze empiricky, když v pohnutých dnech se obětavě přihlásily na výpomoc v nemocnicích. *„Mnoho zlé krve vyvolával fakt, že ošetřovatelky jsou dnes rozděleny na diplomované a pomocné, veřejnost je*

rozezná jen podle šatů: modrých nebo modrobílých“ (Repozitář PSČR 1947).

„*Máme velký, téměř katastrofální nedostatek ošetřovatelského personálu … musí být vážně zkoumáno, proč dnes je těžko získat mladé dívky pro to, aby si zvolily ošetřovatelství jako své povolání a proč se dnes vyskytují ošetřovatelky, které se snaží své povolání vyměnit za jiné. Není těžko zjistit, že poměry ošetřovatelek jsou neutěšené*“ uvedla v diskuzi poslankyně Ullrichová 14. května 1947 a pokračovala: *„Vrchní diplomovaná sestra v nemocnici velkého města, která má na starosti oddělení se 70 dětmi a která ručí za inventář, má měsíční hrubý příjem 2.367 Kčs a po odečtení stravného a ostatních srážek jí zbude 239 Kčs. Stěžuje si, že je to velmi málo při 12hodinové pracovní době. Má prý sice nárok na dvouhodinovou polední přestávku, ale při dnešním nedostatku personálu je vyloučeno, aby tato přestávka byla dodržována. Dokonce někdy se musí sestry co nejrychleji naobědvat a pak hned zas do práce. Předepsané volno jsou dva půldny v týdnu a neděle jen tehdy, když to vyjde, ono to však skoro nikdy nevyjde*“ (Repozitář PSČR 1947).

Ke stejnému tématu pokračovala poslankyně Šmejcová: „*Našli se bohužel i lékaři, kteří si nepřáli mít u lůžek nemocných v nemocnicích odborně školené ošetřovatelky, protože mysleli, že když budou ošetřovatelky studované, nebudou chtít dělat všechnu i tu nejdrobnější práci u lůžek nemocných. A doba ukázala …, že teprve kvalifikované síly mohou dát tu krásnou hodnotu a náplň tomu nejdůležitějšímu a nejkrásnějšímu povolání ženy … dnes vidíme, že na konferencích ošetřovatelek mluví lékaři, aby je ve svých přednáškách obeznamovali s novými vědeckými směry své práce, aby jim dokázali, že v nich vidí své spolupracovnice*“ (Repozitář PSČR 1947).

Po ošetřovatelkách je poptávka i v soukromých ústavech s lepšími podmínkami, proto se nelze divit, že je v pohraničí a ve všeobecných nemocnicích nemůžeme udržet. Poslanec Bláha informoval, že v současnosti jsou tři kategorie ošetřovatelského personálu. „*Jedna je ve veřejných nemocnicích a podléhá ministerstvu vnitra, ta má 60hodinovou týdenní pracovní povinnost. Druhá podléhá ministerstvu sociální péče, je v národním pojištění veřejných korporací a má 48hodinovou dobu. A máme soukromé ošetřovatelky, jež jenom nepřímo podléhají ministerstvu sociální péče, ty mají službu daleko menší, dostávají však platy dvojnásobné až trojnásobné proti těm ve veřejných nemocnicích … Domnívám se, že každý z vás, když budete mít dorostlé dcery, si dobře*

rozmyslíte, jestli byste je měli dát na toto vznešené - jak se říká - povolání, které však, jak se nakonec ukáže, stojí v pochopení veřejnosti a co se týče odměny daleko níže než všechna jiná povolání, která jsou o mnoho lehčí fysicky a o mnoho méně odpovědná … Domnívám se však, že máme právo alespoň žádat, aby tyto osoby svou odměnu a svou životní úroveň nemusily pociťovat jako nějakou méněcennost a nespravedlnost" (Repozitář PSČR 1947).

Za zmínku stojí krátké prohlášení poslance Dr. Bureše, který ve sněmovně v prosinci 1947 pronesl svou vizi, že „*za 2 roky budeme mít dostatek lékařů a za 5 let dostatek sester. Zdravotnictví musí řešit obojí: kvantitu i kvalitu*" (Repozitář PSČR 1947).

V prosinci 1950 probíhala ve sněmovně diskuze k zákonu o zdravotnických povoláních. Poslanec zpravodaj Dr. Sláva zdůraznil nejdůležitější zásadu návrhu zákona o zdravotnických povoláních: „*…stát bude oprávněn určovat působiště zdravotnických pracovníků a ukládat jim pracovní závazky v oboru zdravotní péče a zvláštní úkoly a že na druhé straně bude zejména povinen pečovat o odborné školení zdravotnických pracovníků, odstranění úzkých profilů v některých oborech, pružné řízení rozmístění zdravotnických pracovníků tak, aby plně vyhovovalo úkolům zdravotní péče, umožní dáti náplň heslu «Zdravotnictví čelem k závodům», neboť budeme moci použít našich nejkvalitnějších kádrů i v těžkém průmyslu a hornictví*" (Repozitář PSČR 1950).

O tom, proč se některá zdravotnická zařízení stala součástí velkých podniků bude vysvětleno na straně 40, zde je poslancem Bláhou zdůrazněno, že „*budoucí vývoj zdravotnictví je jen součástí velké sociální přeměny, která i ve zdravotnictví nejen boří zastaralé a špatné zvyklosti, ale hned staví nové základy a buduje nový řád, který je zárukou lepší budoucnosti*." Dále uvádí, že „*naše pohraničí, ale i vnitrozemské venkovské okresy a periférie průmyslových čtvrtí měst … jsou bez jakékoliv … zdravotnické péče … v němž se nikdo nedovolá ani nejnutnější pomoci … Dlouhá léta jsme se domnívali, že jediným, kdo se stará o lidské zdraví, je lékař… lékaři přísluší vedoucí a rozhodující role … ale už víme, že řádné zdravotnictví může být obstaráváno jen kolektivní prací příslušníků všech zdravotnických povolání."* Zákon umožňuje, aby se zdravotničtí pracovníci obeznamovali s nejnovějšími poznatky lékařské vědy, aby bylo zajištěno, že stejné léčebné metody budou používány jak na universitních klinikách, tak ve venkovských nemocnicích (Repozitář PSČR 1950).

3.7 Vladimír Pacovský a ošetřovatelství

Osobou, která se významně zapsala do dějin ošetřovatelství byl Vladimír Pacovský[1] (1956, s. 41 – 47). Dlouhodobě se věnoval systému organizace práce sester na lůžkových odděleních, což dokládá jeho publikace „Vybrané kapitoly z ošetřovatelské péče“. Přestože tuto knihu sepsal před více jak půl stoletím, obsahuje myšlenky a návody i pro dnešní problematickou dobu velmi pokrokové a inspirativní a měli bychom je zde v krátkosti připomenout. Zvláštní pozornosti je potřeba věnovat kapitole „Problémy související s počtem sester“, z které v následujícím textu budeme čerpat.

Podle Pacovského (1956, s. 41) s pokrokem vědy rostou nároky na hospitalizaci nemocných a na rozsah diagnostické a léčebné činnosti, zejména nemocnic. Klinická praxe je přesnější, účinnější a pracnější. To zvyšuje požadavky na vzdělání kvalifikovaných zdravotnických pracovníků a na jejich počet. Zvyšování počtu dokládají statistiky všech států s rozvinutým zdravotnictvím, po roce 1945 je patrný vzrůst i v naší republice, na straně 41 uvádí počty sester v období let 1959 – 1964:

rok	zdravotní sestry	dětské sestry
- 1959	30709	14336
- 1960	31982	15086
- 1961	32582	15678
- 1962	33114	16362
- 1963	34184	17171
- 1964	35491	18176.

Jak dále uvádí, potřeba kvalifikovaných zdravotnických pracovníků se všude ve světě zvyšuje, přesto je stále tíživěji pociťován jejich nedostatek, který vzhledem k velikosti potřeby sotva může být odstraněn. Brání tomu, např. v naší zemi omezené zdroje pracovních sil, v řadě kapitalistických států často finanční okolnosti. U zdravotních sester je situace zhoršována jejich značným odchodem z nemocniční činnosti, např. v Německé spolkové republice odejde z nemocnic ročně 9 tisíc sester a

[1] prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc. (1928 – 2011), profesor vnitřního lékařství, akademik ČSAV. Prosadil koncepci diferencované ošetřovatelské péče od péče intenzivní až po následnou, měl mnoho žáků, většinou internistů, ale i zástupců dalších oborů, např. doc. Staňková, D. Jurásková, prof. Haškovcová, doc. Šimek. Byl mimořádný manažer, významně ovlivnil českou medicínu i české vysoké školství, zasloužil se o vznik oborů gerontologie a geriatrie jako samostatného oboru a o realizaci vysokoškolského studia ošetřovatelství.

chybí zde 30 000 kvalifikovaných ošetřovatelek. Skutečný počet zdravotních sester v nemocnicích pokročilých zemí vážně zaostává za potřebami praxe. Proto jsou všude ve světě hledány cesty k nápravě této tíživé situace.

Pacovský navrhuje několik řešení k nápravě. Jedním řešením je přijímání částečně nebo zcela nekvalifikovaných pracovních sil, na něž se přenášejí některé povinnosti zdravotních sester (v Anglii v roce 1963 na jednu sestru připadaly dvě pracovnice bez odpovídajícího vzdělání, v psychiatrických léčebnách a v ústavech pro chronicky nemocné je počet pomocných sil ještě větší). Jeho návrhy řešení nedostatku ošetřovatelského personálu:

1. **Náhrada kvalifikovaných sester zacvičenými pracovníky** sice pomůže zvládnout dané množství práce, ale neumožňuje zkvalitnění ošetřovatelské péče. Pomoc méně kvalifikovaných pracovníků musí být přesně vymezena a prováděna za přímého dohledu diplomované sestry. V našich podmínkách považujeme za odůvodněné a za správné zařazení vyššího počtu dobře připravených sanitářek a pomocných sester.

2. V zahraničí je řešen nedostatek sester **přijímáním vyššího počtu sester na malé pracovní úvazky**. Do služby nastupují nepravidelně podle okamžitých potřeb oddělení, většinou v době největšího pracovního zatížení. Tento systém byl nejdříve považován za nouzové řešení a přijímán skepticky, ale zkušenosti jsou většinou kladné. Žádné předpisy nebrání, abychom i u nás přijímali více pracovníků na krátké úvazky.

3. Těžiště snah pro odstranění nedostatku kvalifikovaných sester v nemocnicích se přesunulo na **změnu organizace práce** na ošetřovací jednotce a na hledání cest, jak vysokého **odborného vzdělání sester lépe a účinněji využít**. Považujeme za nutné, aby organizace práce v nemocnici byla intenzívně vědecky studována a sledována. Vedoucí pracovníci by se měli seznámit s metodami, kterými lze práci na ošetřovací jednotce objektivně sledovat. Tradice nesmí být brzdou v realizaci zdůvodněných organizačních zásahů, i když jejich praktické prosazování nebude lehké.

4. Vzhledem k neustálému rozvoji lékařské vědy a metod je nutno očekávat, že se budou rychle vyvíjet i názory na ošetřování nemocných a na principy jejich organizačního zajištění. Dosáhneme-li jednou tohoto vysokého cíle, realizujeme v praxi **zásadu vědeckého řízení na všech stupních**.

5. **Stanovení pracovních náplní jednotlivých kategorií pracovníků a vymezení**

jejich působnosti. Jde v podstatě o účelnou dělbu práce, pracovní úkoly jsou rámcově zachyceny v příslušných předpisech a směrnicích. Při tom je důležité, aby činnost jednotlivých kategorií pracovníků na sebe účelně navazovaly a doplňovaly se. Protože se vědecké poznatky rychle mění, není možné, aby funkční náplň zdravotní sestry zůstávala trvalá a neměnná. Je potřeba, aby byla čas od času odpovědně prověřena, odstranilo se to, co se přežilo a doplnilo to, co je nové a progresivní.

6. Správný **časový rozpis služeb a stanovení pracovní náplně v jednotlivých směnách.** Těmto otázkám musí věnovat pozornost zvláště staniční, vrchní a hlavní sestry.

7. Stálá a **soustavná kontrola a řídící činnost vedoucích.** Této problematice byla dosud věnována malá výzkumná pozornost. Měla by směřovat na rozbor činnosti vedoucích sester, na metody jejich práce a na specifické funkce, jejichž jsou nositelem - řízení a kontrola ošetřovatelské péče. Pacovský vyslovuje domněnku, že aktivních a uvědomělých zásahů je málo, zvláště u hlavních sester a vrchních sester velkých oddělení. Protože publikace V. Pacovského vyšla v 50tých letech, přisuzuje významnou úlohu v organizaci ošetřovatelské péči lékaři, který je vedoucím kolektivu zdravotnických i jiných pracovníků a za kolektiv odpovídá. Chce-li však někdo úspěšně řídit činnost a kontrolovat ji, musí jí především sám rozumět a znát ji. Z tohoto důvodu by se každý lékař měl teoreticky i prakticky seznámit s náplní práce všech zdravotnických pracovníků, aby zvládl závažnost problematiky péče o nemocné.

8. **Čas sestry strávený s pacientem** je podle výzkumů Pacovského, které prováděl na lůžkových odděleních, nedostatečný. Sestry v bezprostřední práci s nemocným stráví jen 40 % svého času, což není správné a pro nemocného užitečné. Moderní ošetřovatelská péče vyžaduje a bude vyžadovat stálé větší osobní kontakt pacienta se sestrou. musí k tomu mít možnosti a podmínky vytvořené změnami dosavadní běžné činnosti. A ještě jeden, ze současného pohledu až úsměvný dodatek - náprava musí být rychlá.

9. Zdravotní sestry kromě vlastní ošetřovatelské práce **vykonávají řadu úkolů organizačních a hospodářsko administrativních**, kterými je zabezpečován plynulý chod provozu. Definuje činnost sestry na lůžkové jednotce a dělí je podle spotřebovaného času, tyto časové údaje odpovídají zahraničním zkušenostem:

vlastní ošetřovatelská péče - 40% času sester,
práce přípravné - 11% času sester,
práce dokončovací - 16% času sester,
práce administrativu – 6,5% času sester,
porady s lékaři – 3,5 % času sester,
práce ostatní (různé pochůzky, stravování, osobní hygiena) - 4% času sester.

9. Za důležité považuje **správně sestavený a dodržovaný režim a léčebný řád nemocných** upravující nejen práva, ale i povinnosti nemocných (Pacovský 1956, s. 41 - 47).

V textu bylo zmíněno, že jednou z následovnic profesora Pacovského byla Marta Staňková. Čerpala ze svých bohatých teoretických znalostí a praktických dovedností a také se zabývala úlohou vedoucích sester při organizací ošetřovatelské péče. V roce 1981 v Suplementu Zdravotnické pracovnice uvedla, že je nutné, aby nadřízené orgány vytvořily vedoucím sestrám vyvážený vztah mezi pravomocí a odpovědností. „*Nelze mít značnou odpovědnost, ale nemít pravomoc*. *Pak není možné dobře ovlivňovat práci kolektivu a plnit dané úkoly. Vedoucí pracovník je frustrován a jeho iniciativa se nutně snižuje. Naopak je-li pravomoc silnější než odpovědnost, může dojít k morální deformaci osobnosti vedoucího, která se projevuje libovůlí a přeceňováním vlastních zásad. Proto dodržujeme pravidlo «čím více odpovědnosti, tím více pravomocí»“* (Staňková 1981, s. 4).

„*Získají-li … vedoucí sestry vysokou osobní autoritu v ošetřovatelském, ale i ve zdravotnickém týmu a budou-li mít ve své řídící práci rovnovážnou proporci mezi pravomocí a odpovědností, podaří se jim… snáze vytvořit stabilní, spokojené, aktivní a iniciativní pracovní kolektivy … úspěch řídící práce se pak odrazí … především na kvalitě ošetřovatelské péče*“ (Staňková 1981, s. 7).

3.8 Ošetřovatelství po roce 1970

Z předcházejících kapitol už víme, že se stále řešil problém nedostatku zdravotnických pracovníků, v této souvislosti je nutné zmínit vyhlášku č. 121/1974 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení. Ta se sice přímo zdravotnických pracovníků netýkala, ale měla za úkol v zájmu racionalizace provozu a využití lůžek, účelně

spojovat malá oddělení stejných oborů nemocnic s poliklinikou do jedné nemocnice s poliklinikou II. typu a tak vzájemně zabezpečovat zdravotnické služby obyvatelstvu spádového území. Mezi řádky řečeno i racionalizaci rozmístění zdravotnických pracovníků.

„*Zdravotnictví a nemocenské pojištění patřilo k nejúspěšnějším odvětvím lidově demokratické sociální politiky*“. Oproti prvorepublikovému období nastal „*kvalitativní skok, který by neměl být relativizován tím, že zlepšování úrovně zdravotních služeb bylo v poválečném období společné všem evropským zemím na obou stranách barikády studené války*.“ Problém nastal od 50tých let, kdy ekonomika ČSSR nedokázala generovat dostatečnou materiální základnu pro další rozvoj zdravotní péče a proto začala v mnoha ukazatelích, ve kterých v 50 letech v mezinárodním srovnání vynikala, postupně ztrácet své postavení (Rákosník 2012, s. 314).

Zdravotnický systém měl rostoucí náklady a proto byly některé jeho úkoly ve stále větší míře přesouvány na podniky, které měly své závodní lékaře, své polikliniky a největší hutní a strojírenské podniky a železnice měly i své nemocnice. Přesto byl podle J. Rákosníka tento systém „*jedním z nejstabilnějších a nejodolnější vůči změnám a politickému vývoji. Nebyl novelizován téměř třicet let, k jeho realizaci bylo vydáno na 140 obecně závazných prováděcích předpisů. K jeho první větší úpravě ve formulaci prováděcích předpisů došlo až v roce 1990.“* Tato jediná výrazná změna se týkala kompetencí ústředních orgánů (Rákosník 2012, s. 308).

3.9 Ošetřovatelství po revoluci 1989 a po vzniku ČR

Předchozí podrobnější přehled problematiky ošetřovatelství a ošetřovatelského povolání byl důležitý pro pochopení následujícího vývoje oboru a soubory opatření v současné a v nedávné době.

Prvním zásadním krokem byla změna financování zdravotní péče, která byla provázena finančními turbulancemi a snahami po zefektivnění obdobně prosazovaného v průmyslu a po zlevnění poskytované péče. Úspory spočívaly zejména ve mzdových úsporách směrem k nelékařským profesím, které se v lůžkových zařízeních řešilo plánovaným snižováním stavů nelékařských pracovníků. V roce 1992 bylo financování zdravotnictví svěřeno všeobecné zdravotní pojišťovně a bylo hrazeno formou pojistného

odděleného od financování sociálního zabezpečení. Klíčové reformní kroky nastaly až v roce 1993 (Rákosník 2012, s. 317).

Od té doby jsme svědky odborných diskuzí o správnosti nastavení parametrů pro proplácení poskytované zdravotní péče mezi jednotlivými lůžkovými zařízeními a snah po jejich revizi a spravedlivém proplácení poskytované péče. V souvislosti se změnami doby hospitalizace pacientů v nemocnicích a změnami léčebných postupů směrem ke zlevnění poskytované péče do systému hrazené péče navíc vstoupily i další segmenty, levnější než lůžková péče, ale realizované téměř výhradně ošetřovatelským personálem. Těmi jsou domácí ošetřovatelská péče, dlouhodobá intenzivní a hospicová péče.[1]

Toto období můžeme bez nadsázky označit za zlomové pro stavy nelékařského personálu a za začátek současného krizového stavu. První citelná rána byla zasazena změnou délky základní školní docházky na 9ti letou v roce 1990. V důsledku toho došlo se zpožděním 3 až 5 let k propadu počtu absolventů zdravotnických škol v denních a nástavbových studiích v podstatě o celý populační ročník (okolo 3500 sester). Dalším krizovým momentem bylo ukončení vzdělávacího programu všeobecné sestry na střední škole v roce 2008. Noví absolventi střední školy - zdravotničtí asistenti – místo toho, aby odešli do praxe,[2] přecházeli do dalšího studia na vyšších odborných zdravotnických školách nebo na bakalářská studia vysokých škol. Tento trend se v podstatě zachoval do současné doby. Dobře míněný záměr zákona č. 96/2004 Sb., aby v praxi byli další vzdělaní zdravotníci - pomocníci sestry, aby se sestra mohla zabývat pouze odbornou činností, ztroskotal. Na tuto situaci nebyl nikdo připraven. Zdravotnická zařízení neuměla zdravotnické asistenty (dále jen „ZA“) zařadit a přidělit jim odpovídající činnosti, kolem jejich zařazování byly zmatky. A naopak, ZA se cítili být plnohodnotnou sestrou, přestože tomu jejich vzdělávací program v porovnání se vzdělávacím programem všeobecné sestry neodpovídal, ve vzdělávání chyběly odborné předměty (viz. přílohy č. 2 a 3 - porovnání vzdělávacích programů). Velmi demotivující pro výkon povolání ZA se ukázalo jejich pracovní zařazení po celou dobu výkonu

[1] Po roce 1992 (od zahájení procesu privatizace) se jako doplňující prvek ambulantní péče objevila nově v České republice zařízení domácí zdravotní péče („home care“ péče). V současnosti existuje v 437 samostatných zařízení tohoto typu, zaměstnávají více než 19 tisíc osob ošetřujícího personálu. Objem poskytované domácí péče se od roku 1995 zdvojnásobil (Statistická ročenka ČR).

[2] Předpokládaný počet 3000 absolventů oboru zdravotnický asistent do zdravotnických zařízení nenastoupil, podle zjištění MZ v roce 2008 o nástupu do zdravotnického zařízení uvažovalo pouze 200 absolventů.

povolání „pod odborným dohledem“, což bylo zdravotníky se středoškolským vzděláním vnímáno jako neatraktivní pracovní perspektiva. Situace se stala natolik kritickou, že si jí na mezirezortní úrovni začalo intenzivně zabývat ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo školství.

S ohledem na krizovou situaci v březnu 2009 probíhalo na MZČR mnoho jednání o opatřeních, která by měla vést ke stabilizaci ošetřovatelské péče. S plánovanými záměry byla odborná veřejnost seznámena na tiskové konferenci MZČR dne 24.04.2009. Na tomto jednání byla prezentovaná současná personální situace sester ve zdravotnických zařízeních, kterou si MZČR zjišťovalo a provedlo vlastní analýzu. Na této konferenci MZČR předložilo vlastní návrhy na řešení situace, ty byly následně distribuovány prostřednictvím letáků „Informace o realizaci stabilizačních opatření všeobecných sester“.

Ze statistiky prezentované MZČR vyplynulo, že současná krizová situace vznikla tím, že ZA nenastoupili do zdravotnických zařízení, ale většina jich pokračovala v dalším studiu ve zdravotnických oborech, zejména v oboru všeobecná sestra. Tyto údaje byly podloženy informacemi ze vzdělávacích institucí[1] a z Úřadu práce[2]. Všeobecné sestry také využily možnost pracovat v zahraničí v rámci Evropské unie[3].

Navrhovaných opatření na zlepšení personální situace sester v lůžkových zdravotnických zařízení bylo několik, ne všechna se dala bez odkladů a bez problémů realizovat, měla oponenty zejména z řad vzdělavatelů zdravotnických oborů[4]. Toto i některá z dalších navrhovaných úprav byla realizovatelná pouze prostřednictvím novely zákona č. 96/2004 Sb., nejdůležitějším mělo být přejmenování ZA na „praktickou sestru“ a úprava jeho kompetencí, z nichž některé by mohl vykonávat samostatně. V květnu 2009 byla novela vládního návrhu zákona č. 96/2004 Sb. s touto změnou

[1] Na obor všeobecná sestra na VOŠ bylo v roce 2008 přijato 991 studentů, z toho 812 ZA. Na bakalářské studium všeobecná sestra bylo v roce 2008 do denní formy studia přijato 645 studentů, z toho 567 absolventů oboru diplomovaná sestra, do kombinované formy studia všeobecná sestra bylo přijato 556 studentů, z toho 552 zájemců se zdravotnickým vzděláním.
[2] Počet dlouhodobě volných pracovních míst všeobecná sestra hlášených Úřadu práce byl 1064 (zdroj MPSV), podle MZČR bylo ve zdravotnických zařízeních 1090 volných míst, ve skutečnosti je nedostatek sester vyšší, protože nejsou hlášené aktuální počty nebo krátkodobě nenaplněná pracovní místa..
[3] Zdroj MZČR – 889 vydaných potvrzení pro práci sester v zahraničí
[4] Požadavek zastavit realizaci návrhu na odstranění duplicity vzdělávání všeobecné sestry, požadavek na zlepšení financování zdravotnických oborů navýšením směrných čísel studijního programu všeobecná sestra, požadavek zřídit vládní radu pro vzdělávání v ošetřovatelství.

projednávána v Poslanecké sněmovně parlamentu ČR, ale projednávání novely bylo ukončeno s koncem volebního období (Poslanecká sněmovna 2009).

Znova předloženou tzv. „malou novelu zákona č. 96/2004 Sb.“ už Poslanecká sněmovna parlamentu ČR schválila s účinnosti od května 2011. Ta realizovala úpravu pracovních činností ZA a byly do ní implementovány i další stabilizační opatření plánované už v roce 2008 - snížení poplatku za registraci z 500,- Kč na 100,- Kč, prodloužení doby registrace ze 6 na 10 let, rozšíření kompetencí zdravotnického záchranáře, aby mohl pracovat i na odděleních intenzivní péče jako všeobecná sestra. V té době bylo zdravotnických záchranářů na trhu práce nadbytek a v praxi mohli být při splnění určitých podmínek použitelní jako ZA (Poslanecká sněmovna 2011).

Další novelou zákona č. 96/2004 Sb. s splatností od září 2017 se po mnoha letech do legislativy vrátilo pregraduální vzdělávání dětských sester a zejména doplněna možnost zkráceného vzdělávání všeobecných sester tzv. „metodou 4 + 1“, kterou se předpokládal rychlejší příliv všeobecných sester do zdravotnických zařízení. V této úpravě došlo k přejmenování ZA na „praktickou sestru“ a k jejímu přeřazení mezi zdravotnické pracovníky pracující bez odborného dohledu (zákon č. 96/2004 Sb. v platném znění).

Další stabilizační opatření, která se více či méně úspěšně realizovala, bylo navyšování platů, úprava specializačního vzdělávání a vytvoření rezidenčních míst, snížení počtu oborů specializačního vzdělávání, rozšiřování kompetencí podle dosaženého stupně vzdělání a specializace. Podpora sester - matek k návratu do zdravotnictví po ukončení mateřské dovolené spočívala v návrhu na vytváření podnikových předškolních zařízení, protože směnnost, vysoká psychická a fyzická náročnost jsou nepříznivé faktory, kvůli kterým matky po mateřské dovolené odcházejí mimo zdravotnictví.

Z návrhů stabilizačních opatření je důležité zmínit záměr MZČR vydat jako přílohu k vyhlášce o personálním vybavení metodický pokyn pro výpočet personálu, který by vycházel z metodiky K. Pochylé (viz kapitola 6.6). V této souvislosti doporučilo, aby se profesní organizace a vysoké školy zaměřily na vzdělávání sester v managementu, aby se sestry naučily argumentovat, jak posílit ošetřovatelský personál pro zajištění kvalitní a bezpečné péče, aby uměly hledat rezervy a navrhovat různý mix

personálu a v rámci směn se naučily řídit ošetřovatelský personál pod odborným dohledem.

4 Počet ošetřovatelského personálu ve statistice

V této kapitole se budeme věnovat analýze počtu ošetřovatelského personálu ze statistických údajů. Předesíláme předem, že dohledávání relevantních statistických údajů bylo náročné a složité, protože není jednotná metodika sběru dat a statistických výstupů. Vycházeli jsme z renomovaných internetových zdrojů, kterými je Národní zdravotnický informační systém - NZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR - ÚZIS ČR, Český statistický úřad - ČSÚ, Národní ústav pro vzdělávání - NÚV, Národní ústav odborného vzdělávání - NUOV, Národní statistiky MŠMT. Dále to byly knižní zdroje - Statistické ročenky ČSSR, Statistické ročenky ČSFR, Statistické ročenky ČR vydávané Českým statistickým úřadem.

Zjistili jsme, že k významným nesrovnalostem ve statistických údajích dochází zejména po roce 1992, kdy se změnily statistické výstupy způsobené organizačními změnami ve školství a zdravotnictví, rozpadem jednotné soustavy školství a zdravotnictví na státní a soukromý sektor. V obou oblastech dochází k nárůstu nestátních institucí, pak k jejich restrukturalizacím, slučováním, rozdělováním či zánikem. Z údajů získaných z těchto různých zdrojů jsme vytvořili vlastní statistické výstupy ve formě tabulek a grafů, které jsou buď součástí textů nebo jako přílohy této práce. Tyto statistické údaje o počtech lůžkových zdravotnických zařízení, o počtu lůžek akutní standardní, ošetřovatelské a následní péče a o početních stavech ošetřovatelského personálu a absolventů jsou důležité pro následné analýzy a úvahy o nedostatku sester nebo ostatního ošetřovatelského personálu.

Statistické sledování vývoje počtu jednotlivých nelékařských zdravotnických pracovníků v čase je problematické, docházelo k přesunům pracovníků mezi jednotlivými zřizovateli zdravotnických zařízení. Také sledování vývoje lůžkového fondu nemocnic po roce 1992 (od zahájení procesu privatizace) je obtížné. Do roku 1995 probíhala decentralizace sítě zdravotnických zařízení, z větších funkčních celků se vyčleňovala řada malých zařízení, která se později z ekonomických i funkčních důvodů opět slučovala. V nemocnicích se lůžková kapacita převáděla do nově vznikajících oddělení následné ošetřovatelské péče a lůžek léčeben pro dlouhodobě nemocné, později ukončovaly samostatnou existenci a přecházely zpět pod nemocnice. Některé

malé nemocnice ukončily poskytování akutní péče zcela a změnily se v nemocnice následné péče (Statistické výstupy ÚZIS).

Za posledních 100 let prodělalo ošetřovatelské povolání velký rozvoj a profesionalizaci, který má historicky dlouhodobě vzrůstající trend jak v odbornosti, tak ve vzdělávání a v početních stavech personálu. Jako obor i jako jednotlivci procházelo krizovými obdobími, jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách. Nadále má před sebou velké problémy dané současnou společenskou a ekonomickou situací, ale i vlastním hledáním svého dalšího uplatnění v měnícím se zdravotním systému. Velkou výzvou a úkolem bude rozvoj domácí péče a péče o stále početnější seniorskou generaci, kde ošetřovatelství bude mít nezastupitelnou roli a bude potřebovat posílit své kompetence k samostatným činnostem.

První statistický údaj o početním stavu povolání „zdravotnice“ je z roku 1880 a uvedla ho rakouská Österreichische Statistik. Na 10 000 pracujících žen připadlo jen 30 „zdravotnic“ (Lenderová 2016, s. 256).

Následující kapitola obsahuje tabulky a grafy, které jsme sestavili z námi dohledaných statistických údajů počínaje rokem 1945. V některých letech nebyly některé statistické údaje vůbec k dispozici. V následujících tabulkách jsou uvedeny počty absolventů a studujících v nelékařských oborech, počty zdravotnických pracovníků v nelékařských povoláních v lůžkové akutní, ošetřovatelské, dlouhodobé a následné péči a počty lůžek v těchto zařízeních. Sledovali jsme zejména vztah mezi počtem personálu a počtem lůžek. Potýkali jsme se s problémy identifikace jednotlivých zdravotnických odborností vzhledem k jejich různým profesním označením ve statistických výstupech, s jejich kumulativní počty nebo rozdělením na dnes již nepoužívaná profesní označení. Abychom zachovali přesnost statistických výstupů, používáme v tabulkách různá profesní označení a dělení tak, jak se legislativně vyvíjela, např. zdravotní, dětské a ženské sestry, nižší (NZP) a pomocný (PZP) zdravotnický personál, zdravotnický pracovník pracující pod odborným dohledem (ZPOD) nebo bez odborného dohledu (ZPBD). Zdravotnická povolání jsme zařadili do odpovídajících profesních kvalifikací i s vědomím toho, že u některých povoláních mohlo při této interpretaci dat dojít k lehkým nepřesnostem. Domníváme se, že s těmto diferencemi by se potýkali i ostatní autoři, kteří by tyto zevrubné personální analýzy prováděli.

4.1 Tabulky a grafy

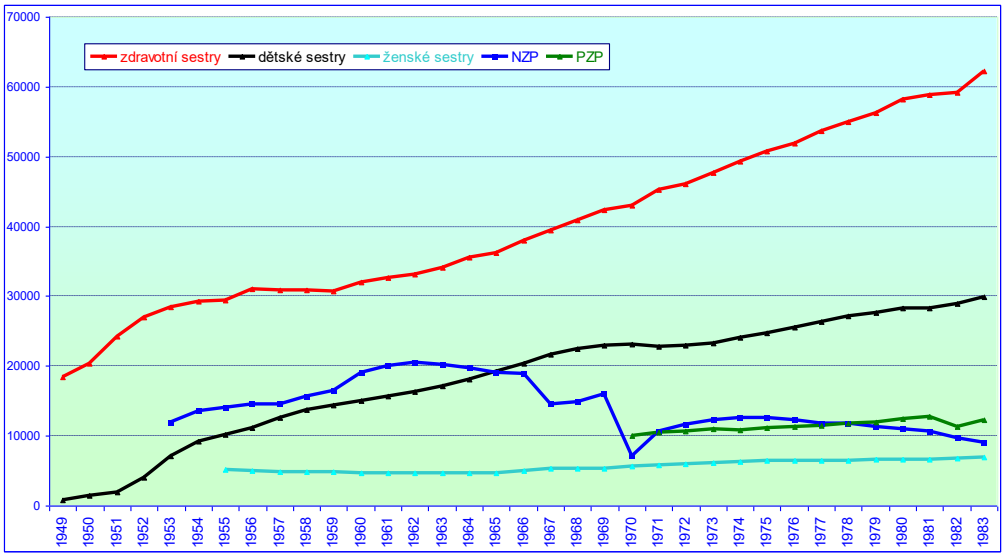
Tabulky a grafy byly vytvořeny autorkou na základě statistických údajů z výše uvedených zdrojů. Na závěr kapitoly je připojen vlastní komentář ke zpracovaným statistickým údajům.

Tabulka č. 1 Počet zdravotnických pracovníků podle odborností ve zdravotnictví v letech 1949 – 1983.

Zdravotnický sektor – pracovníci 1949 - 1983					
rok	zdravotní sestry	dětské sestry	ženské sestry	NZP	PZP
1949	18437	788			
1950	20374	1439			
1951	24264	2011			
1952	27038	3990			
1953	28458	7193		11977	
1954	29251	9274		13500	
1955	29391	10195	5128	14024	
1956	31112	11174	5055	14542	
1957	30814	12625	4914	14622	
1958	30800	13811	4837	15737	
1959	30709	14330	4782	16554	
1960	31982	15089	4751	19107	
1961	32582	15678	4748	20062	
1962	33114	16362	4659	20480	
1963	34184	17171	4641	20197	
1964	35491	18176	4634	19769	
1965	36244	19252	4678	19099	
1966	37917	20433	4949	18944	
1967	39507	21613	5271	14497	
1968	40964	22417	5415	14840	
1969	42301	22969	5271	16007	
1970	43029	23166	5680	7166	9969
1971	45198	22825	5770	10654	10494
1972	45997	22989	6024	11650	10645
1973	47721	23344	6188	12360	10948
1974	49239	24023	6300	12612	10905
1975	50804	24775	6405	12546	11198
1976	51924	25578	6387	12269	11361
1977	53700	26317	6477	11767	11525
1978	54896	27116	6510	11731	11748
1979	56297	27618	6594	11343	12037
1980	58176	28343	6676	11050	12527
1981	58872	28302	6669	10633	12731
1982	59193	28893	6721	9753	11392
1983	62267	29892	6978	9121	12308

zdroj: autorka

Graf č. 1 Počet zdravotnických pracovníků podle odborností ve zdravotnictví v letech 1949 – 1983.



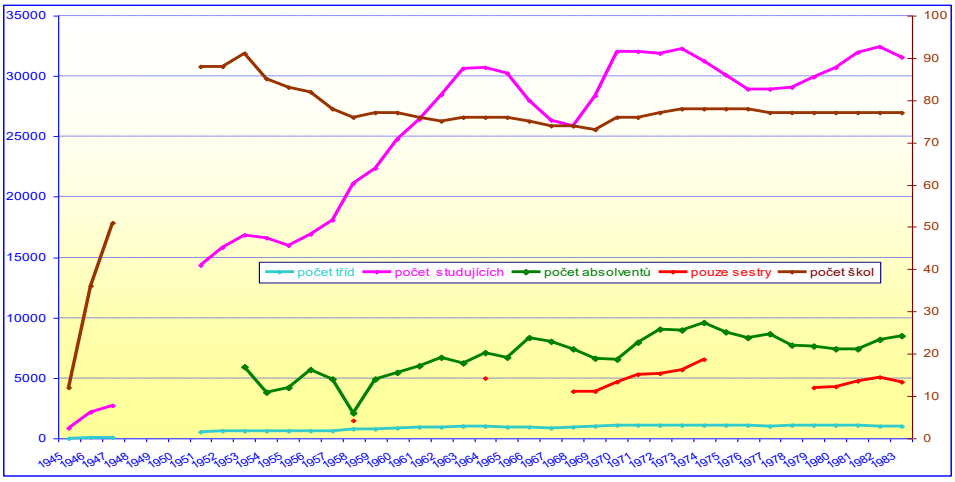
zdroj: autorka

Tabulka č. 2 Počet zdravotnických škol, studujících a absolventů podle odborností v letech 1945 - 1983.

Statistika zdravotnického školství 1945 - 1983					
rok	počet škol	počet tříd	počet studujících	počet absolventů	
				nelékaři	pouze sestry
1945	12	23	876		
1946	36	69	2172		
1947	51	96	2740		
1948					
1949					
1950					
1951	88	571	14315		
1952	88	599	15827		
1953	91	629	16844	5940	
1954	85	624	16586	3823	
1955	83	651	16013	4194	
1956	82	651	16917	5673	
1957	78	636	18062	4936	
1958	76	768	21142	2105	1500
1959	77	785	22356	4935	
1960	77	838	24783	5460	
1961	76	916	26450	5988	
1962	75	956	28473	6710	
1963	76	983	30618	6202	
1964	76	975	30678	7123	4990
1965	76	963	30248	6729	
1966	75	921	27971	8359	
1967	74	876	26325	7991	
1968	74	908	25842	7415	3911
1969	73	982	28403	6629	3870
1970	76	1094	32060	6517	4688
1971	76	1091	32054	7935	5304
1972	77	1091	31892	9038	5384
1973	78	1090	32290	8947	5695
1974	78	1065	31274	9626	6564
1975	78	1070	30085	8823	
1976	78	1072	28930	8324	
1977	77	1044	28930	8683	
1978	77	1060	29066	7693	
1979	77	1068	29954	7678	4194
1980	77	1077	30715	7371	4252
1981	77	1077	31972	7385	4738
1982	77	1051	32436	8160	5064
1983	77	1013	31598	8499	4647

zdroj: autorka

Graf. č. 2 Počet zdravotnických škol, studujících a absolventů podle odborností v letech 1945 - 1983.



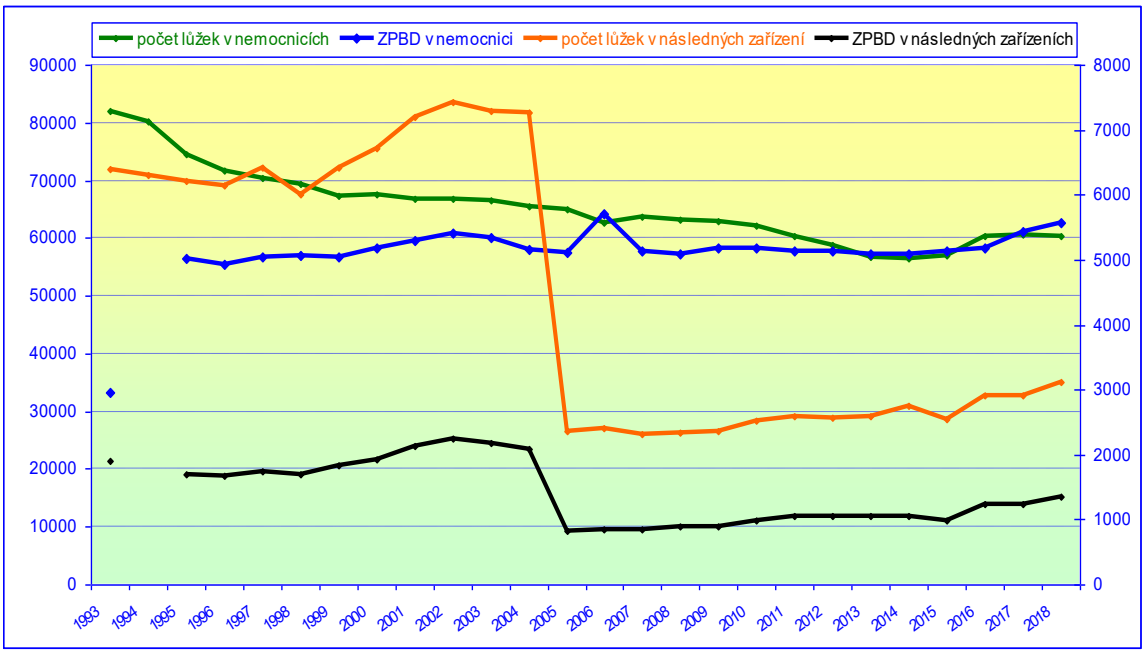
zdroj: autorka

Tabulka č. 3 Počet lůžkových zařízení a zdravotnických pracovníků v letech 1993- 2018.

Počet lůžkových zdravotnických zařízení za ČR 1993 - 2018							
rok	počet nemocnic	počet následných zařízení	počet lůžek v nemocnicích	počet lůžek v zařízení následné péče	ZPBD v nemocnici	ZPBD v zařízení následné péče	Průměrná ošetřovací doba
1993	189	70	82061	6403	33328	1900	11,2
1994	199	71	80321	6300			11,2
1995	207	74	74510	6203	56414	1686	10.2
1996	208	71	71587	6151	55551	1681	9,6
1997	217	79	70457	6415	56821	1749	9,1
1998	216	74	69450	5995	56924	1700	8,8
1999	203	74	67365	6413	56792	1840	8,2
2000	211	75	67457	6713	58252	1918	8,1
2001	202	77	66818	7202	59549	2133	8,5
2002	201	80	66668	7438	60813	2242	7,7
2003	201	76	66492	7285	60167	2167	7.6
2004	197	73	65488	7272	57938	2078	8,1
2005	195	26	65022	2367	57549	833	8,0
2006	186	27	62721	2408	64174	855	7,9
2007	192	27	63662	2324	57762	854	7,7
2008	192	28	63263	2348	57186	891	7,4
2009	191	28	62992	2358	58180	888	7,4
2010	189	30	62219	2517	58304	984	7,3
2011	189	31	60336	2580	57802	1058	7,2
2012	188	32	58832	2570	57866	1059	6,9
2013	188	32	56807	2584	57378	1048	6,8
2014	189	34	56586	2740	57250	1048	6,8
2015	187	32	56960	2545	57852	984	6,8
2016	198	37	60221	2901	58253	1238	6,6
2017	193	37	60499	2921	61167	1229	6,6
2018	194	40	60328	3123	62670	1355	6,6

zdroj: autorka

Graf. č. 3 Počet lůžkových zařízení a zdravotnických pracovníků v letech 1993 - 2018 zdroj: autorka



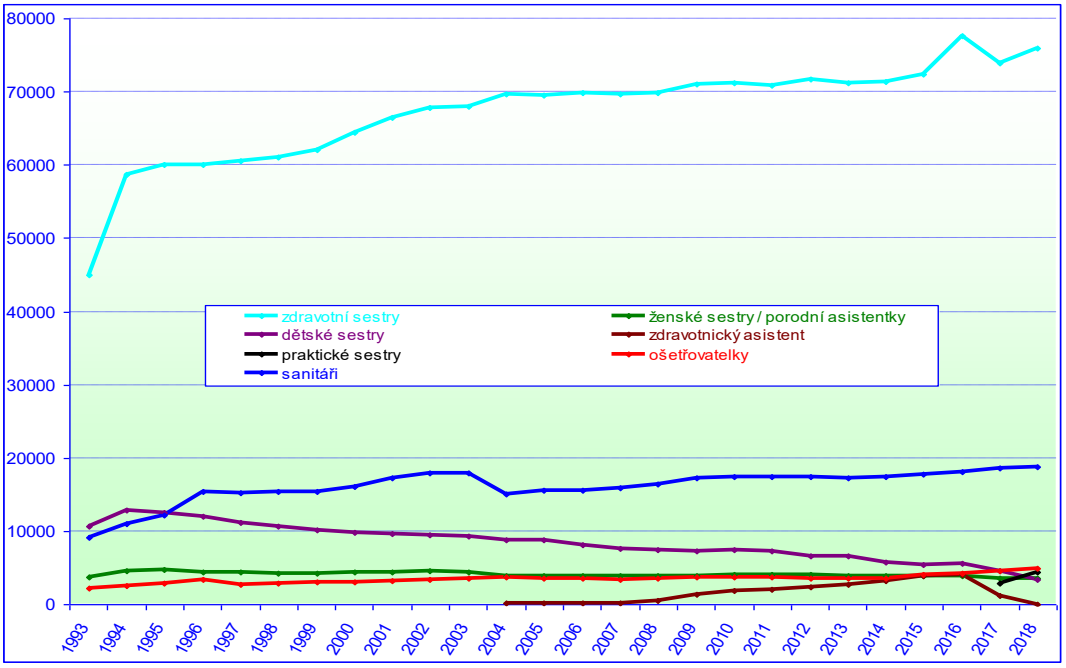
zdroj: autorka

Tabulka č. 4 Počet zdravotnických pracovníků podle odborností v letech 1993 - 2018.

Počet zdravotnických pracovníků za Českou republiku 1993 - 2018							
rok	zdravotní sestry	ženské sestry / porodní asistentky	dětské sestry	zdravotnický asistent	praktické sestry	ošetřovatelky	sanitáři
1993	45067	3682	10707			2213	9127
1994	58738	4612	12844			2573	11058
1995	60111	4672	12577			2818	12157
1996	60084	4443	11967			3440	15452
1997	60581	4317	11185			2753	15305
1998	61138	4205	10692			2807	15417
1999	62025	4235	10066			2987	15401
2000	64450	4322	9826			2995	16058
2001	66481	4472	9676			3201	17190
2002	67893	4539	9537			3403	17912
2003	68048	4350	9249			3627	17870
2004	69602	3959	8786	132		3639	15136
2005	69594	3932	8723	122		3587	15497
2006	69902	3842	8054	183		3482	15574
2007	69761	3901	7599	191		3441	15840
2008	69876	3890	7412	533		3531	16350
2009	71107	3922	7308	1328		3755	17281
2010	71241	3994	7432	1796		3656	17450
2011	70859	4010	7343	2106		3705	17382
2012	71728	4010	6644	2445		3528	17458
2013	71155	3926	6606	2760		3571	17252
2014	71391	3836	5689	3266		3609	17448
2015	72394	3837	5458	3828		3977	17686
2016	77655	3838	5498	4126		4285	18033
2017	73925	3510	4577	1237	2942	4598	18556
2018	75905	3634	3420	18	4314	4908	18848

zdroj: autorka

Graf. č. 4 Počet zdravotnických pracovníků podle odborností v letech 1993 - 2018.



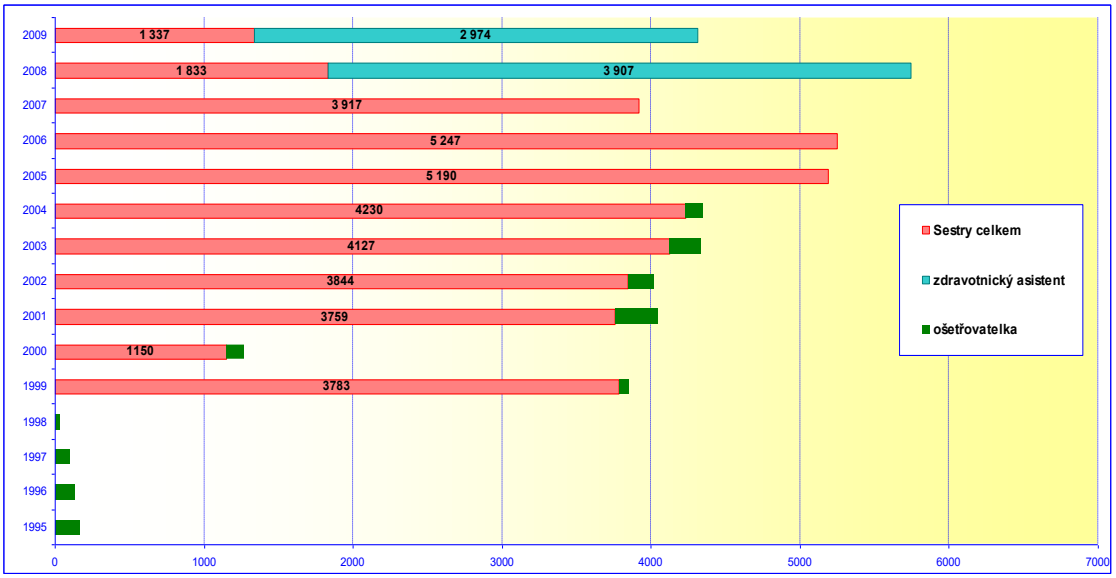
zdroj: autorka

Tabulka č. 5 Počet studujících a absolventů oboru zdravotní sestra a ošetřovatelka v letech 1995 - 2004.

Studující a absolventi oboru zdravotní sestra a ošetřovatelka v letech 1995 - 2004											
	rok	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
vysoká škola	studující všeobecná sestra							**1261**	**1040**	**1558**	**1715**
	absolventi všeobecná sestra							**231**	**247**	**289**	**320**
vyšší odborná škola	studující porodní asistentka					**665**	**538**	**506**	**517**	**516**	**307**
	absolventi porodní asistentka					**168**	**194**	**154**	**173**	**101**	**130**
	studující dětská sestra					**729**	**476**	**471**	**397**	**513**	**328**
	absolventi dětská sestra					**159**	**223**	**154**	**160**	**54**	**138**
	studující všeobecná sestra					**2135**	**2065**	**1315**	**1839**	**1707**	**1967**
	absolventi všeobecná sestra					**471**	**610**	**626**	**375**	**392**	**508**
střední škola	studující všeobecná sestra					**12486**	**16038**	**14411**	**14505**	**14599**	**10636**
	absolventky všeobecná sestra					**3312**	**540**	**2902**	**3222**	**3446**	**3402**
	studující ošetřovatelky	**427**	**226**	**184**	**250**	**622**	**721**	**558**	**505**	**458**	**353**
	absolventky ošetřovatelky	**168**	**136**	**98**	**35**	**68**	**121**	**288**	**172**	**212**	**123**
	sestry celkem					**3783**	**1150**	**3759**	**3844**	**4127**	**4230**

zdroj: autorka

Graf. č. 5 Počet absolventů podle odborností v letech 1995 - 2009.



zdroj: autorka

4.2 Analýza statistických dat

Na základě námi sesbíraných statistických údajů z dostupných knižních a internetových zdrojů (jsou vyjmenované v úvodu kapitoly 4) nyní provedeme vlastní analýzu a interpretaci dat.

Změny v délce vzdělávání v základním školství v padesátých letech (ve školním roce 1953/54 končily na základní škole dva ročníky osmých a devátých tříd zároveň) nemělo na počet absolventů zdravotnických oborů podstatě žádný vliv. Naopak rozhodnutí z roku 1990 o prodloužení povinné školní docházky na devět roků[1] mělo přímý dopad na nízký počet absolventů středních škol v roce 2000 (Ročenka ČSÚ 2001) a s odstupem let na počet absolventů vyšších odborných a bakalářských oborů. I když se v následujících letech počet absolventek oboru všeobecná sestra znova ustálil okolo 4000 absolventek ročně, tento skoro dvoutřetinový propad narušil zdravotnickým zařízením obměnu a doplnění personálu a právě v těchto letech spatřujeme začátek problémů s nedostatkem personálu. Další velmi citelný propad v přísunu všeobecných sester - absolventek do praxe vznikl v roce 2008, kdy sice počet absolventů středoškolského vzdělávání byl srovnatelný (okolo 4000 absolventů), ale vycházel již jiný pracovník - zdravotnický asistent[2], který nemohl v praxi samostatně pracovat, neměl odborné kompetence a navíc do praxe jich podle odhadů MZČR odešlo pracovat jen 533, ostatní pokračovali v dalším studiu ve zdravotnických oborech na vyšších odborných školách[3] nebo ve vysokoškolském bakalářském studiu. Od roku 2008 vycházejí všeobecné sestry jen z těchto typů studia v odhadovaném počtu okolo 1500 absolventů ročně, což je třetinový počet absolventů oproti počtu středoškolských absolventů do roku 1999.[4]

---

[1] V roce 1978 byla zákonem prodlužena povinná školní docházka na deset roků. Současně zkracoval dosavadní základní devítiletou školu na osm roků, v roce 1990 byla novelou školského zákona povinná školní docházka opět zkrácena na devět roků a současně byla prodloužena základní škola na devět let. (Mokres 2010)

[2] ZA se v praxi zdravotnických zařízení objevoval už po roce 2004 absolvováním několika měsíčního akreditovaného kvalifikačního kurzu.

[3] Vyšší odborné školy vznikaly od roku 1991 jako záměr vybudovat sektor vysokého odborného školství. Transformovalo se do něj pomaturitní studium, které bylo v roce 1995 zrušeno a legislativně nahrazeno vyšším odborným školstvím s tříletým vzdělávacím programem. Největší podíl v tomto vzdělávání mají zdravotnické obory, zejména všeobecná sestra. (Mokres 2010)

[4] Nelze statisticky ověřit, údaj je odvozen z kapacity vzdělávacích institucí v roce 2009, ta se od té doby nevýznamně nezvýšila. Z VOŠ v roce 2008 vycházelo 601 všeobecných sester a v roce 2009 - 537; z bakalářských studií vycházelo v roce 2008 – 1111 sester, v roce 2009 – 800 sester.

Významným faktorem pro posuzování dostatku či nedostatku ošetřovatelského personálu v lůžkových zařízeních je posouzení vztahu mezi vývojem lůžkového fondu a počtem ošetřovatelského personálu. Zatímco se počet lůžek v rozmezí let 1997 až 2017 snížil z 95202 na 77578 (úbytek o 17624 lůžek), počet nelékařských zdravotnických pracovníků v tomto období vzrostl o 15204 pracovníků, z 94141 na 109345. Z tabulek je za toto období patrné zvýšení počtu ZPBD u lůžka z 58 570 na 62 396, což je nárůst o 3826 pracovníků (ÚZIS - Lůžkový fond 2018).

V závěru této naší analýzy můžeme konstatovat, že v posledních 20 letech nelékařský zdravotnický personál v lůžkové složce vzhledem ke snižujícímu se počtu lůžek narůstal, vzrůstal také počet nelékařských zdravotnických pracovníků v celém zdravotnickém sektoru.

Z výsledků našich rozborů vyplývá, že nelékařských zdravotnických pracovníků není nedostatek a tudíž je na místě zcela legitimní otázka, proč mnohá lůžková zařízení avizují nedostatek nelékařských zdravotnických pracovníků a umí vyčíslit přesné počty chybějících pracovníků, zejména všeobecných sester a sester se specializací pro intenzivní péči? Námi předpokládaný problém spočívá v systému postgraduálního vzdělávání včetně jeho finanční náročnosti s tím spojené, kterou nesou zdravotnická zařízení. Relativní nedostatek sester může spočívat i ve věkovém složení personálu, který úzce souvisí s demografickým vývojem a z toho důvodu pro fyzicky náročnou práci spojenou s pracovišti intenzivní péče nejsou nové mladé síly.

Pro doplnění všech vlivů je důležité se zmínit i o demografické situaci České republiky. Z dlouhodobého hlediska se nacházíme v situaci úbytku mladé generace, jejíž pokles se postupně přes základní školství přehoupl do oblasti středního a vysokoškolského studia, kde ubývá počet možných zájemců o studium. Tento dlouhodobý trend úbytku je patrný i v převisu nabídky středoškolského vzdělávání, což zřizovatele vedlo ke slučování nebo snižování počtu středních, vyšších i vysokých škol. Mohutný nárůst školství v 90tých letech jak státního, tak zejména soukromého sektoru se dostal do útlumu. Tento trend je zřejmý z tabulek a grafů v přílohách č. 5 a 6. Podle údajů a prognóz Českého statistického úřadu by měl být úbytek dětí do věku 15 let poměrně zásadní. Podle střední varianty, která je prezentována v grafu této přílohy, se počet dětí ve věku 0 - 14 let do roku 2009 rychle snížil z 1,6 mil. na 1,4 mil. V dalších

šesti letech by mohlo dojít k mírnému nárůstu, který bude pravděpodobně po roce 2016 vystřídán opětovným a již trvalým poklesem.

Pokud jsme došli k závěru, že statisticky je ošetřovatelského personálu dostatek, je otázkou, kterou chceme touto prací také zodpovědět, jestli jsou správně využívány jednotlivé kategorie ošetřovatelského personálu, jestli problém přetížení a nedostatku nespočívá v organizaci jejich práce a v zapojení do ošetřovatelské péče.

5 Řízení lidských zdrojů v ošetřovatelství - současnost

Management v ošetřovatelství se od managementu v ostatních oborech odlišuje svou filosofií a formou poskytovaných služeb. Ošetřovatelství je samostatný obor, který se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb člověka a skupin osob v souvislosti s jejich zdravotním stavem a s ohledem na podmínky prostředí. Pro management ošetřovatelství jsou důležité dva cíle: kvalita služeb a kvalitní personál.

Ošetřovatelství i management jsou relativně mladé a stále se rozvíjející disciplíny. Lze říci, že jsou navzájem propojené, protože bez kvalitního personálu a řízení nelze poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Management v ošetřovatelství je nový obor, který zahrnuje jednotlivé úrovně řízení a aplikuje je v ošetřovatelské praxi.

Moderní management ošetřovatelství uplatňuje poznatky dalších věd do procesu řízení a interdisciplinárními přístupy formují nová řešení**.** Hlavním úkolem moderního managementu je podle Světové zdravotnické organizace poskytování nových kvalitnějších ošetřovatelských služeb, efektivně řízených na vysoké profesionální úrovni (Jarošová 2006, s. 5; Plevová 2011, s 31).

5.1. Literatura v ošetřovatelství zaměřená na řízení lidských zdrojů

Pokud bychom hledali v ošetřovatelské literatuře problematiku řízení lidských zdrojů, tak toho mnoho od našich autorek v ošetřovatelství nenajdeme. Mezi nejvíce zdůrazňované aspekty, které řadíme do definice managementu, patří vedení lidí pojímáno jako vůdcovství a specifické činnosti, které vykonávají vedoucí pracovníci - rozhodování, organizování, plánování, kontrolování a vedení (Jarošová 2006, s. 4).

Obdobná situace je i v případě managementu v ošetřovatelství. Autorky v ošetřovatelství čerpají témata z odborné manažerské literatury, citují je a parafrázují do ošetřovatelské literatury. Prvními pokusy o implementaci manažerských metod do ošetřovatelství přinesli manželé Škrlovi v publikaci „Kreativní ošetřovatelský management“, ve které se prolínaly přicházející tendence tvorby standardů a manažerských metod. Tyto dva proudy se později rozdělily na dva samostatné obory - na management a na standardizaci a systémy kvality.

Z publikací, které prezentují manažerské metody pro výuku sester jsou např. „Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry“ od autorky Z. Hekelové a „Management v ošetřovatelství“ od I. Plevové. Obě jmenované publikace se plánováním a stanovováním potřebného počtu ošetřovatelského personálu nezabývají.

Z překladů bychom mohli uvést knihu „Zásady vedení v oblasti ošetřovatelské péče“ autorek Murray a DiCroce. Zde o plánování pracovníků již podrobně referují.

5.2 Řízení personálních zdrojů - publikace Murray-Grohar a DiCroce

Kniha „Zásady vedení v oblasti ošetřovatelské péče” autorek Murray-Grohar a DiCroce se v kapitole 14 cíleně zabývá problematikou stanovení adekvátního počtu ošetřovatelského personálu na oddělení. Tato otázka „*nikdy nebyla zvažována vážněji než v současné fázi reformy zdravotnictví. Nové struktury s novým posláním spolu s větším využitím neodborného personálu vyvíjejí na ošetřovatelské služby značný tlak … nedostatek personálu na ošetřovacích jednotkách představuje hrozbu pro tuto koncepci“* (Murray 2003, s. 273).

Murray pro určování počtu personálu vychází z obecných personalistických zásad uváděných M. Armstrongem a J. Koubkem. Specifikem je, že personální plány ve zdravotnických zařízeních jsou a budou ovlivňovány problémy, kterými jsou způsoby proplácení péče, změny struktury zdravotní péče, časnější propouštění pacientů, nová vymezení zdravotnických profesí, pracovní síla s měnícími se pracovními hodnotami a očekáváními. „*Faktory, které však obecně určují složení personálu, jsou následující:*

- *průměrné denní trendy obložnosti a fluktuace,*
- *klasifikace pacientů,*
- *průměrná délka pobytu.*
- *vzorce rozdělení personálu pro určitou zdravotnickou instituci,*
- *typ poskytované zdravotní péče* (Murray 2003, s. 274).

Murray uvádí několik personálních metod, které jsou pro oblast zdravotnictví použitelné. Jsou jimi:

- Deskriptivní metoda - personální vzorec, který je založen na subjektivních údajích. To znamená, že příslušný personální vzorec je doporučen na základě zkušeností

a intuice manažera. Následující metoda je obdobná, ale rozhodnutí vzniká ve skupině expertů.

- Expertní / panelová diskuze - tým expertů (vedoucí sestry v organizaci a z ošetřovacích jednotek) posuzují počty, dostupnost a typ ošetřovatelského a podpůrného personálu podle klasifikace pacientů, výkonů, přímé a nepřímé péče, nákladů na poskytovanou péči, platby za výkony a výsledky hodnocení kvality. Po analýze údajů se předpovídá, kolik pracovníků bude zapotřebí, aby se zajistilo pokrytí jednotky se započtením faktoru náhrady (odhad dalšího potřebného personálu z důvodu čerpání dovolených, pracovních neschopností apod.) Navrhuje personál, který nebude působit centrálně (ošetřovatelský management, specializované sestry, školicí a podpůrný personál). Panel expertů v zásadě doporučuje celé organizaci ideální složení profesionálního a podpůrného personálu.

- Metoda průmyslového inženýrství - technika nebo skupina technik vyvinutých průmyslem za účelem zvýšení produktivity. Tyto techniky obvykle obsahují analýzu úkolů, revizi dělby práce a měření práce personálu prostřednictvím odebíráním vzorků práce a studiemi času a pohybu. I když některé aspekty průmyslového inženýrství jsou užitečné, spoléhat se výhradně jen na tuto metodu by příliš omezovalo vše, co se od profesionálního ošetřovatelství požaduje - kvalitní péče, typ a počet pacientů, lůžková kapacita, frekvence nástupu a propouštění pacientů, každodenní návštěvy apod. Ošetřovatelství je víc než jen seznam úkolů, práce jednotky je definována úkoly, které musí být splněny a úrovní zaměstnanců, kteří jsou potřební k výkonu práce.

- Murray zmiňuje Americkou asociaci sester (ANA), která prezentovala personální vzorce (bude uvedeno dále) jejichž cílem je zajistit, aby ošetřovatelská péče byla bezpečná, reagovala na potřeby pacientů a byla vědecky a technologicky správná.

- Podle Murray stanovení potřebného počtu, typu personálu a pomocnému personálu lze významně ovlivnit rozvrhem a obsazením služeb. Cílem je zajistit správnou konfiguraci personálu pro odbornou, pomocnou, nepřímou práci a pro speciální úkony, které mají být v určitých termínech provedeny. S tím souvisí problematika pokrytí personálem u pracovišť se 24 hodinovým provozem.

- Klasické rozpisy služeb na 8, 10 nebo 12 hodinové směny. Posledně jmenovaná nabízí intenzivní pracovní dobu a více volného času, poskytuje výhody práce na plný

úvazek, nevýhodou je únava.

- Baylorský plán - vznikl v nemocnici stejného jména, v podstatě se jedná o alternativní víkendové služby. Od pondělí do pátku zajišťuje 8 hodinové směny jeden personál, druhý personál zajišťuje pouze víkendy ve 12 hodinových směnách, ale jsou placeni za 40 hodin. Problémem této metody je vysoká míra fluktuace.

- Dalším důležitým faktorem pro úspěšnost personální strategie je možnost, aby si sestry samy mohly sestavit rozpis služeb. Dnes je to spíše nutností ze strany zaměstnavatele než jeho specifickou odměnou.

- Sdílený úvazek a práce na částečný úvazek má výhody pro jednotlivce i pro organizaci.

- Důležitými aspekty přijímání a udržení personálu jsou podmínky platového postupu a vzdělávání. Poskytnutí autonomie a možnost rozhodovat o pracovních podmínkách, může vytvořit příznivé pracovní klima.

Základem pro vypracování personálního modelu jsou jednak finanční prostředky, ale i dostupné lidské zdroje a pracovní podmínky. Pro stanovení optimálního poměru profesionálních sester a pomocného personálu je nesmírně důležitá filozofie ošetřovatelské péče, kterou instituce zastává (Murray-Grohar, DiCroce 2003, s. 281).

5.3 Řízení personálních zdrojů – české zdroje

Autorky Scholzová a Festová (2015) ve článku „Rozhodování a rozhodovací procesy v ošetřovatelství“ citují zahraniční i naše autory. Podle nich je klíčovou bariérou v rozhodovacích procesech nedostatečná participace sester v rozhodovacím procesu. Historicky bylo rozhodování autoritářské s minimálním vlivem ošetřovatelského personálu, často podléhající medicínským rozhodnutím. Nedostatek moci v rukách sester manažerek má za následek submisivní postavení a nerovnocennost při rozhodování na jednotlivých úrovních. Nedostatek formální moci v ošetřovatelství způsobuje absenci při rozhodování ve zdravotnickém týmu. Rozhodování je nutné podpořit vzděláváním sester tak, aby věděly, jak se rozhodovat na všech úrovních. Je nutná otevřenost pro využívání inovací. Úspěšná sestra je ta, která zůstává informována

o rozhodnutích na různé úrovni organizace a rozhoduje pouze o záležitostech, vyplývajících z její odbornosti (Scholzová a Festová 2015, s. 28).

Trendem posledních desetiletí jsou akreditace zdravotnických zařízení. Spojená akreditační komise, která má v České republice jako národní akreditační institut výsadní postavení podpořené legislativou, vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Spojená akreditační komise (dále jen „SAK“) k tomuto účelu vydala příručku „Akreditační standardy pro nemocnice“ se standardizovanými požadavky na zdravotnická zařízení. Její souhlasné stanovisko potvrzené vydáním časově omezeného statutu akreditace pro dané zdravotnické zařízení se v jednom z akreditačních standardů také zabývá potřebným počtem zdravotnického personálu ve vztahu ke kvalitě poskytované péče (Marx a Vlček 2013).

Ve standardu 13.1. na straně 151 této příručky se uvádí, že „*Vedení nemocnice plánuje počet personálu a jeho kvalifikaci k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.“* Pro počty personálu se odkazují na platnou legislativu.

V návaznosti na poslání nemocnice, spektrum poskytované péče a potřeby pacientů a jejich blízkých „*management a vedoucí pracovníci jednotlivých pracovišť společně stanoví počty potřebného personálu, jejich požadovanou kvalifikaci… Pokud nemocnice z nějakého důvodu plán nedodržuje … management tuto skutečnost vede v patrnosti a přijímá opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované péče. Nemocnice standard naplní, pokud prokáže, že plánuje obsazení jednotlivých pracovišť a kontinuální vzdělávání zaměstnanců, že tento plán je aktuální a v praxi se dodržuje a že jsou dodržovány všechny legislativní normy, které tuto oblast upravují*“ (Marx a Vlček 2013, s. 151).

Jedna ze jmenovaných autorek, I. Plevová se jako odborná asistentka Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence Ostravské univerzity v Ostravě také zaměřila na management a organizaci a řízení zdravotnictví. Přímými metodami výpočtů potřebného ošetřovatelského personálu pro zdravotnická pracoviště se nezabývá. Uvádí pouze obecné formulace, že analýza a popis pracovního místa jsou východiskem systematizace pracovních míst zaměstnanců ve zdravotnickém zařízení. Uvádí, že „*personální plány vyžadují vzorce neboli způsoby, jak je personál v organizaci*

rozdělen. Americká asociace sester ANA navrhuje čtyři otázky, které ovlivňují personální plán:

- kolik pacientů si může jedná sestra řádně naplánovat, dohlédnout na ně a vyhodnotit ošetřovatelskou péči, která jim byla poskytnuta,

- kolik dalších sester může řídit, dohlížet na ně a hodnotit jedna registrovaná sestra,

- kolik pacientů bude vyžadovat přímou péči registrované sestry a kolik času bude na tuto péči potřeba,

- jak lze podpořit autonomii ošetřovatelské praxe a přijímání zodpovědnosti za výsledky“ (Plevová 2012, s. 204).

5.4 Specializační vzdělávání „Organizace a řízení ve zdravotnictví“

S návodem na definování počtu ošetřovatelského personálu na tom není lépe ani specializační vzdělávání. V Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků, se specializovanou způsobilostí jsou uvedeny obory specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků s označením odbornosti specialistů po jejich absolvování. Vzhledem k zaměření práce nás zajímá vzdělávací program pro obor „Organizace a řízení ve zdravotnictví“ a jakými znalostmi a dovednostmi budou jeho absolventi „Specialista v organizaci a řízení ve zdravotnictví“ po jeho ukončení disponovat. Vzdělávací program v oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví byl zveřejněn v 10. února 2011 ve Věstníku MZČR, částka 2.

V úvodu vzdělávacího programu je uvedeno, že „*Cílem specializačního vzdělávání v oboru organizace a řízení ve zdravotnictví je připravit nelékařské zdravotnické pracovníky ve zdravotnictví k výkonu manažerských roli a funkcí a posílit jejich schopnosti k efektivnímu rozvoji profesního oboru, k rozvoji osobnosti a organizace ve zdravotnictví osvojením si potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností a návyků týmové práce, schopnosti samostatného rozhodování při činnosti stanovené vyhláškou č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších právních předpisů*“.

Vzdělávací program obsahuje 7 modulů:

- Role manažera

- Strategické řízení a krizový management
- Zdravotní a sociální politika státu, marketing, ekonomika a financování
- Leadership
- Lidské zdroje a personalistika
- Kvalita a bezpečí zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních
- Odborná praxe

Každý modul sestává ze 40 hodin teoretické přípravy a 40 hodin praxe, celkem 560 hodin teoretického vzdělávání a z toho polovinu tvoří praktická výuka.

Po absolvování modulu „Lidské zdroje a personalistika“ je absolvent připraven „*správně vybírat a vést nové pracovníky, vést efektivně výběrový pohovor, umět definovat požadavky na novou pracovní pozici, vytvářet popisy kompetencí nebo rozhodnout o způsobu jejich vytvoření, tvořit kariérové plány a plány osobního rozvoje, připravit a vést hodnotící rozhovor*“. Právě v tomto modulu bychom očekávali, že absolventi získají znalosti o metodách stanovování potřebného počtu ošetřovatelského personálu pro lůžková zdravotnická zařízení. Ale ani v ostatních modulech tohoto vzdělávacího programu není o nich zmínka.

6 Metodiky výpočtu ošetřovatelského personálu

V této kapitole uvedeme několik metodik pro výpočet potřeby ošetřovatelského personálu. Většina těchto vytvořených metod vychází z klasifikace pacientů, podle které se stanoví potřeba ošetřovatelské péče. V ČR mají obdobně vytvořené metodiky spíše informativní charakter. Pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu na lůžkových odděleních nemocnic jsou legislativně zavazující vyhlášky č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a č. 99/2012 Sb., o minimálním personálním vybavení. Od jejich dodržování a naplnění v praxi se odvíjí platby za poskytnutou zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení. Obě stanovují nepodkročitelné personální stavy, za kterých může být péče poskytována, na jejich dodržování se odkazují i akreditační standardy SAK.

Výpočty personálu pro pracoviště intenzivní péče by rozsahem šly nad rámec této práce. Jimi se zabývat nebudeme, můžeme jen připomenout, že počty personálu pro tato pracoviště jsou striktně dané a ze strany zdravotnických pracovišť dodržované s ohledem na proplácení péče podle TISS bodů (Therapeutic Intervention Scoring Systém). Princip metody spočívá v přiřazování bodů jednotlivým pacientům podle složitosti a časové náročnosti diagnostických, terapeutických a monitorovacích výkonů. Počet bodů se pohybuje od nuly do čtyř bodů, klasifikace pacientů do tříd se provádí podle počtu dosažených bodů. Tato metoda TISS kvantifikuje výkony sestry dle ordinace lékaře a nepřihlíží k základní ošetřovatelské péči, která je zvlášť u kritických stavů velmi náročná a důležitá. Jak uvádí Pochylá (1999, s. 25), nezohledňuje oblast psychiky, spolupráce a komunikace s pacientem a jeho rodinou. Podle našeho názoru jsou počty personálu stanovené pro intenzivní péči dostatečné, zdravotnickým zařízení však činí značné problémy jejich naplnění odborně a specializovaně způsobilým personálem.

6.1 Metodika výpočtu personálu stanovená zdravotními pojišťovnami

Výpočet ošetřovatelského personálu podle vyhlášky č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, se uvádí pro standardní oddělení (viz tabulka č. 6) přepočtené úvazky lékařů, sester a ostatního ošetřovatelského

personálu v koeficientech. Ty se propočítávají podle skutečného počtu lůžek na oddělení / stanici. Protože je to vyhláška, podle které se vypočítává úhrada poskytnuté zdravotní péče, slouží zejména zdravotním pojišťovnám jako kontrolní mechanismus pro oprávněnost proplacení léčby při dodržení smluvních podmínek u ošetřovacích dnů (OD) pro chirurgické a interní obory včetně požadovaného personálního obsazení této lůžkové péče. Pro naší práci je velmi důležitý údaj pracovníků, kteří pracují bez a nebo pod odborným dohledem (ZPBD - ZPOD). Se změnou legislativy v zařazení ZA resp. praktické sestry, byl tento systém pod dohledem a bez dohledu rozbalancován. ZPOD mohou tvořit maximálně 50% zdravotnických pracovníků, v každé směně musí být přítomen jeden zdravotnický pracovník pracují bez odborného dohledu (ZPBD). Tím je pevně daný poměr mezi odborným, specializovaným a ostatním ošetřovatelským personálem. Jak bude uvedeno dále, tento poměr nemusí odpovídat potřebám praxe podle jiných výpočtů, které kalkulují se stavem pacientů a se strukturou prováděných výkonů na oddělení. Z této tabulky nás budou zajímat početní stavy ošetřovatelského personálu u ošetřovacích dnů s kódy 00001 - akutní lůžka interních oborů, 00002 - akutní lůžka chirurgických oborů a 00005 - ošetřovatelská lůžka všech odborností.

Přestože vyhláška od svého vzniku v roce 1998 prošla mnoha novelizacemi, počty pracovníků v těchto odbornostech se v podstatě nezměnily.

Tabulka č. 6 Přepočtené úvazky zdravotnických pracovníků na standardním oddělení.

OD	lékař L3	lékař L2	lékař L1	ZPBD se specializací	ZPBD ZPOD	ZPOD bez maturity
00001	0,53	1	1	1,33	8,55	3,66
00002	0,33	0,33	1	1,33	8,51	4,33
00005	0	0,5	0	1	6,6	4

zdroj: vyhláška č. 472/2009 Sb.

6.2 Vyhláška č. 99/2012 Sb., o minimálním personálním vybavení

Závazným pokynem pro personální vybavení zdravotnických zařízení všech typů a segmentů péče (lůžková, následná, domácí, ambulantní, jednodenní apod.) je vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Nás bude zajímat zejména personální zabezpečení lůžkové péče, ty jsou stanoveny v příloze č. 3 této vyhlášky.

V příloze jsou uvedeny požadavky na personální zabezpečení lůžkové péče podle jednotlivých odborností, podle druhu a oboru poskytované péče a pro jednotlivá zdravotnická povolání se vymezují přepočteným úvazkem. Požadavky jsou zpravidla stanoveny na 30 lůžek. Je-li počet lůžek vyšší nebo nižší je možné upravit počet úvazků podle stanovených vzorců. Počet úvazků při počtu lůžek nižším než 20 se již dále neupravuje, počet úvazků při počtu lůžek vyšším než 60 se počítá opět podle vzorce, viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 Vzorec pro výpočet úvazků nelékařského zdravotnického personálu.

akutní péče	$y = 0{,}8 \cdot x \cdot \left(\frac{1}{30}\right) + 0{,}2 \cdot x \cdot \left(\frac{1}{30}\right)^{0{,}5}$	y - je požadovaný počet úvazků x - stanovený počet úvazků na 30 lůžek l - skutečný počet lůžek
Počty NLZP stanovené vyhláškou pro jednotlivé obory		
interní obory	- všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí 1,0 úvazku, - všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent celkem 8,0 úvazku, - sanitář nebo ošetřovatel 3,5 úvazku,	
chirurgické obory	- všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí 1,0 úvazku, - všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent celkem 8,5 úvazku, - sanitář nebo ošetřovatel 4,0 úvazku,	
následná péče	- všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí 1,0 úvazku, - všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent celkem 7,0 úvazku, - sanitář nebo ošetřovatel 3,5 úvazku,	
dlouhodobá péče	- všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí 1,0 úvazku, - všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent celkem 6,0 úvazku, - sanitář, ošetřovatel nebo masér 5,0 úvazku,	

zdroj: vyhláška č. 99/2012 Sb.

Dále je v pokynu uvedeno, že péče je poskytovaná počtem pracovníků stanoveným touto vyhláškou a služby v nepřetržitém provozu jsou zajišťovány minimálně jedním pracovníkem způsobilým k výkonu povolání bez odborného dohledu pro pacienty na 40 lůžkách. Pokud jsou na oddělení pacienti zařazeni do kategorie náročnosti 3 nebo 4 (podle vyhlášky č. 472/2008 Sb.), zabezpečují ve službách péči minimálně jeden sanitář nebo ošetřovatel pro pacienty na 40 lůžkách. V obecném principu výpočtu potřebného personálu tato vyhláška nekalkuluje s důležitými faktory, kterými jsou obložnost lůžek a závažnost stavu pacienta.

6.3 Výpočet ošetřovatelského personálu – vzorec WHO

Originální vzorec Světové zdravotnické organizace (dále jen „WHO“) počítá s průměrnou dobou na ošetření jednoho pacienta a počet pacientů zahrnuje do počtu ošetřovacích dnů. Podle tohoto vzorce lze propočítat počty úvazků ošetřovatelského personálu pro každý typ nemocnice, oddělení a ošetřovací jednotky.

WHO doporučuje stanovit hodnotu „reálného pracovního fondu“ (dále jen „RPF“) ošetřovatelských pracovníků různé úrovně na 1540 hodin za rok. K získání správné hodnoty RPF je nutno provést propočet pro každou nemocnici, oddělení, ošetřovací jednotku samostatně, protože i mezi jednotlivými odděleními jedné nemocnice mohou být značné odchylky, které se týkají nevyužitelného pracovního času zaměstnance (pracovní neschopnost, mateřská, řádná, dodatková dovolená apod.)

$$\text{Výpočet potřebného počtu ošetřovatelského personálu} = \frac{T \cdot 365\ (366)}{RPF \cdot 60}$$

V tomto vzorci je :

T - celkový čas, potřebný na ošetřovatelskou péči u všech pacientů (denní průměr/24 hod)

365 - počet dnů v roce

RPF - reálný pracovní fond sestry (hod / rok)

60 - převod minut na hodiny (Pochylá 1999, s. 13).

Hodnota RPF v rozsahu 1540 hodin za rok na jednoho pracovníka se objevuje jako univerzální průměrná hodnota v dalších kalkulacích počtu ošetřovatelského personálu.

6.4 Doporučení České asociace sester

Česká asociace sester (dále jen „ČAS“) zveřejnila na svých webových stránkách „Metodu pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na standardních ošetřovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetřovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště“. Je to verze „Metodiky kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu“

vytvořené výzkumným týmem IDV PZ v Brně vedeným K. Pochybou a rozšířené o příklady výpočtů.

Doporučení ČAS je doplněno dovětkem, že „*zvládnutí principů metody a jejích propočtů manažerkami ošetřovatelství je důležité pro jejich argumentaci při tvorbě standardů a prosazování optimálních počtů ošetřovatelského personálu … v době, kdy se množí soudní spory zaměřené na špatnou zdravotní péči, je v zájmu manažerek dokázat, zda měly odůvodněné požadavky na personální vybavení daného pracoviště a zda byly tyto jejich požadavky respektovány a naplněny. V opačném případě není možné dlouhodobě zajistit kvalitní a bezpečnou ošetřovatelskou péči … v případě, že dojde k významnému rozporu mezi skutečnou potřebou ošetřovatelského personálu a jeho vypočtenou hodnotou, bude vhodné detailně stanovit skutečnou průměrnou hodnotu ošetřovatelské péče podle výše uvedené publikace*“ (ČAS 2008, s. 20).

6.5 Prvotní studie k plánování počtu pracovníků

Jednou z prvních autorek, která se zabývala organizací ošetřovatelské péče a pracovními náplněmi vedoucích sester, byla Květa Musilová. Od roku 1969 pracovala v Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, se kterým spolupracovala na výzkumu s názvem „Vývoj vedoucích funkcí SZP“, v jehož rámci se zaměřila na problematiku optimalizace časové náročnosti ošetřovatelské péče. Tyto výzkumy se uplatnily jako podklady k dalším výzkumům a můžeme je považovat za českou cestu k prvním standardů ošetřovatelské péče a ošetřovatelské dokumentace (Oplatková 2006).

První výzkum zaměřený na výpočty potřebného počtu personálu, který používal metody měření času výkonů a časů potřebné péče pro jednotlivé kategorie pacientů, probíhal v roce 1995 v nemocnici v Boskovicích ve spolupráci s HOPE, americkou agenturou pro mezinárodní spolupráci[1]. Cílem bylo „*vyplnění absence normativů*

[1] „Project HOPE – Česká republika, o.p.s.“ vycházel z tradic americké organizace, která byla založena v roce 1958 v USA jako zdravotnická nadace „The People-to-People Health Foundation, Inc. - Project HOPE“. Hlavní zaměření nadace bylo vzdělávání ve zdravotnictví a poskytování humanitární pomoci. V ČR působil Project HOPE od roku 1991, zaměřoval se zejména na organizování vzdělávacích programů pro pracovníky ve zdravotnictví. V rámci této práce nás zajímá zejména „Kurz řízení v českém zdravotnictví pro vrcholové manažery českých nemocnic“ v letech 1992 - 1997.

ošetřovatelského personálu a vypracování standardů personálního obsazení. Materiál vydaný jako závěrečná zpráva, který může sloužit i jako metodická pomůcka pro využití v jiných zařízeních, byl zveřejněn počátkem roku 1996. Obsahuje podrobný popis systému klasifikace pacientů, definice prvků péče, kde v jednotlivých oblastech je uvedeno, co jednotlivé výkony zahrnují. Hlavní přínos metody spočívá v tom, že byly uvedeny definice jednotlivých pojmů, stanoven obsah klasifikačních kritérií v základní i speciální ošetřovatelské péči a nebyla opomenuta konstantní hodnota a stanoven její obsah. Jde o první uveřejněnou práci, v níž jsou stanoveny oblasti a kritéria speciální péče“ (Pochylá 1996, s. 6).

V říjnu 1996 byl ve Zdravotnických novinách zveřejněn článek „Studie k plánování optimálního počtu ošetřovatelského personálu“. V textu článku je popis a výsledky šetření z 5 velkých nemocnic (čtyři fakultní nemocnice a nemocnice v Ústí nad Labem), které vzešly z činnosti pracovní skupiny 12 hlavních sester fakultních a regionálních nemocnic. Tento výzkum byl spojován s potřebami zdravotnického terénu, především sester manažerek, které se zabývají programy kvality a počty ošetřovatelského personálu, které s kvalitou poskytované péče úzce souvisí (Müllerová, Volfíková, Bílek 1996, s. 9).

Základem k výpočtu potřebného personálu bylo stanovení místního RPF, přesná identifikace kategorií pacientů a stanovení času potřebného k poskytování péče u jednotlivých kategorií pacientů. K výpočtům byly používány stejné vzorce, které jsou uvedeny v následující kapitole. Měření časů ošetřovatelských úkonů se provádělo opakovaně a z nich se definoval potřebný čas pro chirurgické a interní obory. V závěru bylo doporučení, že je potřebné naučit management nemocnic pracovat s metodikou výpočtů pro jednotlivá konkrétní pracoviště, protože rozdíly v měřených ukazatelích a v propočtech jsou variabilní nejen mezi nemocnicemi zúčastněnými na tomto výzkumu, ale i v rámci jednoho zdravotnického zařízení podle specifiky poskytované péče, struktury pacientů, nepřítomnosti personálu na pracovišti apod. Autoři uvádějí, že „*zavádění nových metod vede ke změnám nároků na počet personálu … dostatečný počet i skladba ošetřovatelského personálu je nutnou podmínkou pro zavádění programů kvality péče. Zvýšení počtu personálu si vyžádá sice navýšení mzdových prostředků, ale náklady na nekvalitní péči jsou vyšší*“ (Müllerová, Volfíková, Bílek 1996, s. 9).

Tou dobou a nezávisle na této studii, probíhal grantový projekt pod vedením K. Pochylé, ředitelky Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně (dále jen „IDVZP“).

6.6 Výpočet ošetřovatelského personálu týmem IDVZP

Výzkum vznikl v rámci interního grantu MZČR, reg. číslo 3192-3 „Stanovení metody pro určení optimalizace pracovního času sester lůžkových oddělení vybraných klinických oborů“ a v roce 1999 byl vydán jako publikace zpracovaná K. Pochylou společně s O. Pochylým. Pochylý byl zpracovatelem počítačového programu pro výpočet personálu na oddělení. Druhé vydání v roce 2008 bylo rozšířené o příklady výpočtů a vyšlo ve spolupráci s ČAS.

Výzkum navazoval na měření, která probíhala v roce 1995 v nemocnici v Boskovicích. Metodika byla vypracována s ohledem na specifika českého ošetřovatelství a rozsahem zkoumaných vzorků měla předpoklady pro využití v celostátním měřítku, protože do výzkumu bylo zahrnuto 18865 pacientů a 50 měření pro každý výkon (Pochylá 1996, s. 7).

Ve stabilizačních opatřeních, které byly vytvořeny MZČR v srpnu 2009, bylo mimo jiné konstatováno, že chybí metodika výpočtu ošetřovatelského personálu na národní úrovni a pro stanovení počtu pracovníků se vychází z minimálních požadavků daných vyhláškou č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Přitom existuje metodika výpočtu ošetřovatelského personálu zpracovaná výzkumným týmem IDVPZ v Brně, kterou přijala Česká asociace sester. Tu lze upravit do formy metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví a vydat ve Věstníku MZČR. S odstupem času můžeme konstatovat, že výstupy z tohoto rozsáhlého výzkumu u nás nikdy nebyly oficielně uznány.

Metoda výpočtu ošetřovatelského personálu pro standardní lůžková oddělení je založena na:

- kvantifikaci ošetřovatelské péče podle interních nebo chirurgických oborů,
- klasifikaci stavu pacientů - doba nutné ošetřovatelské péče,
- započítávání základní, nepřímé a speciální ošetřovatelské péče,
- zjišťování časové náročnost jednotlivých činností a frekvence jejich provádění v

průběhu dne, týdne, měsíce, případně roku,

- kategorizaci pacientů vykazovaná zdravotním pojišťovnám.

Protože tato kritéria jsou velmi obecná, bylo nutné vytvořit nová kritéria, která jsou přesněji a jednoznačnější. Základní ošetřovatelská péče má uvedeny časové hodnoty ve čtyřech kategoriích podle soběstačnosti pacientů (zvlášť pro chirurgické a interní obory). Výsledný propočet byl stanoven na jednoho pacienta za 24 hodin jako „jednorázová denní hodnota“ viz tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 Výsledné hodnoty na základní ošetřovatelskou péči v jednotlivých kategoriích (minuty/pacient za 24 hod).

Klinické obory	kategorie pacienta			
	I.	II.	III.	IV.
interní	5	23	62	122
chirurgické	5	20	58	103

zdroj: Pochylá 1999, s. 9 (upravené autorkou)

Po inventarizaci výkonů speciální ošetřovatelské péče byla zjištěna jejich průměrná časová hodnota a frekvence jejich provádění, jednotlivým činnostem byla přidělena bodová hodnota, časová hodnota jednoho bodu byla 2,5 minuty.

Spojením základní ošetřovatelské péče (popisné) a speciální ošetřovatelské péče (faktorové) vznikla kombinovaná metoda. Tento soubor však nezahrnuje veškerou činnost ošetřovatelského personálu, proto byly zbývající činností definovány jako „denní jednorázová hodnota“ v rozsahu 40 minut na pacienta a den.

Časové hodnoty této metody zahrnují poskytování ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu (Pochylá 1999, s. 7). Použitím této metody lze stanovit jak ošetřovatelskou zátěž, tak potřebu ošetřovatelského personálu. Pro podrobnou systemizaci pacientů, ošetřovatelských činností a jejich frekvenci, matematických výpočtů odkazujeme na publikaci, z níž jsme vycházeli.

Zdůrazníme následující informace, které jsou stěžejní pro naši práci: *„Jakmile je stanoven počet personálu, který má pokrýt stanovený počet ošetřovatelských hodin na 1 den, určí si management ošetřovací jednotky procentuální poměr mezi základní a speciální ošetřovatelskou péčí a dle tohoto poměru stanoví kombinace ošetřovatelského*

personálu podle kvalifikace (sestra specialistka, sestra, ošetřovatelka, sanitářka). Poměr mezi základní a speciální ošetřovatelskou péčí se bude měnit v závislosti na závažnosti stavu pacientů a objemu práce vyplývajícího z diagnostických a terapeutických metod pracoviště" (Pochylá 1999, s. 13).

6.7 Porovnání výsledků výpočtů personálu podle jednotlivých metod

V této části práce uvedeme porovnání výsledků výpočtů potřebného počtu ošetřovatelského personálu mezi těmito metodami:

- doporučený postup ČAS využívající metodiku výzkumného týmu IDVPZ vedeného K. Pochylou,
- výpočet podle vyhlášky č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v aktuálním znění,
- závazný pokyn podle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Aby byly výsledky porovnatelné, vycházeli jsme z modelové situace lůžkového oddělení (stanice), která disponuje 30 lůžky a je plně obsazena pacienty. V tomto případě se jedná o 100% obložnost (využití lůžek na 100%).

Nejdříve jsme porovnali mezi sebou hodnoty ošetřovatelské péče potřebné pro ošetření jednoho pacienta po dobu 24 hodin. Podle doporučení ČAS jsou uvedeny dvoje průměrné hodnoty pro interní a chirurgické obory a pro fakultní a ostatní nemocnice. Hodnoty jsou uvedeny v minutách v tabulce č. 9. Z tabulky je zřejmé, že nejnižší časová dotace (98 minut na jednoho pacienta na 24 hodin) je daná legislativně.

Tabulka č. 9 Hodnoty ošetřovatelské péče pacient / 24 hodin.

lůžková zařízení	Interna	chirurgie	ošetřovatelská lůžka
fakultní nemocnice	150	155	145
ostatní nemocnice	140	145	
vyhláška č. 472/2009 Sb.	114	120	98

zdroj: ČAS (upraveno autorkou)

Počty úvazků ošetřovatelského personálu podle kategorií včetně jejich procentuálního zastoupení na pracovišti - pro porovnatelnost opět vycházíme z modelové situace 30ti lůžkové stanice, která je plně obsazena hospitalizovanými pacienty. Podle doporučení ČAS ve výpočtech kalkulujeme s časovou náročností základní, speciální a vysoce specializované ošetřovatelské péče pro jednotlivé klinické obory. Z celkového počtu úvazků všech pracovníků (RPF = 100%) je podle poměru výkonů základní, odborné, speciální a nepřímé ošetřovatelské péče stanoven poměr mezi samostatně pracujícím personálem (všeobecné sestry) a ostatním ošetřovatelským personálem pracujícím pod odborným dohledem. Tento poměr je oběma vyhláškami stanovený fixně, metodika doporučená ČAS vychází z vlastního měření spotřeby času pro výkony předem definované ve skupinách základní nebo speciální ošetřovatelské péče s připočtením jednorázové hodnoty pro každého. Počty ošetřovatelského personálu stanovené vyhláškou č. 472/2009 Sb. se v námi sledovaných parametrech významně nezměnily, po její novelizaci v roce 2009 přibyla dlouhodobá a následná ošetřovatelská péče, uvádíme jí v tabulce č. 10, protože lůžka těchto zdravotnických zařízení jsme započítávali do statistických přehledů.

Původní vyhláška z roku 1998 definovala ošetřovatelský personál v kategoriích SZP, PZP, NZP, po roce 2008 se definice mění na ZPBD - ZPOD - ZPOD bez maturity. Toto dělení je po novelizacích zákona o nelékařských povoláních č. 96/2004 Sb. trochu problematické vzhledem k původnímu zařazení zdravotnického asistenta a současnému zařazení praktické sestry, která byla s výjimkami přeřazena do pracovníků bez odborného dohledu.

V následující tabulce č. 10 je patrný značný nepoměr ve výpočtech jednotlivých kategorií potřebného ošetřovatelského personálu a procentuálního zastoupení jednotlivých kategorií pracovníků podle metodiky vypracované odborným týmem IDVPZ K. Pochylé a ve výpočtech personálu stanoveným legislativními normami. V praxi lůžkových zdravotnických zařízení se počty úvazků zpravidla řídí uvedenými vyhláškami. Ve smluvních podmínkách pro úhradu poskytnuté zdravotní péče se zohledňují pouze vyhláškami určené počty ošetřovatelského personálu, ostatní personál jdoucí nad tyto limity, jde k tíži zdravotnického zařízení. Tento stav je sice pro zdravotnická zařízení finančně méně náročný, pro ošetřovatelský personál však znamená větší zátěž a nepříliš optimální složením ošetřovatelských týmů.

Tabulka č.10 Personální úvazky s procentuálním vyjádřením na 30 lůžek se 100% obložností.

počet úvazků procentuální zastoupení			doporučený postup ČAS			vyhláška č. 472/2009	vyhláška č. 99/2012	
			fakultní nemocnice	ostatní nemocnice	oše. lůžka			
interní obory	VS + VS spec. PS (ZPBD)	n	10	9		9,9	8	
		%	56,2	54,2		73,0	69,5	
	NZP, PZP (ZPOD)	n	7,8	45,8		3,6	3,5	
		%	43,8	7,6		27	30,4	
	celkem	**n**	**17,8**	**16,6**		**13,5**	**11,5**	
chirurgické obory	VS + VS spec. PS (ZPBD)	n	11,8	10,7		9,9	8,5	
		%	64,1	62,2		69,4	68	
	NZP, PZP (ZPOD)	n	6,6	6,5		4,3	4	
		%	35,9	37,8		30,6	32	
	celkem	**n**	**18,4**	**17,2**		**14,2**	**12,5**	
ošetřovatelská péče	VS + VS spec. PS (ZPBD)	n			6,3	6,6	7	6
		%			36,4	62,2	66,6	54,5
	NZP, PZP (ZPOD)	n			10,93	4	3,5	5
		%			63,6	37,7	33,3	45,4
	celkem	**n**			**17,2**	**10,6 *****	**10,5****	**11***

** ošetřovatelská lůžka ** následná péče *** dlouhodobá péče. zdroj: autorka*

Pozn. do celkového počtu sester nejsou započítány sestry manažerky (staniční, vrchní sestry).

7 Stanovení výzkumného problému

V následující kapitole budeme odpovídat na stanovené výzkumné otázky, budeme vycházet ze statistických údajů, které jsme zpracovali v této diplomové práci. Při jejich zpracovávání jsme zjistili, že obdobné statistické údaje v námi sledovaném období od roku 1945 do roku 2018 ve veřejně přístupných statistikách nejsou k dispozici. Námi vytvořené statistické údaje považujeme za první komplexní statistické zpracování počtu zdravotnického personálu v tomto období a v další části práce budeme z těchto závěrů vycházet. V rámci odpovědí na výzkumné otázky této kapitoly je doplníme informacemi získanými z pěti rozhovorů se staničními a vrchními sestrami. Níže uvedené výzkumné otázky jim byly položeny v řízeném rozhovoru, který proběhl mimo jejich pracoviště. Vzhledem k zachování anonymity respondentek pouze uvedeme, že řízený rozhovor s předem definovanými otázkami jsme vedli se třemi staničními sestrami z chirurgického, neurologického a interního oddělení a s dvěmi vrchními sestrami z chirurgického a interního oddělení. Sestry pracují v nemocnici v Žatci a v Mostě[1].

Hlavní výzkumná otázka zní:

- Je v lůžkových zařízeních poskytujících léčebnou péči nedostatek všeobecných sester skutečný, nebo je nedostatek všeobecných sester relativní a je důsledkem absence ošetřovatelského personálu s nižším vzděláním?

Dílčí výzkumné otázky zní:

- Znají vrchní a staniční sestry manažerské metody výpočtu potřebného ošetřovatelského personálu a umí je aplikovat do praxe?
- Umí sestry manažerky v situaci nedostatku všeobecných sester rozdělit činnosti podle kompetencí jednotlivým kategoriím ošetřovatelského personálu?
- Jsou všeobecné sestry využívány vedoucími pracovníky i k činnostem, které by měl v ošetřovatelské péči provádět ošetřovatelský personál s nižším vzděláním?

[1] Vzhledem k objektivním překážkám spojeným s protiepidemickými opatřeními ve zdravotnických zařízeních, nebylo možné plánované dotazníkové šetření provést v tom rozsahu, jak bylo plánováno v původním projektu diplomové práce. Na základě žádosti o změnu projektu byla tato práce vyhotovena jako teoretická a v této části doplněna odpověďmi na výzkumné otázky získané v pěti řízených rozhovorech.

7.1 Hlavní výzkumná otázka

- Je v lůžkových zařízeních poskytujících léčebnou péči nedostatek všeobecných sester skutečný, nebo je nedostatek všeobecných sester relativní a je důsledkem absence ošetřovatelského personálu s nižším vzděláním?

Tabulky č. 3, 4 a 5, které jsme zpracovali v kapitole 4.1 i s grafickým vyjádřením považujeme za klíčové pro zodpovězení této otázky, která je stěžejním bodem celé naší práce. Jejich podrobný rozbor je uveden v kapitole „4.1 Tabulky a grafy“. Zde uvedeme naše shrnutí a závěr: porovnáním dlouhodobého trendu vývoje počtu lůžek v ČR a vývoje počtu ošetřovatelského personálu v jednotlivých jeho profesích musíme konstatovat, že personální situace v posledních několika letech je nejpříznivější lepší v celé námi sledované historii. Počet lůžek několik let stabilně klesá a naopak počet ošetřovatelského personálu přes několik výjimek v některých letech (zdůvodnitelné výpadkem celých ročníků v důsledku reforem základního školství a středoškolského vzdělávání s příchodem ZA) je stabilizovaný a má v dlouhodobém průběhu pozvolný vzestupný trend. Na základě tohoto vztahu - počet lůžek - ošetřovatelský personál - musíme vyslovit jednoznačný závěr, že ošetřovatelského personálu v nemocnicích u lůžka nebylo v historii více než je tomu v současné době. Nedostatky ošetřovatelského personálu se spíše vyskytují na pracovištích intenzivní péče a u určitých specializací, rozhodně nejsou plošnou celorepublikovou záležitostí lůžkových zdravotnických zařízeních. Bližší popis příčin tohoto stavu je v kapitole 8.

Všechny námi oslovené sestry uvedly, že v nemocnicích, ve kterých pracují, jsou na pracovištích intenzivní péče problémy s obsazením služeb sestrami specialistkami pro intenzivní péči vzhledem k jejich nedostatečnému počtu. Dále uvedly, že na standardních lůžkových stanicích je dlouhodobý nedostatek ošetřovatelek a sanitářek do služeb.

7.2 Znalosti metodik výpočtu personálu

- Znají vrchní a staniční sestry manažerské metody výpočtu potřebného ošetřovatelského personálu a umí je aplikovat do praxe?

  Z odpovědí na tuto otázku můžeme jednoznačně potvrdit, že metodiku výpočtu ošetřovatelského personálu námi oslovené sestry manažerky neznaly. Dvě z nich

uvedly, že o metodice slyšely, ale neuměly popsat její principy.

Na tuto neznalost jsme usuzovali nepřímo v teoretické rovině z toho, že není součástí specializačního studia „Organizace a řízení zdravotnických zařízení“. Jak jsme uvedli v kapitole 5.4, nejsou metodiky výpočtu personálu obsahem modulů vzdělávacího plánu. Další možnost, kde by se sestry mohly s problematikou výpočtu a rozdělením činností ošetřovatelského personálu seznámit a naučit se s ní pracovat je v pregraduálním studiu. V závazných pokynech pro tvorbu rámcových vzdělávacích programů pro obor všeobecná sestra podle vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, organizace a řízení zdravotnických zařízení ani metodiky výpočtů uvedeny nejsou. Je na rozhodnutí vyučujících, zda-li by z vlastní iniciativy tuto problematiku zařadili do své přípravy a studenty s ní seznámili. Zbývající možností, jak by se sestra manažerka mohla s metodikami výpočtů ošetřovatelského personálu seznámit je buď samostudium, nebo by měla možnost pracovat ve zdravotnickém zařízení, kde je tato metodika známá a pracuje se s ní.

Odpovědi sester neznalost metodik výpočtů potřebného počtu ošetřovatelského personálu jednoznačně potvrdily.

7.3 Rozdělení činností

- Umí sestry manažerky v situaci nedostatku všeobecných sester rozdělit činnosti podle kompetencí jednotlivým kategoriím ošetřovatelského personálu?

Je to zdánlivě jednoduchá otázka, ale v praxi to může být dost složitý problém. Těžko se rozdělují činnosti, když některý člen ošetřovatelského personálu (praktická sestra, ošetřovatelka, sanitář) krátkodobě nebo dlouhodobě chybí, nebo není vůbec k dispozici. Z vlastních zkušeností můžeme uvést úvahy managementů nemocnic v tom smyslu, že sestra jako univerzální pracovník ošetřovatelského týmu, může svojí odborností a kompetencemi zastat všechna ošetřovatelská povolání. Z této logiky je při přijímání nových pracovníků dávána přednost všeobecným sestrám, i když by mohla být přijatá praktická sestra nebo ošetřovatelka. Sestra ještě stále není tak „drahý“ pracovník, aby nemohla být využívána i na neodborné práce a problém chybějících ostatních pracovníků týmu je tím vyřešený. Vše je jen otázkou času, než dojde

k výraznějšímu navýšení platové úrovně sester.

Za náročnou a fyzicky namáhavou práci s pacienty a s jejich příbuznými by si ostatní pracovníci ošetřovatelských týmů zasloužili vyšší platy, ale zatím nejsou tyto profese doceněné a nízké odměny nejsou lákadlem k nástupu na lůžková oddělení nemocnic. Často jsou tato povolání vykonávaná spíše jako řešení z nouze, než se vyskytne lépe placená práce s menší fyzickou a psychickou námahou. Navýšení platů pouze těmto kategoriím by vedlo k rozkolísání vratké platové rovnováhy, výhledově se jejich platové ohodnocení bude odvíjet od celkového platové úrovně zejména lékařů a sester.

Námi oslovené sestry v rozhovoru tyto problémy vnímaly stejně a všechny uvedly, že činnosti podle kompetencí jednotlivých ošetřovatelských pracovníků by uměly rozdělit, ale mají problém s rozdělením ošetřovatelských činností a výkonů zejména u ošetřovatelek a sanitářek ve směnách, protože mají častou absenci v práci (ošetřování člena rodiny, nemoc, čerpání přesčasových hodin). Sestra se tak stává pracovníkem, který musí jejich výpadky suplovat. Při počtu pěti dotazovaných sester nemůžeme z jejich odpovědí dělat širší obecné závěry, ale jejich výpovědi korespondují s následujícím dotazem.

7.4 Kompetence sester a jejich dodržování

- Jsou všeobecné sestry využívány vedoucími pracovníky i k činnostem, které by měl v ošetřovatelské péči provádět nižší ošetřovatelský personál?

Jedním z faktorů, který má vliv na posouzení dostatku či nedostatku sester resp. na jejich vytíženost na oddělení, je výkon činností, ke kterým mají sestry kompetenci danou legislativou. I. Merhautová (2007, s. 13) ve svém odborném článku uvádí, že *„…v současné době neexistuje propracovaný systém stanovení potřebného počtu personálu nelékařských povolání ve zdravotnických zařízeních různého typu.“* Tato autorka dále poukazuje na skutečnost, že nedostatek všeobecných sester je patrný zejména na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení. *„Při hledání cest k řešení nedostatku lékařů se můžeme obrátit do zahraničí. Tato cesta však není jednoduchá, překážkou není pouze jazyková bariéra. A tak se můžeme vrátit opět na počátek k myšlenkám o počtu ošetřovatelského personálu, k rozdělení činností mezi všeobecnými*

sestrami a zdravotními asistenty, ale také k myšlenkám na přerozdělení kompetencí mezi lékaři a nelékaři". Z tohoto důvodu je potřeba věnovat pozornost hledání možností přepracování a upravení stávajících kompetencí jednotlivých profesí zdravotnických pracovníků (tedy i sester), aby každá z těchto povolání vykonávala pouze kvalifikované činnosti a nemusela se tak zabývat úkoly, které mohou vykonávat nekvalifikované pracovní síly (Merhautová 2007, s. 13).

Z našich statistických dat zpracovaných v této práci je zřejmá i ta skutečnost, že v posledních letech docházelo nejen k zvyšování počtu sester, ale i ostatního ošetřovatelského personálu při současném snižování počtu lůžek. Z tohoto trendu usuzujeme, že i ostatního ošetřovatelského personálu by měl být dostatek, tudíž na sestrách manažerkách zůstává úkol rozdělit ošetřovatelské činnosti dle kompetencí a náplní práce jednotlivých kategorií ošetřovatelského personálu.

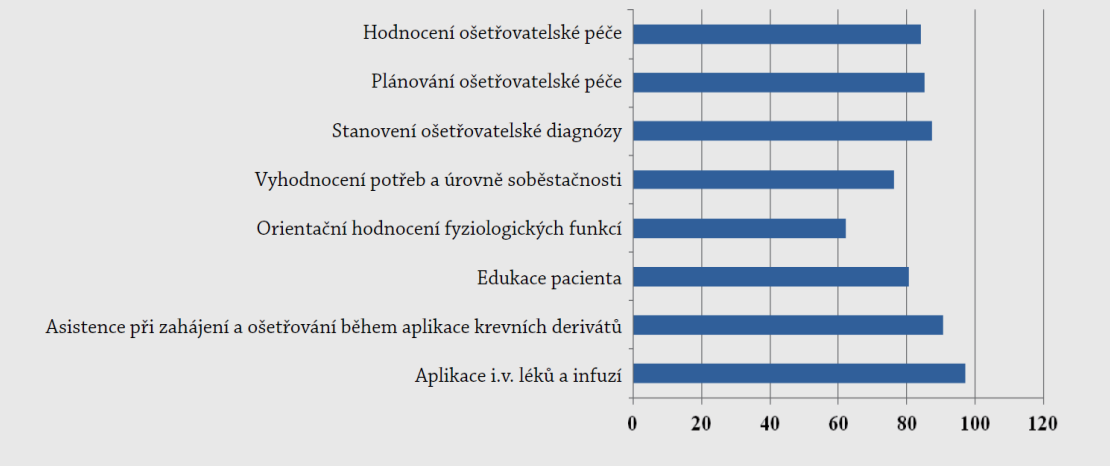
Pokud budeme vycházet z našich výsledků a z předpokladu správně rozdělených činností mezi všechny členy ošetřovatelského týmu podle jejich kompetencí, měl by být počet všech ošetřovatelských povolání v našich lůžkových zdravotnických zařízeních dostatečný a sestry by neměly být zatěžovány činnostmi, které může provádět jiný člen ošetřovatelského týmu (sanitářka, ošetřovatelka, ZA).

Tuto otázku si položili autoři článku (Mikšová, Šamaj, Machálková, Ivanová 2014, s. 130) „Naplňování kompetencí členů ošetřovatelského týmu". V období od 20. 9. do 30. 10. 2011 prováděli výzkum v několika zdravotnických zařízeních s cílem zjistit, zda-li jsou kompetence rozděleny a prováděny těmi zdravotnickými pracovníky, do jejichž kompetence vyjmenované výkony spadají.

Zjistili, že nejtíživější situace je u sester. Jednak překračují kompetence ve smyslu vykonávání činností spadajících do kompetencí lékařů a výraznou měrou se podílí na méně kvalifikovaných výkonech péče, kterou by měl vykonávat méně kvalifikovaným personál (ZA, ošetřovatel, sanitář). Jako alarmující se jeví situace překračování kompetencí zdravotnického asistenta, ošetřovatele a sanitáře. Podle autorů tento stav představuje neefektivní proces v rámci personálního řízení. Tento stav nesplňuje požadavky bezpečné a kvalitní ošetřovatelské péče.

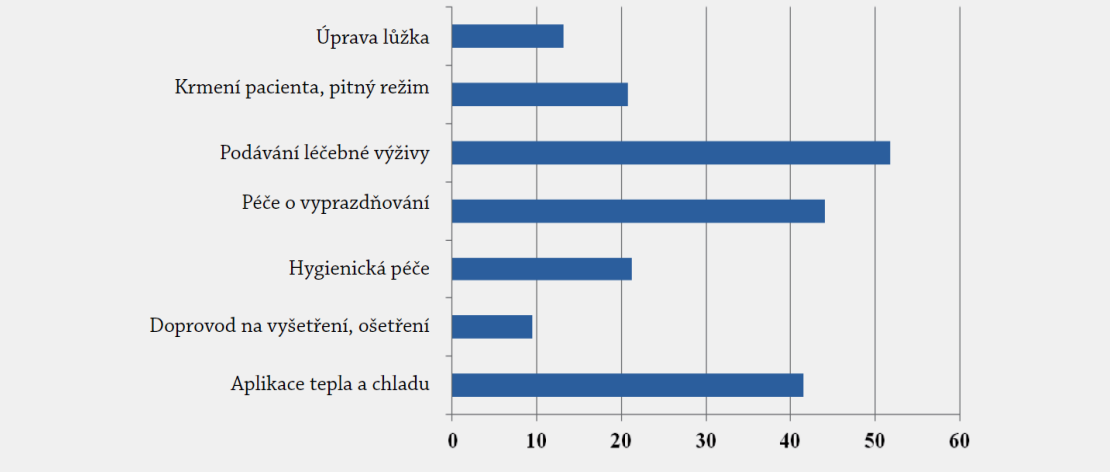
Velkou vypovídací schopnost mají grafy. Pro ilustraci problému jsme převzali dva grafy. Graf č. 6 - v jakém percentuálním rozsahu provádí sestra činnosti, ke kterým má kompetence a graf č. 7 - v jakém percentuálním rozsahu provádí sestra činnosti, které nejsou v její kompetenci (poznámka autorů - u všech zkoumaných činností byly prokázány statisticky významné rozdíly.)

Graf č. 6 Míra zajištění činností sestrou u ošetřovatelských činností, kterou jsou pouze v kompetenci všeobecné sestry (údaje v %).



zdroj: Mikšová, Šamaj, Machálková, Ivanová 2014, s. 134

Graf č. 7 Míra zajištění činností sestrou u ošetřovatelských činností, kterou nejsou v kompetenci všeobecné sestry (údaje v %).



zdroj: Mikšová, Šamaj, Machálková, Ivanová 2014, s.135

III Diskuze

Tématem naší práce je nedostatek ošetřovatelského personálu, jeho závažnost, rozsah, příčiny a projevy. Současný personální stav v lůžkových zařízeních nelze hodnotil izolovaně, ale v historickém kontextu a v rámci vývoje společnosti.

Podívejme se na problém nedostatku pracovníků v ošetřovatelství nejprve ze širšího společensko ekonomického pohledu. Oproti předcházejícím letům, kdy byly společenské vztahy ovlivněny budováním socializmu a doznívajícím socializmem po revoluci v roce 1989, o kterých jsme psali v kapitolách z historie, bylo sestrám tvrzeno, že jejich povolání je posláním. Byla menší informovanost pacientů a větší pokora před léčbou a zdravotníky, kteří se těšili větší úctě a prestiži. Se změnou systému a výchovy se změnil vztah k autoritám, změnila se celá společnost a to je faktor, na který se v současné době nedostatku sester příliš nemyslí a to ke škodě problému, protože toto my považujeme za jeden z k klíčových problémů, který se příliš různými stabilizačními opatřeními nedá ovlivnit a zůstane tady.

Faktor vývoje celé společnosti a její změny je neopomenutelný. „*I do zdravotnictví se dostává fenomén zrychlení, efektivity a výkonu. Jestliže lidé intenzivně pracují, jsou všude dosažitelní a jestliže je čas vyměřený a omezený, celkem logicky budou upřednostňovat efektivní, rychlé a kvalitní léčení. Čekání se stává utrpením a zdrojem nevrlosti a konfliktů. Stále častěji je vyžadovaná ambulantní diagnostika i léčba a je zkracována doba nutné hospitalizace. Požadavkem nemocných je vyřešit své zdravotní problémy s maximální efektivností, bez objednávání a bloudění nemocnicí. Názor pacienta v rozhodování o sobě samém není druhořadý, ale lékařem musí být brán v úvahu*“ (Haškovcová 2000, s. 156).

Častým konfliktním problémem je i absence běžné mezilidské slušnosti na straně pacientů a jejich příbuzných, po nepříjemných zkušenostech i toto může mladou generaci sester nastupující do zdravotnictví vést k jeho opuštění.

Zmiňovali jsme se o managementu ve zdravotnictví, jedna z oblastí tohoto oboru se zabývá pracovními podmínkami a v sociologické oblasti zkoumá také změny obsahu a forem práce. I. Nový (1997, s. 144) už před více jak 20 lety popisoval, že

„*společensko ekonomický vývoj přináší změny v obsahu a formách práce a v chápání lidské práce ve smyslu seberealizace. Práce už nevystupuje jako něco vnějšího a vnuceného, ale stává se výrazem člověka a jeho potřebou. Začíná se formovat nový typ pracovníka, jehož očekávanými kvalitami budou speciální vědění a kvalifikace, jeho předností bude široká škála duševních nástrojů. Takto připravený pracovník bude celkem logicky požadovat změny v řízení a kontrole práce ve smyslu vyšší účasti na rozhodování, obohacování pracovní náplně, pružném využívání pracovní doby, podpory tvůrčí aktivity, možnosti dalšího vzdělávání a zvyšování odpovědnosti za vlastní práci*." Znalosti budou strategickým potenciálem a důležitým zdrojem osobního bohatství. Od zaměstnance dnešní doby nelze očekávat loajálnost k zaměstnávající organizaci, odejde i se svými znalostmi. Zůstává na jeho vůli, jestli chce svoje znalosti organizaci propůjčit a na nabídce organizace, za jakých podmínek bude znalosti pracovníka vyžívat (Nový 1997, s. 144).

Aniž by si to člověk příliš uvědomoval, sám o sobě se stává zbožím, má určitou představu své hodnoty, kterou nabízí ve vztahu k zaměstnavatelům. Přičemž žádné úsilí nepřináší žádnou bolest a osvobození od tvrdé práce je největší dar moderního pokroku, nejvyšším cílem života je volný čas a jeho neodcizené užívání. Tato nová kultura práce vyvíjí stále silnější tlaky na přehodnocení dosavadního modelu moci, organizační kontroly a dělby práce, na odměňování a pracovní kariéru (Fromm 1994, s. 29).

Tyto ekonomicko sociální změny jsou očekávatelné i u pracovníků ve zdravotnictví a podle našeho názoru, v tomto směru mnoho zdravotnických zařízení „zaspalo dobu" a tuto skutečnost v zajetí setrvačnosti stále nevnímá. Příkladem toho je problém ZA resp. praktické sestry. Původní zařazení ZA pod odborným dohledem, přestože dokončil střední školu bylo demotivující vzhledem k tomu, že se v této pozici po celou dobu výkonu povolání nemůže stát samostatně pracujícím pracovníkem. Je to povolání bez perspektivy dalšího profesního růstu a tím vykazuje velkou fluktuací. Je vykonáváno přechodně v případě, že je ZA motivován stát se „plnohodnotnou" sestrou studiem při zaměstnání, nebo jako ZA vůbec nenastoupí do praxe nebo jen na prázdninovou brigádu či dohodu, pokud se mu podaří nastoupit do denního studia všeobecné sestry hned po ukončení střední školy.

Pokud by došlo k souladu praxe s legislativním záměrem zákona č. 96/2004 Sb., to znamená dát sestře k ruce „studovaného pomocníka“ v podobě profese ZA, pak při stejném počtu absolventů středních škol, jako dříve vycházely sestry, tak by na zdravotnický trh práce každým rokem přicházelo dokonce větší množství ošetřovatelského personálu - ZA nebo praktická sestra a všeobecných sester. Tím by mohlo dojít i k naplnění požadavku metodiky výpočtu ošetřovatelského personálu podle týmu K. Pochylé, který udává objem základní ošetřovatelské péče kolem 60%, kterou by mohli vykonávat ZA a další „pomocný“ ošetřovatelský personál. Navíc si ZA mohli různými certifikovanými kurzy rozšiřovat kvalifikační úroveň a mohli být pověřováni i dalšími jednotlivými činnostmi či výkony při plnění ošetřovatelského plánu sestrou. Všeobecná sestra by vykonávala odborný dohled, připravovala ošetřovatelské plány a kontrolovala jejich plnění s možností zachování ošetřovatelského procesu jako základního systému poskytovaní ošetřovatelské péče v souladu s Koncepcí ošetřovatelství ČR (Věstník MZČR 2004, č. 9).

S více jak 10tiletým odstupem můžeme konstatovat, že teoreticky žádoucí a potřebná změna podle původního znění zákona č. 96/2004 Sb. neprošla, naopak. Nepochopení a organizační nepřipravenost zdravotnických zařízení v kombinaci se všemi výše vyjmenovanými problémy vedla ke tlaku managementů nemocnic na MZČR k provedení legislativních změn, které vyústily v nesystémové změny. ZA přejmenovala proti všem pravidlům EU o regulovaném povolání na „praktickou sestru“ a zavedla další možnost vzdělávání ve zkrácené formě (tzv. 4+1), jak již bylo podrobně popsáno.

Uveďme některé argumenty, které zazněly k současné problematice ošetřovatelského personálu v Poslanecké sněmovně ČR dne 19.2.2019 na semináři o nelékařských zdravotnických pracovnících, kde se vzdělavatelé a zaměstnavatelé nad těmito problémy zamýšleli a hodnotili dopad opatření na současnou situaci ve zdravotnictví (Válek, Mauritzová 2019; Böhmová 2019).

Pozvaní odborníci se téměř jednomyslně shodli na tom, že novela zákona č. 96/2004 Sb., nepřinesla do zdravotnického školství a zdravotnické praxe žádoucí efekt, tj. zvýšení přílivu absolventů jak všeobecných sester, tak praktických sester, uvedl to předseda Asociace zdravotnických škol ČR Karel Štix. Asociace provedla na svých

školách v roce 2018 výzkum, který potvrdil, že většina absolventů oboru zdravotnický asistent/praktická sestra stejně jako v minulých letech pokračovala ve studiu všeobecná sestra v bakalářském studiu nebo ve vyšším odborném vzdělávání. Hlavními důvody nezájmu o práci sester je současný evropský trend mladé generace studium si prodlužovat, mladí lidé mají mnohdy dobré rodinné zázemí a proto se do práce „nijak moc nehrnou“. Tento trend je srovnatelný s ostatními státy EU. Podle Štixe do praxe nastupuje jen necelých 5% absolventů středních škol. Mladé sestry odmítají přesčasovou práci, směnný provoz v nemocnicích, očekávají benefity, zařazení do týmu za atraktivní plat a rychlý kariérní postup, preferují kratší pracovní dobu včetně snížených úvazků a dávají přednost volnému času. Vzdělávání v „modelu 4+1“ žádoucí efekt zrychlení nepřinesl, Česká školní inspekce zjistila, že pravidla jsou nejasná a ředitelé si je vykládají různě (Válek, Mauritzová 2019).

Vlastimil Válek (poslanec, člen výboru pro zdravotnictví) označil model 4+1 za neužitečný, který sám o sobě zanikne. Školy vychrlí zdravotnické pracovníky a ti, pokud po půl roce neodejdou na mateřskou, odchází jinam, jelikož zjistí, že v nemocnicích nikdy pracovat nechtěli. Další možnost úbytku sester - odchod do zahraničí - označil za málo masivní, jsou jich desítky a nemocnice tím nezruinují. Odchody sester mnohdy kopírují odlivy lékařů. „*Pokud se podaří přesvědčit všechny, aby nastupovali do našich zdravotnických zařízení, tak se v podstatě problém vyřeší*“ (Válek, Mauritzová 2019).

Jana Nováková (náměstkyně pro ošetřovatelskou péči Fakultní nemocnice v Motole) na semináři uvedla, že v roce 2004 bylo vzdělávání dobře nastaveno. Byli ZA a část vysokoškolsky vzdělaných sester. „*Místo toho, abychom toto zkultivovali v praxi, našli jsme třetí cestu, která situaci sester nevyřeší*“. Podle ní může být na oddělení až polovina ZA / praktických sester a zbytek vysokoškolsky vzdělané sestry.

„*Dnešním trendem je, aby každý měl vysokou školu a střední zdravotnické školy už nejsou výběrovými školami. Dnes se na ně běžně hlásí a jsou přijaty žačky s trojkami a čtyřkami na vysvědčení*“, komentovala úroveň středního školství hlavní sestra ČR Alice Strnadová (Válek, Mauritzová 2019).

ČAS (prezidentka Martina Šochmanová) a Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče (Dagmar Žitníková) na tomto semináři uvedly, že byly po celou dobu proti

zavedení vzdělávání 4+1. Vzhledem k nárokům, které jsou dnes na sestry kladené, je vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání naprosto nutné (Böhmová 2019).

ČAS, jako profesní organice nelékařských zdravotnických pracovníků, by měla mít v této době někdy označované jako krizové, silný odborný a mediální hlas. Není tomu tak, na jejích webových stránkách se sporadicky vyskytují tisková prohlášení k navrhovaným opatřením. V prohlášení ze dne 23.3. 2016 označuje za příčinu odlivu pracovní síly ze zdravotnictví kromě nedostatečného finančního ohodnocení i striktní dodržování minimálního počtu personálu vedením nemocnic, který stanovuje personální vyhláška. Nízký počet sester, nevhodná struktura zdravotnického týmu a přetěžování zbytečnou administrativou jsou další příčiny, které je nutné odstranit. Novela zákona č. 96/2004 Sb. podle ČAS nepřinese pracovní sílu do nemocnic dříve než za dva roky a to je příliš dlouhá doba na to, aby se odliv sester a i dalších nelékařských zdravotnických pracovníků zastavil (ČAS 2015).

Mediálně nejznámější osobou hájící zájmy nelékařského personálu je Dagmar Žitníková, původním vzděláním sestra, nyní předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče. Podle ní je potřeba udělat systémové změny a upravit personální vyhlášku. „*Jsou v ní uvedené úvazky sester na počty lůžek, nejsou tam úvazky pro jednotlivé směny a to je ten problém. Do úvazků na počty lůžek se totiž započítávají i sestry, které jsou zrovna na mateřské dovolené, nebo které tam pracují na dohody. Takže když tam přijde kontrola, vypadá vše v pořádku. Jenže když se zaměříme na konkrétní situaci třeba na interně, vidíme, že je tam sestra na směně sama třeba na 30 lůžek.*“ Roman Prymula v reakci na tuto praxi zdravotnických zařízení uvedl, že jedna sestra na 45 pacientů v noci je nepochybně na hranici. „*Na druhou stranu, kdybychom tam dali dvě nebo tři sestry, tak to řada zařízení nebude moci splnit a my je pak budeme muset zavřít. Je to boj s minimem možného*.“ Proto MZČR na návrh odborů odmítá přistoupit a navíc ústy náměstka R. Prymuly přiznává, že rostoucí výdělky nejsou funkčním lákadlem. „*Snažili jsme se skokově navýšit mzdové ohodnocení a domnívali jsme se, že stáhneme řadu sester z administrativních profesí. To se úplně nezdařilo*“ (Roubková 2020).

Vraťme se znova k našemu základnímu problému dostatku či nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků. V práci jsme zmiňovali problém se

zjišťováním věrohodných a konzistentních statistických údajů o jejich početních stavech a porovnávali jsme je s vývojem počtu lůžek v akutní a následné péči. Nežli věrohodné statistiky, spíše se dopátráme mnoha článků, ve kterých jsou zveřejněné údaje o počtech chybějících sester. A zde si opět můžeme položit otázku, nakolik jsou tato čísla věrohodná.

Podle V. Válka (2019) je situace s chybějícími sestrami v Česku nejasná a je zde prostor pro ÚZIS, který by měl jasně definovat, kde je ona „finální meta“, abychom mohli říci, že teď už je sester dostatek. „*Pokud nevím, co je definice dostatku sester, zda deset tisíc, nebo sto tisíc, pak nastává stále nedostatek*.“ Argumentaci doplnil poznámkou, že před pěti lety nebyly k dispozici vůbec žádné statistiky, jaké sestry a v jakých oborech chybí (Válek, Mauritzová 2019).

„*Existují minimální personální požadavky, které musí každý poskytovatel zdravotních služeb plnit. A pokud jej plní, pak by žádná sestra chybět neměla*“, uvedla hlavní sestra ČR Alice Strnadová. Podle ní se totiž na ÚZIS pracuje jenom s predikcí toho, kolik nám v ČR chybí sester a ta je vyústěním síťového modelu jenž říká, že jedna věc je personální vyhláška a druhá, jak se obsadí jednotlivá oddělení sestrami při dodržování zákoníku práce a přitom se musí počítat i s tím, že zdravotníci čerpají dovolenou, nebo mohou být nemocní. „*Na základě tohoto síťového modelu docent Dušek vytvořil predikci toho, kolik nám chybí v ČR sester*.“ Podle tohoto odhadu na konci roku 2018 ÚZIS uvedl, že Česku chybí v akutní péči od roku 2010 již 2024 sester (Böhmová 2019).

Údaje o chybějících sestrách se podle různých zdrojů a autorů liší. I prezidentka ČAS Martina Šochmanová v tiskové zprávě ze srpna 2018 uvedla lehce zmatečné údaje o počtech sester odcházejících a pracujících v nemocnicích. V srpnu 2018 nemocnicím scházelo kolem dvou až tří tisíc zdravotních sester, v roce 2019 bude chybět už 3300 sester. Od roku 2010 z nemocnic odešlo kolem 1500 sester, v roce 2015 chybělo 3 300 sester. V roce 2015 bylo 82 688 úvazků sester a porodních asistentek (počítáno dohromady) a v lednu 2017 bylo v českých nemocnicích kolem 85 tisíc úvazků sester (ČAS 2017, ČAS 2018).

Sestry odcházejí do stabilnějšího prostředí soukromých ambulancí, kde není směnný provoz. Sestry do zdravotnictví nepřilákaly vyšší mzdy ani zkrácení doby

studia, chybí i úzce specializované sestry, české sestry čím dál více nahrazují přicházející sestry z Ukrajiny a Slovenska (Böhmová 2018).

V únoru 2020 vyšel dlouhý článek s adresným soupisem více než 80 nemocnic, které se účastnily rozsáhlého zjišťování nedostatku zdravotnického personálu. V součtu jim chybělo 1373 sester, 750 lékařů a uzavřít kvůli tomu musely 602 lůžek. Důvody odchodů jsou zejména v dlouhodobé zátěži až přetížení personálu vedoucí ke zdravotním problémům a odchodům (Roubková 2020).

Při zpětném pohledu na tuto kapitolu můžeme konstatovat, že problematika nedostatku nelékařského zdravotnické personálu se v podstatě zúžila na problém týkající se sester. Ostatní ošetřovatelský personál není vůbec brán v úvahu. Opět se setkáváme s množstvím statistických nepřesností, opět ve vyčíslování chybějících sester. Budiž vnímáno alespoň pozitivně to, že všichni zmiňovaní účastníci semináře se shodují na skutečnostech, které vedou k nezájmu o práci v lůžkových zařízeních a k odchodům z těchto pracovišť a že naděje vkládané do legislativní úpravy zkrácení studia a zvyšování platů nepřinesly očekávané výsledky.

IV Doporučení

Z dnešního pohledu víme, že zkrácení studia a přeměna zdravotnického asistenta na praktickou sestru nebylo efektivní řešení. Zcela legitimně a logicky přichází otázka co tedy dělat, aby se problém nedostatku sester, jak o něm mnoho odborníků a politiků hovoří jako o krizovém, vyřešil? Jak povolání zatraktivnit, aby uchazeči přišli do škol a po získání kvalifikace nastoupili do zaměstnání? Některé návrhy na řešení problému zazněly na výše zmíněném semináři o nelékařských zdravotnických pracovnících v Poslanecké sněmovně ČR dne 19.2.2019.

Co by pomohlo podle předsedy Asociace zdravotnických škol K. Štixe? Uvádí spíše obecná nekonkrétní řešení, např. prezentace povolání sestry jako život naplňující a smysluplné volby, zlepšování pracovních podmínek, zvýšení platů, možnost kratších úvazků, benefitů, přiznání výsluh po odpracování určitého počtu let ve zdravotnictví, náborové příspěvky, startovací byty a z pohledu pedagoga nadále absenci matematiky u maturitní zkoušky (Válek, Mauritzová 2019).

Podle Dity Svobodové, náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání VFN v Praze, mimo již dříve uvedeného, by bylo zapotřebí hovořit o úplné restrukturalizaci zdravotní péče. Problémem je, že na oddělení se sester nikdo neptá, jaké mají vzdělání, nakonec vynášejí mísy stejně tak jako ti, co mají nejnižší vzdělání (Válek, Mauritzová 2019).

Je potřeba udělat systémové změny a upravit personální vyhlášku, toto zastává předsedkyně zdravotnických odborů Dagmar Žitníková a náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání v Motole Jana Nováková. Současnou novelizaci ve vzdělávání a vznik praktických sester kritizují, zákon č. 96/2004 Sb., v původním znění bylo potřeba kultivovat (Válek, Mauritzová 2019).

Naše doporučení k řešení problematické situace zdravotnických pracovníků na lůžkových zdravotnických pracovištích vychází z této práce, z našich statistických údajů, ze znalostí a zkušeností autorky a zohledňuje zkušenosti některých autorů v této práci uvedených. Zřejmě by bylo s výhodou si v této kapitole znova připomenout

návrhy řešení nedostatku personálu v minulosti a nacházet v nich pro současnou dobu podnětná řešení.

Naše návrhy uvedeme v následujících bodech:

● Využívat kombinované a zkrácené úvazky na jedno pracovní místo (viz Murray, DiCroce, Pacovský), o této možnosti se začalo uvažovat, někde realizovat, ale stále se příliš nevyužívá.

● Za klíčové považujeme, aby v rámci postgraduálního nebo specializačního vzdělávání „Organizace a řízení ve zdravotnictví“ byly prezentovány principy výpočtu ošetřovatelského personálu podle metodiky K. Pochylé. Je důležité, aby se s metodikou seznámil zejména management zdravotnických zařízení, který v rámci systemizace míst rozhoduje o počtu zdravotnických pracovníků. Přestože metodika vznikla před více jak 20 lety a ČAS ji doporučena jako standard, doporučovali bychom zrevidovat a ověřit platnost výpočtů ošetřovatelského personálu s ohledem na současný vývoj léčebných a technických možností ve zdravotnických zařízeních a výsledky aplikovat do praxe prostřednictvím metodického návodu nebo metodického opatření MZČR, v ideálním případě její vydání formou vyhlášky. Vzhledem k současným léčebným metodám aktualizovat zhodnocení stavu pacientů, které by vedlo ke správnému posouzení zdravotního stavu hospitalizovaného pacienta a podle jeho soběstačnosti k zařazení do nově definovaných skupin a přiřazení spotřeby času pro ošetřování.

Zejména by se mělo znova posoudit, definovat a přehodnotit spektrum prováděných výkonů na konkrétních pracovištích a rozdělení do skupin péče (základní, speciální, přímá, nepřímá) a stanovit k nim časové dotace. Z nich nově stanovit počet sester a ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků (praktické sestry, ošetřovatelky, sanitářky) včetně jejich rozložení do směn. Podle poměru těchto výkonů nově stanovit poměr kvalifikovaného (všeobecné sestry a sestry se specializací) a ostatního ošetřovatelského personálu. Stanovení tohoto poměru je klíčové, protože od něho se odvíjí skutečná potřeba kvalifikovaných sester.

Metodika výpočtu odpadlého nevyužitého času (RPF – reálný pracovní fond) by zůstala stejná. Správné určení počtu potřebného personálu by muselo zohlednit proměnlivost personálu před 20 lety a nyní (stárnutí pracovníků a s tím spojená vyšší nemocnost, Sick days, dodatková dovolená apod.)

● Uplatňování manažerských principů řízení od vrcholového managementu až po řízení oddělení, zejména princip „jednoho vedoucího“. V praxi zdravotnických zařízení historickým vývojem došlo k dvojkolejnosti vedení oddělení, kdy lékař - primář má v kompetenci veškerou organizaci práce na oddělení a nese za ní plnou odpovědnost zohledněnou platovou motivací pro plnění ekonomických ukazatelů oddělení. Druhým vedoucím pracovníkem je vrchní sestra, která je většinou organizačně podřízena primáři a zároveň „metodicky“ hlavní sestře (náměstkyni pro ošetřovatelskou péči / náměstkyni pro nelékařské zdravotnické pracovníky). Toto organizační schéma může být problémem například při jednání o počtu potřebného ošetřovatelského personálu. Socialistický systém řízení a plánování se ve zdravotnictví po revoluci 1989 více či méně začal rozvolňovat, někde jen teoreticky, někde i prakticky a to zejména ve fakultních nemocnicích, kde se hlavní sestry staly náměstkyněmi ředitelů a začaly o organizaci ošetřovatelství rozhodovat na pozici vrcholového vedení. Se vznikem soukromých zdravotnických zařízeních typu akciových společností se přešlo na jejich modifikované organizační systémy a o počtech personálu rozhodují manažéři většinou z hlediska finanční zátěže pro zdravotnické zařízení. V této souvislosti nabývají velké důležitosti vyhlášky o minimálním počtu zdravotnických pracovníků a o hrazení poskytnuté zdravotní péče.

● V oblasti legislativy jsou nutné novelizace vyhlášky č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Jednak používají nevhodná označení nelékařských zdravotnických pracovníků nekompatibilní se současnou platnou legislativou. Toto je, jak jsme se v této práci přesvědčili, velkým problémem pro přiřazení odpovídajícího ošetřovatelského povolání. A druhým hlavním důvodem novelizace je úprava počtu potřebného ošetřovatelského personálu vzhledem k vývoji léčebných a diagnostických postupů a možnostem ošetřovatelské péče při hospitalizaci. Vyhláška č. 472/2009 Sb. se v současnosti stává brzdou pro rozvoj nové struktury poskytovatelů ošetřovatelské péče, protože v ní nejsou dostatečně zohledněny výkony a platby pro soukromé poskytovatele domácí a dlouhodobé ošetřovatelské péče. O tento segment péče by ze stran sester byl velký zájem a byl by pro ně velkou motivací k samostatnému výkonu povolání.

● Legislativní změny v oblasti vysokoškolského vzdělávání sester spočívající v zaměření navazujícího magisterského studia na specializační obory, např. geriatrie, hospicová, domácí a dlouhodobá péče, které by po úpravě legislativy umožnily sestrám samostatně pracovat v terénních službách a v budoucnosti by se měly stát pracovní doménou sester.

● S předcházejícím bodem souvisí přehodnocení profesních kompetencí všeobecných sester a sester se specializací stanovených ve vyhlášce č. 55/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků. Tato vyhláška dlouhodobě odolává pokusům o novelizaci, měla by odstupňovat samostatnost a zohlednit činnosti vysokoškolsky vzdělaných sester. Následně by muselo být upraveno zařazení a platové ohodnocení těchto sester, což by odstranilo dosud prosazovaný rovnostářský přístup zdravotnických zařízení k zařazování sester do platových tarifů. Toto je mnoha sestrami s magisterským vzděláním vnímáno jako demotivující a také jako důvod k odchodům mimo obor.

● Změnit přístup lékařů k vysokoškolsky vzdělaným sestrám, zvýšit jejich důvěru a ochotu předávat výkony dosud definované jako lékařské do kompetencí sester na základě legislativních změn vyhlášek o činnostech lékařů a nelékařů. Tato úprava by sestrám umožnila využít svůj odborný potenciál a pracovat ve specializovaných činnostech samostatně.

● Neúměrný nárůst administrativy po mnoha kritikách z terénu vedl ČAS a MZČR v roce 2018 k novele vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Podle našeho názoru, je větší administrativní zátěž ve zdravotnictví spojená s plněním akreditačních standardů, např. podle SAK. Získání certifikátu o akreditaci je dočasné, musí se opakovat a je pro zdravotnická zařízení nejen značnou finanční zátěží, ale zejména je zdrojem nadměrné administrativy, která je většinou přenesená na sestry. To sestry značně zatěžuje a odvádí od práce u pacienta. Tuto administrativní práci by měli převzít jiní, na standardizaci zaměření pracovníci. Rozsah a vytvoření vlastní zdravotnické administrativy pacientů je v kompetenci jednotlivých zdravotnických zařízení a je v jejich gesci, jakou formu a rozsah při její tvorbě použijí.

● Pokud pokračovat v medializaci ošetřovatelských povolání, tak nejen z atraktivních oborů, ale i z běžné praxe v různých oborech péče.

● Podle našeho názoru by významně oživila zájem o studium a výkon povolání všeobecné sestry změna organizace práce s posílením počtu „pomocného“ ošetřovatelského personálu. To však musí být umožněno legislativními změnami, o kterých se hovoří už od prvních krizových let počínaje rokem 2009. Definování odborných činností podle úrovně pregraduálního a postgraduálního vzdělání by nutně muselo být zohledněno v seznamu výkonů hrazených zdravotními pojišťovnami. Ze zkušeností víme, že procesy úhrad hrazené péče jsou legislativně velmi zdlouhavé a pro uvedení nových výkonů do seznamu výkonů hrazených pojišťovnami by musela být politická vůle, široká shoda plátců, poskytovatelů a odborných společností. V procesu prosazení těchto změn by MZČR muselo být velmi aktivním mediátorem celého legislativního procesu.

Naše doporučení zde uvádíme s plným uvědoměním si toho, že každá změna je spojena s finančním navýšením na provoz a poskytované služby. V současné době vládního příslibu navýšení peněžních toků do sektoru zdravotnictví by bylo vhodné a žádoucí na MZČR začít na těchto změnách pracovat. Podle našeho odhadu by zavedení výše uvedených změn mělo dvojí efekt. Jednak by vedlo k účelnějšímu využití sester v odborné péči a jejich osvobození od základní a nepřímé ošetřovatelské péče, která je v kompetenci ostatního ošetřovatelského personálu. A za druhé - úpravami kompetencí a změnami v organizaci ošetřovatelské péče by mohlo dojít k uvolnění a k přesunu sester na „neobsazená“ pracovní místa a tím k vyřešení „nedostatku“ sester.

V Závěr

Tato práce měla přinést odpověď na otázku, jestli je nebo není dostatek sester v lůžkových zdravotnických zařízeních, jestli je nedostatek sester skutečně takový, jak ho někteří autoři mediálně a v odborných kruzích prezentují. Odpověď jsme hledali zejména ve statistických datech, i když jejich dohledávání a zpracování bylo náročné.

Zpracováním této práce a porovnáním těchto nových statistických skutečností jsme došli k přesvědčení, že podle trendu vývoje počtu lůžek a počtu nelékařských zdravotnických pracovníků nelze hovořit o nedostatku pracovníků v ošetřovatelství. V historických srovnáních jsou v poslední době jejich počty nejvyšší. Počet absolventů ošetřovatelských povolání (sester, zdravotnických asistentů, praktických sester, ošetřovatelek a sanitářů) je v průběhu času přibližně stejný, spíše s lehkým nárůstem, oproti tomu ubývají počty lůžek ve zdravotnických zařízeních. V posledních několika letech je počet absolventů pro potřeby lůžkové péče v podstatě dostatečný, ale problém jejich nedostatku je dán tím, že nenastupují do praxe.

Domníváme se, že nedostatek sester není plošný, už jsme naznačili, že se týká spíše pracovišť intenzivní péče. Problém spočívá v demografickém stárnutí celé společnosti včetně zdravotnických pracovníků bez přílivu mladé generace. Ošetřovatelské činnosti v intenzivní medicíně jsou nejen psychicky, ale hlavně fyzicky náročné, což většina starších sester už nemusí zvládat a hledá klidnější a méně zátěžové pracoviště. Dalším problémem pracovišť intenzivní péče je specializační vzdělávání sester. Mnohým zaměstnavatelům vznikají personální problémy s uvolňováním pracovníků, zvýšení nákladů a platby za praxi na akreditovaných pracovištích (délka studia 560 hodin)[1]. Paradoxně může docházet spíše ke zhoršení personální situace, protože chybějící pracovníky po dobu jejich nepřítomnosti je nutné nahradit zvýšeným úsilím ostatních a za cenu přesčasové práce.

Jak jsme si z historických pramenů doložili, po celou dobu existence moderního ošetřovatelství se zdravotnická praxe potýkala s nedostatkem vzdělaného

[1] Různí vzdělavatelé mají různé ceny za specializačního vzdělávání, například VFN Praha: cena specializačního vzdělávání a stáže na akreditovaných pracovištích může být až 40 000,- Kč bez ubytování, stravy a dopravy.

ošetřovatelského personálu. Příčiny lze hledat v systému zdravotnictví, v samotných pracovních podmínkách a v mohutném stavebním rozmachu nemocnic za socialismu.

Napříč historií se pokusy o načerpání a doplnění ošetřovatelského personálu vyskytují podobných scénářích, jaké jsme tady popisovali - zrychlení přísunu personálu zkrácením studia a platové úpravy. Jen málo fundovaných odborníků doporučovalo i jiné možnosti, které by situaci nedostatku ošetřovatelského personálu řešilo komplexně změnami v organizaci práce. Jejich návrhy na reorganizaci s účelnějším využitím kompetencí jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků a pracovního času byly opomíjeny. Už Pacovský hovoří o využití „pomocných sil" a metodika K. Pochylé také počítá s větším procentuálním zastoupením „pomocných pracovníků" a dává jí do souvislosti se zavedením ošetřovatelského procesu ve zdravotnictví. Tato změna systému organizace poskytované péče po roce 2004, legislativně zakotvená v Koncepci ošetřovatelství (Věstník MZČR, ročník 2004, částka 9) má vliv na větší potřebu ošetřovatelského personálu na rozdíl od plošně využívaného funkčního systému, který se do té doby uplatňoval. Důkazem toho je i tabulka číslo 10, která vznikla před zavedením ošetřovatelského procesu a na níž se dají dokumentovat rozdíly v počtu potřebného personálu navozené změnou organizace ošetřovatelské péče na skupinovou péči.

Zjistili jsme, že současná situace nespokojenosti sester s vlastním postavení v systému zdravotnictví je pouze opakováním historie, ovšem v jiných společenských ekonomických a demografických podmínkách. Není izolovaným jevem našeho současného zdravotnictví, ale nijak se nevymyká z celoevropského procesu dřívějšího, jak ho popisoval Pacovský (1956, s. 41 – 47).

Ve článku „Pracovní spokojenost jako predikátor setrvání sester na pracovišti – literární přehled" se Haroková a Gurková zabývají problémy v ošetřovatelství v širším mezinárodním srovnání. Článek byl zveřejněn v roce 2013 v recenzovaném časopisu „Ošetřovatelství a porodní asistence". Uvádějí, že „*sesterské profesní organizace identifikovaly nedostatek sester jako jeden z nejpalčivějších problémů ošetřovatelské profese*". Ve zprávě OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), která se zabývala deficitem sester (strukturálním a reálným) byly vyjmenovány ekonomický a populační růst, stárnutí populace, technický pokrok, vyšší

očekávání a nároky pacientů jako důvody, které by měly vést k požadavkům na zvýšení počtu sester. Nedostatek sester je mimo jiné indikátorem insuficietní péče (zvýšená mortalita pacientů, nozokomiální infekce, nehody a pracovní úrazy). Ukazuje se, že nedostatek ošetřujícího personálu je stále větším celosvětovým a evropským problémem (Haroková a Gurková 2013, s. 575).

S autorkami jsme ve shodě v tom, že na zvažování o setrvání nebo odchodu z pracoviště mají vliv individuální faktory zahrnující demografické charakteristiky (věk, pohlaví, rodinný stav, počet dětí, péče o starší rodiče), vliv má i konflikt rolí (práce, rodina). Starší sestry setrvávají v současné práci s větší pravděpodobností než jejich mladší kolegyně, počet let strávený v práci a zkušenosti pozitivně ovlivňují vztah k pracovišti. Na stabilizaci mají nejsilnější vliv interpersonální vztahy, jednání bezprostředních nadřízených, organizace práce na oddělení (počet personálu, služeb, přesčasů, podíl nekvalifikované práce nebo činnosti přesahující rámec kvalifikace). Důvody odchodu sester z pracoviště je nadměrná tělesná a psychická zátěž provázena pocity smutku a beznaděje, onemocnění pohybového aparátu, navíc větší města nabízející více pracovních příležitostí. Ve všech zemích je nespokojenost s platem v porovnání k platu jiných profesí a nízká úcta k profesi, to jsou také časté důvody odchodu z pracoviště nebo opuštění profese, v riziku jsou zejména osamělí rodiče (Haroková a Gurková 2013, s. 575).

Pro názorovou úplnost můžeme připojit dotazníkové šetření „Pracovní podmínky zdravotníků v ČR“ provedené prezidiem ČAS v září 2013. Zjišťovanými oblastmi bylo personální obsazení pracovišť, administrativa, komunikace a finanční ohodnocení práce. 81,8 % respondentů (sester) připustilo, že se v průběhu poskytování zdravotní péče dostává do situací, kdy pacientům nemohou poskytnout adekvátní péči. Jako hlavní problém uvedli nedostatečný počet zdravotníků na pracovišti, kdy jedna sestra se v průběhu směny nejčastěji stará o více než 24 pacientů a za těchto podmínek nemůže poskytovat individualizovanou ošetřovatelskou péči. Činnost sestry je často zúžena pouze na plnění ordinací lékaře a provedení potřebných záznamů. Na ostatní činnosti, např. edukace pacientů, uspokojování potřeb pacienta, prevence komplikací apod. jí nezbývá čas. Pokud je na pracovišti i nedostatek pomocného personálu, je zajištění kvalitní a bezpečné péče téměř nemožné (ČAS 2013).

Připomeneme si vysvětlení personální situace, které za MZČR podal náměstek Roman Prymula - byla dána přednost legislativním normám, které po přepočtech určují nižší a minimální počet personálu v porovnání s jinými výpočty potřebného ošetřovatelského personálu kvůli tomu, že stanovením vyššího počtu sester, by řada zařízení nemohla splnit podmínky a musely by se zavřít (Válek, Mauritzová 2019).

Slíbeným a realizovaným zvyšováním platů ve zdravotnictví, které už několik let po sobě probíhá, může v blízké budoucnosti dojít k situaci, že nemocnice budou měnit personální strategii k přijímání „levnějšího“ ošetřovatelského personálu. Už se jim nevyplatí přijímat sestru jako univerzálního pracovníka, protože se konečně stane drahou pracovní silou a bude výhodnější přibírat k sestrám „pomocné“ síly, což by byl správný trend, který by umožnil sestrám plně uplatnit své odborné nebo specializované kompetence a byl by v souladu s metodikou výpočtu ošetřovatelského personálu podle doporučené metodiky ČAS.

Závěrem můžeme dodat vizi budoucího ošetřovatelství E. Gjerberga: „*Lze předpokládat, že se zvyšujícím se vzdělání sester se bude společenské postavení ošetřovatelství a lékařství sbližovat. Do určité míry je to tím, že lékařství ztratilo část své moci, autority a výsadního postavení. Ve všech západních zemích váženost lékařů poklesla, pochopitelně se na tomto relativním poklesu podílela skutečnost, že sestry posílily své postavení v systému zdravotní péče. Opakující se nedostatek sester soustředil všeobecnou pozornost k jejich důležitosti pro poskytování péče a k závažnosti ošetřovatelství*“ (Gjerberg a Kjolsrod 2001, s. 27).

Tuto práci jsme pojali jako široký a hloubkový rozbor situace ošetřovatelského povolání na národní úrovni v současné době, které předcházel určitý historický vývoj a pod vlivem současných opatření ho čeká zatím blíže neurčitá budoucnost. Je žádoucí, aby současné vstupy ovlivnily vývoj ošetřovatelství pozitivním směrem, aby se povolání sestry stalo žádaným a společností dobře vnímaným povoláním a atraktivním pro nové zájemce.

V porovnání s ostatními absolventskými pracemi zaměřenými na problematiku výkonu povolání sestry, které zde ani nevyjmenováváme, protože jich je v internetových zdrojích velké množství a většinou jen úzce zaměřené a mnohdy zpracované bez hlubších analýz problematiky (např. na téma pracovní spokojenosti,

nedostautk personálu, organizace a řízení ošetřovatelské péče apod.), můžeme tuto práci náročností zpracováním bez nadsázky označit jako novátorskou, která svojí komplexností a konzistentností obsahu nemá obdoby ani v současné odborné ošetřovatelské literatuře.

Veškerou složitost a náročnost vloženou do této práce můžeme závěrem odlehčit citátem Fridricha Nietzscheho: „Neexistují žádná fakta, pouze interpretace“ (Olšovský 2011, s. 100).

Seznam použité literatury

Anon. O návštěvném ošetřovatelství. *Zprávy Československého Červeného kříže*, Praha: ČČK, 1923, **3** (8), s. 83.

ARMSTRONG, Michael. 2005. *Řízení lidských zdrojů*. 8. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0469-2.

BASTLOVÁ, Marie. *Situace ve zdravotnictví se zhoršuje. Oddělení se zavírají, protože nejsou lidé, říká Žitníková.* [online]. Radiožurnál Praha. 14.9.2018 [cit. 15.4.2020]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/dagmar-zitnikova-lekari-odbory_1809142144_pla

BÉBR, Richard. 1929. *Ošetřovatelský personál*. Praha: Československé akc. tiskárny.

BÖHMOVÁ, Olga. *Nemocnicím chybí už tři tisíce sester: ani zkracování délky studia sestřičky nepřilákalo, tvrdí ČAS*. [online]. Zdravotnický deník. 31.7.2018 [cit. 6.5.2020]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/07/nemocnicim-chybi-uz-tri-tisice-sester-zkracovani-delky-studia-sestricky-neprilakalo-tvrdi-cas/

BÖHMOVÁ, Olga. *Proč také chybí sestry? Ty mladé prý chtějí pracovat málo a být v půl druhé doma jako jejich vrstevníci.* [online]. Zdravotnický deník. 27.2.2019 [cit. 6.5.2020]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/02/proc-take-chybi-sestry-mlade-pry-chteji-pracovat-malo-byt-pul-druhe-doma-jako-vrstevnici/

CROWELL, Elisabeth. Americká ošetřovatelka o našich poměrech. *Zprávy Československého Červeného kříže*, Praha: ČČK, 1923, **3** (1), s. 14 - 15.

ČAS. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na standardních ošetřovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetřovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště*. [online]. Publikace ČAS. 2008 [cit. 27.4.2020]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/vypocet_personalu_brozura.pdf

ČAS. *Dotazníkové šetření ČAS: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR, výsledky*. [online]. 9.2013 [cit. 27.4.2020]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf

ČAS. *Všeobecná sestra musí být expert - navrhovaná novela jde proti trendům vyspělých zdravotnických systémů*. [online]. Tisková zpráva. 23.3.2015 [cit. 27.4.2020]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/tiskova_zprava_2016_1.pdf

ČAS. *České zdravotnictví zaznamenává největší nedostatek sester za posledních deset let*. [online]. Tisková zpráva. 4.1.2017 [cit. 27.4.2020]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2017_01.pdf

ČAS. *Větší kompetence nelékařů? Česká asociace sester představila Ministerstvu zdravotnictví ČR svůj návrh.* [online]. Tisková zpráva. 28.8.2018 [cit. 15.4.2020]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/20180828_tz_cas_rozsirene-kompetence-sester.pdf

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. 2008. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na standardních ošetřovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetřovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště.* 1.vyd. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-550-5

ČSÚ. *Statistické ročenky*. [online]. [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/rocenky_souhrn

ČTK. *Babiš se neshodl se zdravotníky na dalším posílení výdajů na péči* [online]. 8.10.2019 [cit. 15.4.2020]. Dostupné z: https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/babis-se-neshodl-se-zdravotniky-na-dalsim-posileni-vydaju-na-peci/1806674

ČTK. *Změny v platových tarifech ve státní správě.* [online]. 8.12.2010. [cit. 15.4.2020]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/zmeny-v-platovych-tarifech-ve-statni-sprave-78878/

Dekret prezidenta republiky č. 74/1945 Sb., o reaktivaci a opětném ustanovení provdaných žen ve veřejné službě. Sbírka zákonů ČR.

DVOŘÁK, Jan. 1905. Poměry *všeobecných veřejných nemocnic venkovských v Království českém.* Praha: Nakladatelství J. Otty.

FROMM, Erich. 1994. *Umění být*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, ISBN 80-206-0225-9.

GJERBERG, E.; KJOLSROD, L. Vztah mezi lékařem a sestrou: Je lehké být lékařkou, která spolupracuje se sestrou? *Ošetřovatelství.* Hradec Králové: Univerzita Karlova, 2001, **3** (1 - 2), s. 27 - 31. ISSN 1212-723X.

HAROKOVÁ, Silvie, GURKOVÁ, Elena. Pracovní spokojenost jako predikátor setrvání sester na pracovišti - literární přehled. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013, **4** (2), s. 575 - 576. ISSN 1804-2740.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. McDonaldizace jako společenský fenomén. *Praktický lékař*, Praha: MeDitorial, 2000, **75** (3), s. 155-156. ISSN 0032-6739.

HEKELOVÁ, Zuzana. 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4032-4.

JAROŠOVÁ, Darja. 2006. *Základy managementu v ošetřovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, distanční texty.

JIRÁSEK, Arnold. Naše ošetřovatelství. *Zdravotnická revue - věstník ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy*, Praha: 1938, **20** (2), s. 21, 32.

KEKULOVÁ, Václava. *Kongregace Milosrdných sester Sv. Karla Boromejského v období komunistické totality v Československu*. [online]. Praha, 2010. Bakalářská práce. Katolická teologická fakulta v Praze. Vedoucí práce Marek Matějek. [cit. 23.4.2020]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/27890/BPTX_0_0_11260_KBAK000_50366_0_75783.pdf?sequence=1&isAllowed=y

KILÍKOVÁ, Mária a JAKUŠOVÁ, Viera. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-290-8.

KOLÁŘOVÁ, Zdena, DRAHOŠ, Denis. *Vyšetření v tunelu? I za čtyři měsíce*. [online]. Deník.cz. 6.8.2016 [cit. 15.4.2020]. Dostupné z: https://www.denik.cz/z_domova/vysetreni-v-tunelu-i-za-ctyri-mesice-20160805.html

KOUBEK, Josef. 1997. Řízení lidských zdrojů. Základy moderní personalistiky. 2. vyd. Praha: Management Press, ISBN 80-85943-51-4.

KRATKOVÁ, Edita. Jaké zlepšení přinese žákyním čtyřleté studium. *Zdravotnická pracovnice*, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956, **6** (9), s. 582, 588.

LENDEROVÁ, Milena. 2016. *K hříchu i k modlitbě: Žena devatenáctého století*. 2. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-3540-8.

MATOUŠOVÁ, Marie. Uzákonění osmihodinové pracovní doby v ošetřovatelství. *Zdravotnická pracovnice*, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1951, **1** (1), s. 59 - 64.

MARTINOVIČOVÁ, Dana, KONEČNÝ, Miloš a VAVŘINA, Jan. 2019. *Úvod do podnikové ekonomiky*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-2034-5.

MARX, David a VLČEK, František. 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: TIGIS, ISBN 978-80-87323-04-05.

Metodické opatření č. 9 Ministerstva zdravotnictví České republiky. Koncepce ošetřovatelství. 2004. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2004, částka 9.

MERHAUTOVÁ, Iva. Máme dostatek zdravotnických pracovníků? *Sestra*, Praha: Strategie, 2007, **17** (12), s. 13. ISSN 1210-0404.

MIKŠOVÁ, Zdeňka,, ŠAMAJ, Martin, MACHÁLKOVÁ, Lenka, IVANOVÁ, Kateřina. Naplňování kompetencí členů ošetřovatelského týmu. *Kontakt.* České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2014, **16** (2), s. 130 - 142. ISSN 1212-4117

MORKES, František. *Proměny povinné školní docházky*. [online]. Učitelské noviny č. 33/2010 [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=5492

MURRAY-GROHAR, Mary Ellen, DICROCE, Helen. 2003. *Zásady vedení v oblasti ošetřovatelské péče.* Praha: Grada Publishing, ISBN 80-2470-267-3.

Národní shromáždění československé. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Digitální repozitář. 21. října 1921. [cit. 16.5.2020]. Dostupné z: https://www.psp.cz/eknih/1920ns/ps/stenprot/089schuz/s089004.htm

Národní shromáždění československé. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Digitální repozitář. 5. března 1925. [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: https://www.psp.cz/eknih/1920ns/ps/stenprot/324schuz/s324002.htm

Národní shromáždění republiky Československé. Senát. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Digitální repozitář. 4.6.1930. [cit. 16.5.2020]. Dostupné z: https://www.psp.cz/eknih/1929ns/se/stenprot/043schuz/s043001.htm

Národní shromáždění republiky Československé. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Digitální repozitář. 21.12.1950. [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: https://www.psp.cz/eknih/1948ns/stenprot/051schuz/s051001.htm

Národní shromáždění československé. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Digitální repozitář. 7.6.1905. [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: http://www.psp.cz/eknih/1901skc/2/stenprot/012schuz/s012002.htm

Národní shromáždění československé. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Digitální repozitář. 7.11.1919. [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: http://www.psp.cz/eknih/1918ns/ps/stenprot/089schuz/s089001.htm

Nařízení ministerstva vnitra ze dne 25.6.1914 č. 139 ř.z. o ošetřování nemocných z povolání provozovaném. ASPI.

Nařízení ministra zdravotnictví č. 237/1949 Sb., o evidenci a povinném hlášení zdravotnických pracovníků. Sbírka zákonů ČR.

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí ve znění pozdějších předpisů. Sbírka zákonů ČR.

Oběžník c.k. místodržitelství pro kál. České ze dne 21.3. 1913, čís. 22A737 o ošetřování nemocných. Sbírka zdravotních zákonův a nařízení, svazek VII, Praha: Spolek českých lékařů, 1914.

Oběžník ministerstva zdravotnictví č. Ká 2-661/16146/52 Sb., oběž. pro KNV, č. poř. 450/52., o rozmisťování zdravotnických pracovníků. ASPI.

OLŠOVSKÝ, Jiří. 2011. *Slovník filozofických pojmů současnosti*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3613-6.

OPLATKOVÁ, Květa. *Sestrou téměř století*. [online]. Florence č. 10/2006 [cit. 25.5.2020]. Dostupné z: https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/10/sestrou-temer-stoleti/

PACOVSKÝ,Vladimír. 1965. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelské péče*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. 2012. *Management v ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-387-0.

POCHYLÁ, Karla a POCHYLÝ, Otakar. 1999. *Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, ISBN 80-7013-290-6.

PROCHÁZKA, Adolf. Úvodník ministra zdravotnictví. *Zdravotnická revue - věstník ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy*, Praha: 1946, **21** (11), s. 198.

Přímá instrukce ministerstva zdravotnictví reg. č. 23/P-1956. Závodní školy práce ve zdravotnických zařízeních. Věstník ministerstva zdravotnictví, ročník VI, 1956.

Přímá instrukce ministerstva zdravotnictví reg. č. 149/P-1956. Rozšíření večerního studia na zdravotnických školách pro další pracovníky. Věstník ministerstva zdravotnictví, ročník VI, 1956.

Přímá instrukce ministerstva zdravotnictví reg. č. 162/P-1956. Zkrácení týdenní pracovní doby. Věstník ministerstva zdravotnictví, ročník VI, 1956. ASPI.

Přímá instrukce ministerstva zdravotnictví reg. č. 139/P-1956. Umisťování mládeže končící povinnou školní docházku ve zdravotnických zařízeních spravovaných národními výbory. Věstník ministerstva zdravotnictví, ročník VI, 1956.

RÁKOSNÍK, Jakub, TOMEŠ, Igor a kol. 2012. *Sociální stát v Československu*. Praha: Auditorium, ISBN 978-80-87284-30-8.

ROUBKOVÁ, Janetta. *Nemocnicím chybí přes tisíc sester a stovky lékařů*. [online]. Český rozhlas. 21.2.2020 [cit. 27.4.2020]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/nemocnice-kde-chybi-sestry-lekari_2002210600_pek

ROZSYPALOVÁ, Marie a kol. 2006. *Sestry vzpomínají*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1503-1.

STAŇKOVÁ, Marta. *Československé ošetřovatelství. Suplementum Zdravotnické pracovnice*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1981, **12** (1), s. 7.

STAŇKOVÁ, Marta. 1996. *Základy teorie ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-243-5

SCHOLZOVÁ, Andrea a FESTOVÁ, Sylva. Rozhodování a rozhodovací procesy v ošetřovatelství. *Ošetrovateľstvo*. Martin, Ústav ošetrovateľstva JLF UK, 2015, **5** (1), s. 28. ISSN 1338-6263.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7.9.2005 o uznávání odborných kvalifikací v aktuálním znění. [online]. Úřední věstník Evropské unie. [cit. 27.4.2020]. Dostupné z: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/cs/TXT/?uri=CELEX:32005L0036

Sněmovní tisk 206. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. 22. 4. 2011. [cit. 15.5.2020]. Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=6&T=206

Sněmovní tisk 841. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. 13.5.2009. [cit. 15.5.2020]. Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&t=841

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, ISBN 80-7172-841-1.

ŠTICHA, Zdeněk. Úkoly Československého zdravotnictví. *Věstník ministerstva zdravotnictví.* Praha*:* Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy*,* 1956, **6** (13), s. 135 -137.

Ústavodárné NS RČS. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Digitální repozitář. 14.5.1947. [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: http://www.psp.cz/eknih/1946uns/stenprot/053schuz/s053007.htm

Ústavodárné NS RČS. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. Digitální repozitář. 20.12.1946 . [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: https://www.psp.cz/eknih/1946uns/stenprot/032schuz/s032014.htm

ÚZIS. *Statistické výstupy*. [online]. [cit. 14.5.2020]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy

VÁLEK, Vlastimil, MAURITZOVÁ, Ilona. *Vzdělávání nelékařů*. [online]. Seminář ke vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v Poslanecké sněmovně ČR. 19.2.2019 [cit. 23.5.2020]. Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?k=3206&td=19&cu=18

VFN. *Vzdělávací akce*. [online]. VFN Praha. [cit. 6.5.2020]. Dostupné z: https://www.vfn.cz/odbornici/vzdelavani/vzdelavaci-akce/specializacni-vzdelavani-v-oboru-intenzivni-pece/

VLASÁK, Erazím. 1902. *Krátké poučení pro ošetřovatelky nemocných (O ošetřovatelské službě nemocných v ústavech a v soukromí*). Praha: Bursík a Kohout.

VEISOVÁ, Věra a TÓTHOVÁ, Valérie. Vůdcovství v ošetřovatelství. *Kontakt,* České Budějovice, Jihočeská univerzita, 2010, **12** (4), s. 369 - 379. ISSN 1212-4117.

Vládní nařízení č. 22/1927 Sb. z.a n. o úpravě služebních a platových poměrů světských ošetřovatelů civilních státních léčebných a humanitních a ve všeobecné nemocnici v Praze. ASPI.

Vládní nařízení č. 28/1949 Sb., o zdravotních referátech krajských národních výborů. Sbírka zákonů ČR.

Vládní usnesení č.11216/přes. 1946. Mimořádné odměny zdravotního personálu. Věstník ministerstva zdravotnictví, ročník XXI, 1946. ASPI.

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

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sbírka zákonů ČR.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění pozdějších předpisů. Sbírka zákonů ČR.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Sbírka zákonů ČR.

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Sbírka zákonů ČR.

Vyhláška č. 121/1974 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení. Sbírka zákonů ČR.

Vyhláška č. 216/1952 Ú.l., kterou se vydává organisační a provozní řád ústavů národního zdraví.

Vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Sbírka zákonů ČR.

Výnos místodržitelství pro království České ze dne 23.12. 1910 č. 333126 týkající se seznamu ošetřovatelů nemocných z povolání. Sbírka zdravotních zákonův a nařízení, svazek III, Praha: Spolek českých lékařů, 1909.

Výnos ministerstva zdravotnictví č. VIII/1-9809/1946. Ubytování zdravotního personálu nemocničního. Zajištěním přiměřeného počtu bytových jednotek. Věstník ministerstva zdravotnictví, ročník XXII, 1947.

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). Sbírka zákonů ČR.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek č. 1 …….. s. 24
Systemizace služebních míst ošetřovatelů v zemských ústavech.

Obrázek č. 2 …….. s. 31
Rozpis služeb na 36ti lůžkovém oddělení Nemocnice v Kladně v roce 1950.

Tabulka č. 1 …….. s. 49
Počet zdravotnických pracovníků podle odborností ve zdravotnictví v letech 1949 - 1983.

Graf č. 1 …….. s. 49
Počet zdravotnických pracovníků podle odborností ve zdravotnictví v letech 1949 - 1983.

Tabulka č. 2 …….. s. 50
Počet zdravotnických škol, studujících a absolventů podle odborností v letech 1945 - 1983.

Graf. č. 2 …….. s. 50
Počet zdravotnických škol, studujících a absolventů podle odborností v letech 1945 - 1983.

Tabulka č. 3 …….. s. 51
Počet lůžkových zařízení a zdravotnických pracovníků v letech 1993 – 2018.

Graf. č. 3 …….. s. 51
Počet lůžkových zařízení a zdravotnických pracovníků v letech 1993 - 2018.

Tabulka č. 4 …….. s. 52
Počet zdravotnických pracovníků podle odborností v letech 1993 - 2018.

Graf. č. 4 …….. s. 52
Počet zdravotnických pracovníků podle odborností v letech 1993- 2018.

Tabulka č. 5 …….. s. 53
Počet studujících a absolventů oboru zdravotní sestra a ošetřovatelka v letech 1995 - 2004.

Graf. č. 5 …….. s. 53
Počet absolventů podle odborností v letech 1995 - 2009.

Tabulka č. 6 …….. s. 65
Přepočtené úvazky zdravotnických pracovníků na standardním oddělení.

Tabulka č. 7 …….. s. 66
Vzorec pro výpočet úvazků nelékařského zdravotnického personálu.

Tabulka č. 8 …….. s. 71
Výsledné hodnoty na základní ošetřovatelskou péči v jednotlivých kategoriích (minuty/pacient za 24 hod).

Tabulka č. 9 …….. s. 72
Hodnoty ošetřovatelské péče pacient / 24 hodin.

Tabulka č. 10 …….. s. 74
Personální úvazky s procentuálním vyjádřením na 30 lůžek se 100% obložností.

Graf č. 6 …….. s. 80
Míra zajištění činností sestrou u ošetřovatelských činností, kterou jsou pouze v kompetenci všeobecné sestry (údaje v %).

Graf č. 7 …….. s. 80
Míra zajištění činností sestrou u ošetřovatelských činností, kterou nejsou v kompetenci všeobecné sestry (údaje v %).

Seznam příloh

Příloha č. 1: **…….. s. XI**
Projekt diplomové práce.

Příloha č. 2: **…….. s. XIII**
Porovnání vzdělávacích programů všeobecná sestra a zdravotnický asistent – denní forma studia.

Příloha č. 3: **…….. s. XIX**
Hodinová dotace učebního plánu akreditovaného kvalifikačního kurzu
ZA s denní formou studia ZA.

Příloha č. 4: **…….. s. XX**
Kritéria hodnocení závislosti pacientů - kategorizace pacientů podle soběstačnosti.

Příloha č. 5: **…….. s.XXI**
Obyvatelstvo podle věkových skupin a pohlaví v letech 1950 - 2018.

Příloha č. 6: **…….. s. XXII**
Počet škol středních, vyšších odborných a vysokých v letech 1996 - 2017.

Příloha č. 1

Fakulta humanitních studií
Univerzita Karlova
U Kříže 8, 158 00 Praha 5
Katedra řízení a supervize v soc. a zdrav. org.

Magisterský studijní program
„Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích“.

Projekt diplomové práce

Bc. Veronika Rybářová

osobní číslo: 43421337

imatrikulační ročník 2018/2019

v Praze dne 27.12.2019

1) Název připravované diplomové práce

Název, který by vystihoval téma, kterému se chci ve své práci věnovat zní: „**Nedostatek všeobecných sester v lůžkové péči – skutečnost nebo mýtus**“.

Nedostatek všeobecných sester v lůžkové péči jak státních, tak v soukromých zdravotnických zařízeních je delší dobu zmiňován ve sdělovacích prostředcích, v odborných s vládních kruzích a je silným tématem odborových organizací ve zdravotnictví a sociální péči.[1] Trochu provokativní dovětek „…skutečnost nebo mýtus“ plně vystihuje zaměření mé práce – prostřednictvím manažerských metod posoudit, zda-li je diskutovaný nedostatek všeobecných sester v lůžkových zdravotnických zařízeních

[1] https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/babis-se-neshodl-se-zdravotniky-na-dalsim-posileni-vydaju-na-peci/1806674

dán nedostatečným počtem všeobecných sester, nebo je jejich pracovní přetížení důsledkem nedostatečného počtu ostatního ošetřovatelského personálu?

2) Formulace a vstupní diskuse problému

O nedostatku všeobecných sester v českých nemocnicích se hovoří již několik let, v současné době je situace umocněna pozvolným a neustálým odchodem všeobecných sester z lůžkové péče mimo obor. Hovoří se až o krizové situaci.[1] Proč tato situace nastala a co je její příčinou? Je řešitelná a jakými prostředky?[2] Přestože je to problém trvající několik let, v odborné ošetřovatelské literatuře dosud zpracované není. Vyskytuje se ve sdělovacích prostředcích, novinových zprávách, v absolventských pracích[3], ve článcích odborných časopisů, na internetových serverech a na sociálních sítích.

2.1 Formulace problému

Ve zdravotnictví pracuji od roku 1999. První informace o potencionální hrozbě nedostatku sester se objevily už v roce 2008, kdy ze středních zdravotnických škol vyšli první absolventi oboru zdravotnický asistent a v praxi zdravotnických zařízení se zjistilo, že nemají stejné odborné kompetence jako všeobecná sestra. Problém začalo řešit ministerstvo zdravotnictví na legislativní úrovni novelizacemi zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických pracovnících a současně vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. (Sbírka zákonů ČR)

Hlavní výzkumná otázka zní:

- Je v lůžkových zařízeních poskytujících léčebnou péči nedostatek všeobecných sester skutečný, nebo je nedostatek všeobecných sester relativní a je důsledkem absence nižšího zdravotnického personálu?

Dílčí výzkumné otázky zní:

---

[1] https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/dagmar-zitnikova-lekari-odbory_1809142144_pla
[2] https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/20180828_tz_cas_rozsirene-kompetence-sester.pdf
[3] např. „Povolání sestra – kritický nedostatek, jeho důvody a důsledky pro české nemocnice.“ [online]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/110372

- Znají vrchní a staniční sestry manažerské metody výpočtu potřebného ošetřovatelského personálu a umí je aplikovat do praxe?
- Umí sestry manažerky v situaci nedostatku všeobecných sester rozdělit činnosti podle kompetencí jednotlivým kategoriím ošetřovatelského personálu?
- Jsou všeobecné sestry využívány vedoucími pracovníky i k činnostem, které by měl v ošetřovatelské péči provádět nižší ošetřovatelský personál?

2.2 Popis výchozí situace

Ve své práci se chci věnovat konkrétní úzce vymezené oblasti managementu a tou je plánování a stanovení potřebného počtu zdravotnických pracovníků poskytujících ošetřovatelskou péči v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Práce je v souladu se zaměřením mého studia. Plánovaní a stanovení potřebného počtu ošetřovatelského personálu a rozdělení činností podle jejich kompetencí na lůžkových odděleních je jednou z důležitých manažerských činností ve zdravotnických zařízeních a měla by se řídit specifickými metodami plánování rozdílnými od plánování v ostatních průmyslových či výrobních odvětvích. (Koubek, J. 2015).

Počty zdravotnických pracovníků jsou regulovány na dvou úrovních. Na národní úrovni platnou legislativou (Sbírka zákonů)[1] a na lokální úrovni normativy pracovníků v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Stanovené normativy se mohou v jednotlivých zdravotnických zařízeních různit s ohledem např. na zvyklosti a historický[2], status a finanční situaci daného zařízení, v přístupu vrcholového managementu k pracovníkům. Z uvedeného vyplývá, že situace ohledně stanovení odpovídajícího počtu ošetřovatelského personálu není tak jednoduchá a jednoznačná, jak by se na první pohled zdálo a vyžaduje hlubší analýzu v širších souvislostech. Po prostudování zdrojů, které uvádím v seznamu literatury se domnívám, že manažerská problematika stanovování počtu ošetřovatelského personálu publikačně zpracovaná dosud nebyla a to by mělo být také cílem teoretické části mé diplomové práce.

2.3 Cíl diplomové práce

Mým cílem bude odpovědět na stanovené výzkumné otázky. V teoretické části uvedu souhrnný přehled manažerských metod stanovování počtu ošetřovatelského

[1] vyhláška č. 99/2012 Sb., vyhláška č. 472/2009 Sb.
[2] vyhláška č. 121/1974 Sb.; vyhláška č. 216/1952 Ú.l.

personálu na lůžkových odděleních a provedu jejich analýzu. Publikačně u nás vyšla jen jedna[1], další vyšly v odborném tisku[2,3]. Zároveň provedu analýzu vnějších událostí a skutečností vedoucích k současné personální situaci v českých nemocnicích v širších souvislostech. Diplomovou práci doplním informacemi zjištěnými v dotazníkovém šetření, doplním o osobní sdělení vedoucích sester, provedu vyhodnocení a připojím diskuzi. Cílem bude v závěru práce ukázat nové souvislosti v hodnocení personální situace na lůžkových pracovištích.

3. Teoreticko-metodologický přístup

Diplomová práce bude mít část teoretickou a praktickou.

3.1 Teoretická část

V teoretické části bude krátký historický průřez, který se zaměří na příčiny, souvislosti a události vedoucí k současnému personálnímu stavu ve zdravotnictví.

Zaměřím se na analýzu vývoje managementu ve zdravotnictví a zejména na jednu z mnoha manažerských činností - stanovení potřebného počtu pracovníků. Provedu porovnání obecných manažerských metod pro stanovení počtu pracovníků (např. Koubek, 2015; Armstrong, 2012) s metodikami výpočtu potřebného ošetřovatelského personálu. (POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. 1999). Krátce se zmíním o vývoji metod určování počtu ošetřovatelského personálu ve zdravotnictví[4] a jestli, eventuálně jaký mají dopad na současné počty zdravotnických pracovníků. V této souvislosti bude potřeba zvážit i vývoj léčebných postupů a techniky, které v současnosti ovlivňují složení, vzdělání a počet personálu v nemocnici.[5]

Regulace a počet zdravotnických pracovníků neprobíhá jen na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízeních, ale i na národní úrovni. Velký vliv na počet zdravotnického personálu mělo v roce 2004 schválení zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách výkonu nelékařských zdravotnických povolání a implementace evropské legislativy pro vzdělávání všeobecných sester (směrnice EP 2005/36/ES).

---

[1] POCHYLÁ, K.. POCHYLÝ, O. 1999. Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu. Brno: IPDZPZ. ISBN 80-7013-290-6.
[2] MÜLLEROVÁ, N., BÍLEK, M., VOLFÍKOVÁ, M. Studie k plánování optimálního počtu ošetřovatelského personálu. ZdN, 11.10.1996.
[3] Dotazníkové šetření České asociace sester: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR výsledky. září 2013
[4] Vyhláška č. 99/2012 Sb., Vyhláška č. 472/2009 Sb.; Vyhláška č. 121/1974 Sb.; Vyhláška č. 216/1952 Ú.l.
[5] Například: https://www.denik.cz/z_domova/vysetreni-v-tunelu-i-za-ctyri-mesice-20160805.html

Veškerý popis v teoretické části vede k otázce, jaká je tedy personální situace na pracovištích lůžkových oddělení, jestli je personální poddimenzovanost opravdu taková, jak se oficiálně uvádí?

3.2 Praktická část

Cílem bude odpovědět na položené výzkumné otázky prostřednictvím anonymního dotazníku vlastní konstrukce, který bude v listinné podobě předán a vyplněn sestrami zařazenými do funkcí staničních a vrchních sester. Po zpracování dotazníku by mělo být zřejmé, zda-li sestry manažerky znají metody výpočtu personálu pro stanovení adekvátního počtu pracovníků, jaké metody používají v praxi a zda-li umí organizovat práci jednotlivých kategorií ošetřovatelského personálu podle jejich kompetencí[1],[2],[3] tak, aby nedocházelo k odchodům všeobecných sester z nemocnice z důvodu jejich přetížení, malého ohodnocení nebo nedostatečné prestiže povolání.

3.3 Respondenti

Respondenty budou sestry lůžkových odděleních v nemocnicích v Ústeckém kraji, které zastávají funkční místo staničních nebo vrchních sester.

3.4 Zpracování a analýza získaných dat

Respondenty budou sestry manažerky lůžkových odděleních v nemocnicích v Ústeckém kraji, které zastávají funkční místo staničních nebo vrchních sester, tedy osoby, které dobře znají provoz a potřeby vlastních pracovišť.

4. Časový harmonogram

- Leden 2020 – studium literatury k danému tématu, počátek práce na teoretické části. Vytvoření dotazníku, jeho distribuce a sběr ve zdravotnických zařízeních.
- Únor 2020 – psaní teoretické části, studium literatury, zpracováními výsledků dotazníkového šetření.
- Březen 2020 – psaní DP.
- Duben 2020 – psaní a konsultace DP.

---

[1] Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
[2] MARX, D. a F. VLČEK, 2013. Akreditační standardy pro nemocnice. Praha: TIGIS. ISBN 978-80-87323-04-05
[3] *Větší kompetence nelékařů? Česká asociace sester představila Ministerstvu zdravotnictví ČR svůj návrh* [online]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/20180828_tz_cas_rozsirene-kompetence-sester.pdf

- Květen 2020 – úpravy DP dle konsultací DP,
- Červen 2020 – dokončení DP, vložení do SIS a tisk DP.

5. Předběžný biografický seznam pro vypracování projektu

Knižní zdroje

ARMSTRONG, M. 2012. Řízení lidských zdrojů. vyd. 10. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-1407-3.

JAROŠOVÁ, D. 2006. Základy managementu v ošetřovatelství. Ostrava

KILÍKOVÁ, M. 2008. Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve. Osveta Martin 2008 ISBN 978-80-8063-290-8.

KOUBEK, J. 2015. Řízení lidských zdrojů, Základy moderní personalistiky. 5. rozš. a dopl. vyd., Management Press, ISBN 978-80-7261-288-8.

MARX, D. a F. VLČEK, 2013. Akreditační standardy pro nemocnice. Praha: TIGIS. ISBN 978-80-87323-04-05.

POCHYLÁ, K.. POCHYLÝ, O. 1999. Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu. Brno: IPDZPZ. ISBN 80-7013-290-6.

ŠKRLA, P. ŠKRLOVÁ, M. 2003. Kreativní ošetřovatelský management. Praha: Advent-Orion, 485 s. ISBN 80-7172-841-1.

VÉVODA, Jiří a kol. 2013. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3

Časopisy

HAROKOVÁ, S., GURKOVÁ, E. Pracovní spokojenost jako prediktor setrvání sester na pracovišti – literární přehled. In Ošetřovatelství a porodní asistence. 2013, roč. 4, s. 573-582. ISSN 1804-2740

MASLOWSKÁ, E. 2006. Prestiž sestry. In Diagnóza v ošetřovatelství. roč. 2 č.10, s. 418. ISSN 1801-1349.

MÜLLEROVÁ, N., BÍLEK, M., VOLFÍKOVÁ, M. *Studie k plánování optimálního počtu ošetřovatelského personálu.* ZdN, 11.10.1996.

Pracovní podmínky zdravotníků v ČR výsledky. Dotazníkové šetření České asociace sester, září 2013.

Internetové zdroje

Háchová, K., Fetter, R. W. Druh práce a pracovní náplň – judikát Nejvyššího soudu ČR. In: Finanční noviny. 2011. [online]. [cit. 13.8.2015]. Dostupné z: http://www.financninoviny.cz/zpravy/druh-prace-a-pracovni-napln-judikat nejvyssiho-soudu-cr-1-/561736

Hodiny čekání a ošetření na chodbě, britské zdravotnictví svírá krize. [online]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/zahranicni/nemocnice-britanie-pacienti-krize-personal.A170209_123426_zahranicni_ert

Babiš se neshodl se zdravotníky na dalším posílení výdajů na péči [online]. Dostupné z: https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/babis-se-neshodl-se-zdravotniky-na-dalsim-posileni-vydaju-na-peci/1806674

Situace ve zdravotnictví se zhoršuje. Oddělení se zavírají, protože nejsou lidé, říká Žitníková. [online]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/dagmar-zitnikova-lekari-odbory_1809142144_pla

Větší kompetence nelékařů? Česká asociace sester představila Ministerstvu zdravotnictví ČR svůj návrh [online]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/20180828_tz_cas_rozsirene-kompetence-sester.pdf

Vyšetření v tunelu? I za čtyři měsíce. [online]. Dostupné z: https://www.denik.cz/z_domova/vysetreni-v-tunelu-i-za-ctyri-mesice-20160805.html

Absolventské práce

Povolání sestra – kritický nedostatek, jeho důvody a důsledky pro české nemocnice. [online]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/110372

Sbírka zákonů ČR

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).

zdravotnictví č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška č. 121/1974 Sb. ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky ze dne 18. listopadu 1974 o soustavě zdravotnických zařízení

Příloha č. 2

Porovnání vzdělávacích programů všeobecná sestra a zdravotnický asistent – denní forma studia.

všeobecná sestra		zdravotnický asistent	
předměty	**týdenní hodinová dotace**	**předměty**	**týdenní hodinová dotace**
Český jazyk a literatura	10		11
Cizí jazyk	12		12
Latinský jazyk	2		2
Občanská nauka	3		4
Dějepis	3		3
Matematika	5 (2)		7
Fyzika	4,5 (1,5)		4
Chemie	4,5 (1,5)		4
Biologie	2		3
Výpočetní technika	2 (2)	Informační a komunikační technologie	4
Tělesná výchova	8		8
Somatologie	4		4
Mikrobiologie, epidemiologie a hygiena	2	Základy epidemiologie a hygieny	1
Psychologie a pedagogika	5 (2)	Psychologie a komunikace	5
Základy veřejného zdravotnictví	1	Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví	1,5
Ošetřovatelství	16 (9)		19
Ošetřování nemocných	29 (29)		26
Patologie	2		
Vnitřní lékařství	5		
Chirurgie	5		
Pediatrie	3		
Gynekologie a porodnictví	2		
Neurologie	1		
Psychiatrie	1		
Estetická výchova	2 (1)		
		Ekonomika	2
		První pomoc	1
		Klinická propedeutika	1
		výběrové a volitelné předměty	7,5

zdroj: vzdělávací programy všeobecná sestra, zdravotnický asistent

Příloha č. 3

Hodinová dotace učebního plánu akreditovaného kvalifikačního kurzu ZA s denní formou studia ZA.

Akreditovaný kvalifikační kurz ZA		Denní studium ZA
I. Teoretická část		
Odborná latinská terminologie	46	68
Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví	36	51
První pomoc	30	34
Psychologie a komunikace	64	166
Klinická propedeutika	30	34
Somatologie	58	134
Základy epidemiologie a hygieny	20	34
BOZP	16	
Sociální aktivizace klientů		
Ošetřovatelství (*předmět závěrečné zkoušky)*	200	630
Teoretická část celkem	**500**	**1151**
II. Praktická část		
Ošetřování nemocných *	160	894
Odborná praxe 240 (6 týdnu) *	240	240
Praktická část celkem	**400**	**1134**
Celkem	**900**	**2285**

zdroj: vzdělávací programy všeobecná sestra, zdravotnický asistent

Příloha č. 4

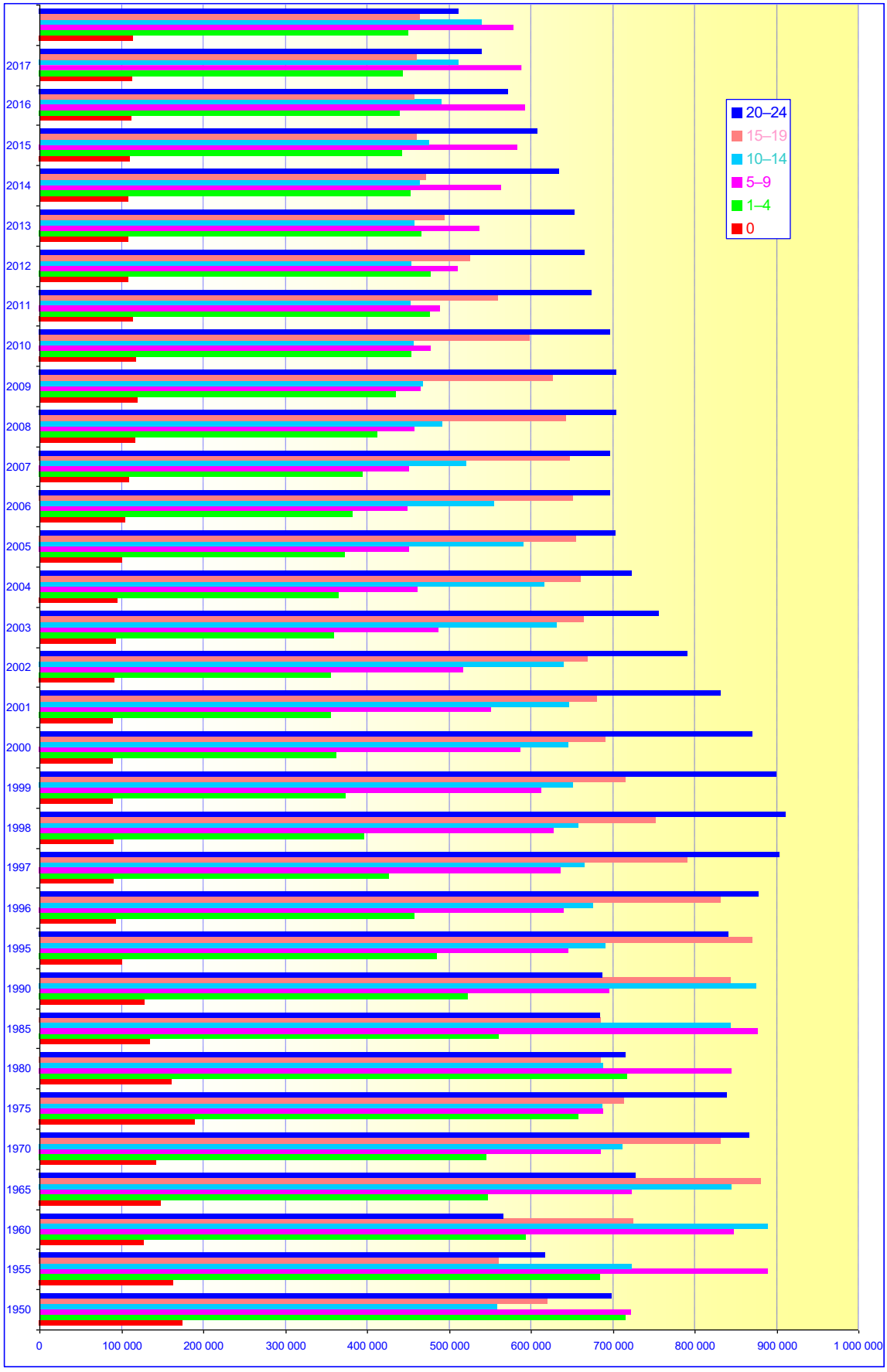
Kritéria hodnocení závislosti pacientů – kategorizace pacientů podle soběstačnosti

Hodnotící oblast - stupně závislosti	Kritéria
1. Pohybová schopnost - s částečnou pomocí - s podstatnou pomocí - omezen na lůžko	nutná pomoc při vstávání a chůzi, vyžaduje dohled, změna polohy na podnět sestry neschopen samostatné chůze, vyžaduje doprovod, eventuelně polohování upoután na lůžko, imobilní
2. Osobní hygiena - s částečnou pomocí - s podstatnou pomocí - zcela závislý	pomoc při převážně samostatné péči o tělo (podání umyvadla a jiných pomůcek) úprava polohy, podání pomůcek, pomoc při mytí některých partií těla převážné nebo úplné převzetí péče o osobní hygienu sestrou, hygienická péče za podmínek izolace
3. Jídlo - s částečnou pomocí - s podstatnou pomocí - zcela závislý	podávání jídla k lůžku úprava polohy, servírovací stolek, krájení, mazání plně odkázán na pomoc, krmení, krmení sondou
4. Inkontinence moče - občas - stále	při kašli, noční pomočování nekontrolované vyprazdňování měchýře, vyžaduje nácvik kontinence
5. Inkontinence stolice - občas - stále	občasné nekontrolované vyprazdňování střev nekontrolované vyprazdňování střev, vyžaduje nácvik kontinence
6. Návštěva WC - s částečnou pomocí - s podstatnou pomocí - potřebuje podložní mlsu	pomoc při opuštění lůžka doprovod na WC včetně vyprazdňování za podmínek izolace
7. Dekubity - malé - velké	vyžaduje úpravu (změnu) polohy za pomoci sestry po 3 hod vyžaduje polohování po 2 hod
8. Spolupráce s pacientem - občas obtížná	stav vědomí dobrý, smyslové vnímání neporušeno. Nepřiměřený postoj k nemoci (přílišné obavy hypochondr, nebo popírání nemoci, bagatelizace nemoci). Pomalu a nedostatečně se adaptuje na nové prostředí a podmínky
- obtížná	stav vědomí dobrý, smyslové vnímání neporušeno. Zasažená oblast prožívání (stavy silné úzkosti, deprese a pod.), které mohou zůstávat skryty. Spolupráce obtížná v důsledku psych.obtíží a narušené komunikace s pac.
- velmi obtížná	stav vědomí narušený, zmatenost, neklid, poruchy smyslového vnímání, které výrazně narušují komunikaci a spolupráci s pacientem (zde zařadíme i umírající pacienty na standardních ošetř. jednotkách)

zdroj: Pochylá 1999. s. 7

Příloha č. 5

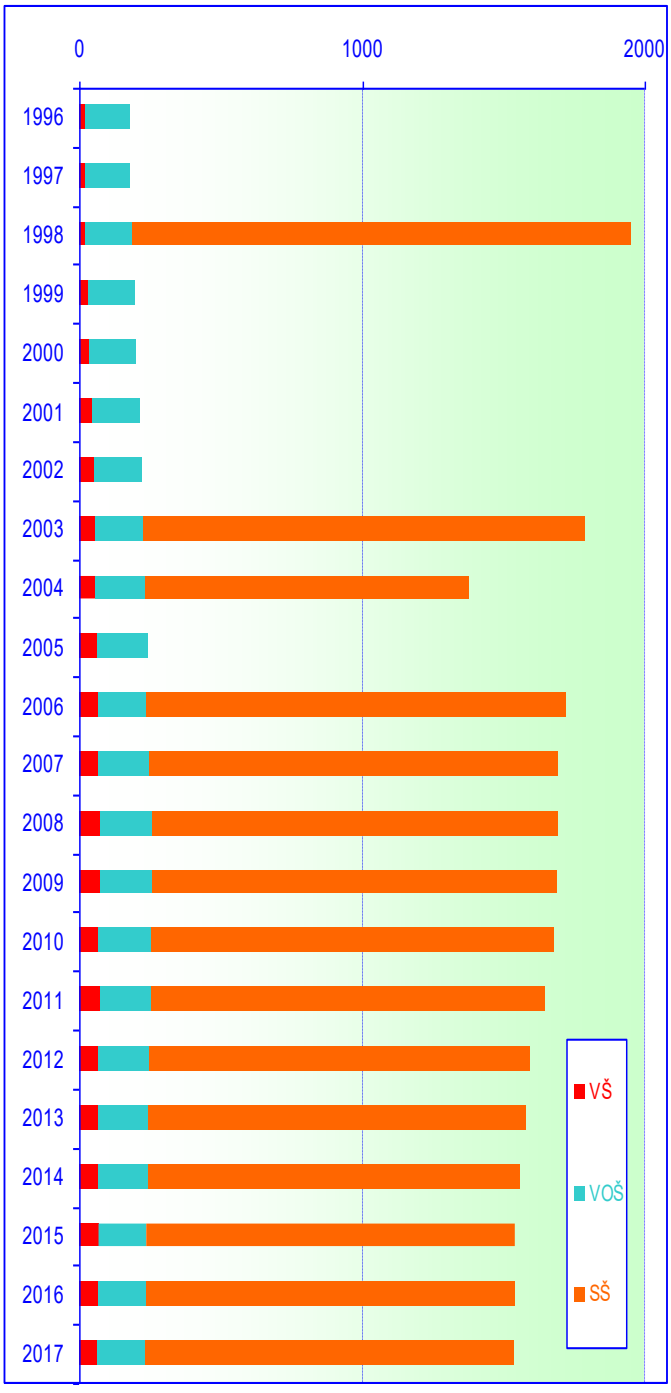
Obyvatelstvo podle věkových skupin a pohlaví v letech 1950 - 2018



Příloha č. 6

Počet škol středních, vyšších odborných a vysokých v letech 1996 - 2017

rok	VŠ	VOŠ	SŠ
1996	23	158	
1997	23	156	
1998	23	168	1760
1999	30	166	
2000	38	165	
2001	48	166	
2002	53	168	
2003	56	169	1562
2004	60	174	1142
2005	65	176	
2006	66	174	1482
2007	71	177	1 447
2008	73	184	1 438
2009	72	184	1 433
2010	71	182	1 423
2011	72	180	1 393
2012	71	178	1 347
2013	71	174	1 331
2014	71	174	1 310
2015	68	171	1 304
2016	67	168	1 307
2017	64	166	1 308



Přílohy č. 5 a 6 - zdroj: ČSÚ, úprava autorkou