

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Diplomová práce**

**2023**

**Bc. Magdalena Burešová**

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Task shifting v kompetencích všeobecných sester**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Magdalena Burešová

Studijní program: Veřejná a sociální politika

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2023

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 1. 5. 2023

Magdalena Burešová

## **Bibliografický záznam**

BUREŠOVÁ, Magdalena. Task shifting v kompetencích všeobecných sester. Praha, 2023. 112 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí práce Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

**Počet znaků (včetně mezer): 115 997**

## **Anotace**

Cílem diplomové práce Task shifting v kompetencích všeobecných sester je zjistit, zda všeobecné sestry v České republice znají své zákonem stanovené kompetence a zda podporují jejich další navyšování. Dalším cílem je porovnat úroveň kompetencí sester v České republice a v Anglii. Výzkum práce odhaluje, že české všeobecné sestry se ve svých zákonných kompetencích neorientují. Podporují ale jejich další navyšování při zvýšení platu a právní ochrany. Po vzoru Anglie by mohly nově převzít předepisování léků a interpretaci EKG.

## **Annotation**

The aim of this theses called Task shifting in nurses' competencies is to evaluate whether nurses in the Czech Republic know their legally established competencies and whether they support their further increase. Another goal is to compare the level of nurses' competencies in the Czech Republic and England. The research reveals that Czech nurses are not familiar with their legal competencies. However, they support their further increase on condition that their salary and legal protection rises. Following the example of England, Czech nurses could take over the prescribing of drugs and the interpretation of ECG.

## **Klíčová slova**

Sestry, kompetence, task shifting, zdravotnictví, Česká republika, Anglie

## **Keywords**

Nurses, competencies, task shifting, health care, Czech Republic, England

## **Title**

Task shifting in nurses' competencies

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce paní Ing. Zuzaně Kotherové, Ph.D. za velmi vstřícný přístup a odborné vedení nejen při psaní této práce. Děkuji také panu Michalu Benešovi za konzultaci o výzkumném nástroji, respondentům za ochotu účastnit se šetření a v neposlední řadě též mé rodině a přátelům za podporu při psaní a celém studiu.

# Obsah

Úvod.....	3
1. Výzkumný cíl, výzkumné otázky .....	5
2. Pojetí task shiftingu .....	6
2.1. Definice task shiftingu.....	6
2.1.1. Task shifting a Světová zdravotnická organizace.....	6
2.1.2. Rozšíření konceptu task shifting .....	7
2.1.3. Task shifting a task sharing.....	9
2.2. Task shifting v primární péči .....	10
2.3. Task shifting v sekundární péči .....	12
2.4. Task shifting a regulace.....	13
3. Kompetence všeobecných sester v ČR .....	15
3.1. Ošetřovatelství .....	15
3.2. Pojem kompetence .....	16
3.3. Všeobecná sestra a její vzdělávání v ČR.....	16
3.4. Demografie a odměňování všeobecných sester .....	19
3.5. Všeobecné sestry v českém zákoně.....	21
3.6. Překračování kompetencí.....	22
4. Kompetence sester v zahraničí .....	25
4.1. Kompetence sester v mezinárodních institucích.....	25
4.2. Kompetence sester v Anglii.....	28
4.2.1. Sestry ve Velké Británii.....	28
4.2.2. Předepisování léků.....	29
4.2.3. Interpretace EKG.....	30
5. Metodologie a data.....	32
6. Hlavní zjištění dotazníkového šetření.....	37
6.1. Demografie respondentů.....	37
6.2. Výsledky šetření.....	40
6.3. Korelační analýza.....	51
7. Diskuze.....	67
Závěr .....	74
Summary .....	75
Použitá literatura.....	77
Teze diplomové práce .....	88

Seznam obrázků.....	93
Seznam tabulek.....	93
Seznam grafů.....	94
Seznam příloh.....	96
Přílohy.....	97



# Úvod

Celosvětová populace stárne. Díky zlepšování životních podmínek se lidé dožívají vyššího věku (Dimitrová, 2007).

S přibývajícím věkem se však dá předpokládat také vyšší poptávka po zdravotnických službách. Jenže zdravotníků, kteří tyto služby poskytují, je celosvětový nedostatek. Problémem přitom nejsou jen jejich nedostatečné kapacity, ale i fakt, že též zdravotníci podléhají demografickému stárnutí, a i jejich věkový průměr se navyšuje. Jak upozorňuje Světová zdravotnická organizace (2022), v roce 2030 bude na celém světě chybět až 10 milionů zdravotních pracovníků, a to zejména v určitých specializacích a regionech. A jak zmiňují van Schalkwyk et al. (2020), jedním z nejtěžších úkolů zdravotních systémů je dosáhnout těch nejlepších výsledků péče i s omezeným počtem zdravotních pracovníků.

Ze současných dat vyplývá, že Česká republika momentálně více trpí nedostatkem sester než lékařů. Údaje naznačují, že v českých nemocnicích chybí téměř 3000 všeobecných sester (MZ ČR, 2021). Je tedy nutné najít způsob, jak tyto počty snížit, nebo alespoň jak zajistit, aby poskytovaná zdravotní péče tímto nedostatkem neklesala na kvalitě.

Jedním z možných řešení se zdá být koncept takzvaného task shiftingu, který umožňuje přesun kompetencí v rámci týmu zdravotníků (WHO, 2008).

S konceptem task shiftingu úzce souvisí vymezení kompetencí sester. Jejich navyšování je v České republice aktuální téma, o kterém se ve veřejném diskurzu často mluví. K poslednímu navýšení došlo 1. července 2022, kdy mimo jiné všeobecné a dětské sestry získaly pravomoc k podávání léčivých přípravků do epidurálního katetru pod odborným dohledem (MZ ČR, 2023). Navýšení kompetencí sestrám však není pouze legislativní počín, nelze jej dělat samostatně bez jakýchkoliv dalších zásahů. Nutné je vzít v potaz též otázky finanční a vzdělání (MZ ČR, 2018).

Problémem ale zůstává, že samy sestry se často obávají navyšování vlastních kompetencí, a to z nejrůznějších důvodů. Přesto někdy dělají i takové úkony, které by ze zákona dělat vůbec neměly (MZ ČR, 2018). Nejvíce dochází k překračování kompetencí u všeobecných sester (MZ ČR, 2021).

Tato diplomová práce se zabývá právě otázkou kompetencí všeobecných sester, respektive tím, zda sestry své zákonem stanovené kompetence vlastně znají, a zda by

jejich případné navýšení přivítaly. Na problematiku je nahlíženo skrze task shifting, což je koncept, v rámci kterého jsou zevrubně popisovány výhody i nevýhody přesunu kompetencí mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu.

Konceptu task shiftingu je věnována první část této diplomové práce. Zde se zaměřuje nejen na jeho teoretická východiska, ale i na to, jak funguje v praxi, a to jak v České republice, tak i v zahraničí. Následuje část věnovaná kompetencím všeobecných sester – důraz je kladen na to, jak jsou kompetence ukotveny v zákoně, jak jich sestry dosahují pomocí vzdělávání, a též se věnuje situaci v zahraničí.

Ve výzkumné části jsou předloženy výsledky dotazníkového šetření, které bylo provedeno mezi všeobecnými sestrami ze sekundární péče. V závěru jsou tato statisticky zpracovaná zjištění diskutována s ohledem na teoretická východiska předložená na začátku práce.

## **1. Výzkumný cíl, výzkumné otázky**

Cílem této diplomové práce je zjistit, jestli všeobecné sestry v České republice znají své zákonně stanovené kompetence a zda podporují jejich další navyšování. Dalším cílem je zmapovat, jak jsou kompetence nastavené v zahraničí a porovnat úroveň kompetencí sester v České republice a ve vybrané zemi.

Výzkumné otázky jsou následující:

### **Popisné**

- Jak jsou v českém zákonu vymezeny kompetence všeobecných sester?
- Jak jsou kompetence sester vymezeny v zahraničí a v čem se jejich nastavení liší od České republiky?

### **Explanační**

- Do jaké míry se všeobecné sestry orientují ve svých zákonně stanovených kompetencích?
- Za jakých podmínek a jakým způsobem by sestry chtěly navýšit své zákonné kompetence?

## **2. Pojetí task shiftingu**

Pro potřeby této diplomové práce byla provedena rešerše odborných článků na téma task shiftingu. Cílem bylo zjistit, co se o task shiftingu píše, a jak odborníci s tímto termínem pracují.

V Google Scholar byla vyhledávána tato hesla: “task shifting”, “task shifting” nurse, “task shifting” sestry, “task shifting” nemocnice a “task shifting” czech. Po vyřazení článků, které se nehodily pro potřeby této diplomové práce, bylo zvoleno 13 článků. Poznanky získané z těchto článků jsou tematicky rozdělené do několika podskupin, jejich přehled je předkládán v této kapitole.

### **2.1. Definice task shiftingu**

Do této kategorie jsou zařazeny ty články, které se věnují task shiftingu jako teoretickému konceptu, definují ho a dále jej rozšiřují.

Vzhledem k tomu, že se o task shifting jako teoretický koncept opírá celá tato práce, je této kategorii věnována největší pozornost.

#### **2.1.1. Task shifting a Světová zdravotnická organizace**

V roce 2008 vydala Světová zdravotnická organizace dokument s doporučeními a instrukcemi k task shiftingu. Cílem tohoto dokumentu bylo poskytnout směrodatný rámec, který má dopomoci implementovat tento přístup těm zemím, které se rozhodly jej zavést (WHO, 2008).

Konkrétně definuje task shifting jako „proces, při kterém jsou specifické úkoly přeraženy (tam, kde je to vhodné) na zdravotní pracovníky s kratším výcvikem a méně kvalifikacemi” (WHO, 2008, str. 7).

Doporučení mají objasnit dosavadní zkušenosti s task shiftingem a definovat podmínky, kterých je nutno docílit, aby byl tento přístup bezpečný, efektivní, spravedlivý a udržitelný.

Je nutné zmínit, že primárně byla tato doporučení vydána pro boj proti epidemii HIV v rozvojových zemích, ale jak sami autoři dokumentu zmiňují, mohou tyto instrukce sloužit i těm zemím, ve kterých se s AIDS ve větším měřítku nepotýkají. Task shifting by totiž neměl být vnímán jen jako málo kvalitní péče pro rozvojové země, ale jako přístup,

který může být implementován ve všech zemích, kde může být způsobem, jak dosáhnout dostupných, rovnoprávných a kvalitních zdravotních služeb.

Obecně si WHO (2008) od implementace těchto doporučení slibuje posílení a rozšíření lidských kapacit mezi zdravotními pracovníky a posílení zdravotnictví tak, aby bylo schopno poskytovat širokou škálu kvalitních zdravotních služeb. Task shifting a reorganizace současné pracovní síly ve zdravotních systémech pak může vést k efektivnějšímu využití dosavadních lidských zdrojů.

Jak však WHO (2008) upozorňuje, samotný task shifting nepomůže ukončit celosvětový nedostatek zdravotníků, může být však jediným reálným způsobem, jak navýšit kapacity zdravotníků dostatečně rychle na to, aby systémy dokázaly reagovat na rychle se měnící podmínky a potřeby. Task shifting by tak měl být vnímán jako součást řady dalších strategií ke zvýšení počtu zdravotníků, tato potřeba i přes jeho zavedení nezmizí.

K teorii task shiftingu přispívají též Afolabi et al. (2019), kteří v reakci na WHO vyzdvihují nutnost jasné definice zdravotních profesí, jako jsou „zdravotníci primární péče“ či „laický zdravotní pracovník“. Protože aby zásahy týkající se těchto osob byly účinné, je potřeba detailně vysvětlit všechny nejednoznačné termíny. Autoři ve svém příspěvku zmiňují zejména situaci v Nigérii, to ale neznamená, že by tato věc neměla být vyřešena i v západních zemích. Implementace task shiftingu a posílení pozice zdravotních sester má být provedena tak, aby byly uznány jejich profesionální role, k čemuž je nutné znát jejich přesnou definici. Právě definici rolí a kompetencí sester se tato diplomová práce věnuje.

### **2.1.2. Rozšíření konceptu task shifting**

Na práci Světové zdravotnické organizace částečně navazují van Schalkwyk et al. (2020). Autoři sice berou v potaz výše zmíněnou definici task shiftingu od WHO, ale tuto definici hodnotí jako příliš jednoduchou. Do svého vnímání task shiftingu totiž zahrnují též komplexitu zdravotních týmů. Nevnímají tak hierarchii týmu pouze jako lineární, kdy by úkoly měly přecházet jen z výše postavených na níže postavené členy týmu, ale jako komplexní. Též berou v potaz roli moderních technologií, které v současné době stále více přebírají role lidí. Podle nich task shifting zahrnuje i otázku toho, co zdravotničtí pracovníci dělají, a jestli to, co dělají, může být nějakým způsobem vylepšeno. V jejich vnímání je tedy task shifting „proces přizpůsobování dovedností měnícím se potřebám a příležitostem“ (van Schalkwyk et al., 2020, str. 1379).

Dále van Schalkwyk et al. (2020) rozlišují tři základní typy změn v rolích:

- Vylepšení (enhancement) – rozšíření hloubky a šířky role (zdravotníka nebo pacienta) nabytím nových dovedností a kompetencí
- Nahrazení/Delegace (substitution/delegation) – přesun odpovědnosti za úkol, který tradičně připadal jednomu zdravotníkovi, na jiného, případně na pacienta; delegace značí přesun role z hierarchicky výše postaveného poskytovatele péče na níže postaveného
- Inovace (innovation) – vznik nových rolí a úkolů v důsledku zavedení nové technologie, či diagnostické nebo léčebné strategie; může vést i k vytvoření zcela nové profese

Dále zmiňují konkrétní typy přesunu kompetencí, jako je například inovace v modelech péče, vylepšení role farmaceutů, task shifting směrem k přístrojům, pacientům, či komunitním zdravotníkům a další. Pro účely této práce jsou důležité zejména dva identifikované typy: nahrazení lékařů sestrami a vylepšení role sester. Podstatný je též typ nahrazení v předepisování léků.

Jak van Schalkwyk et al. (2020) upozorňují, task shifting může být plánovaný proces s formální definicí nových rolí, ale častěji je to postupný, neformální proces, který může nastat v důsledku nedostatku personálu a až později je akceptován oficiálně. Také díky tomu často nedochází k evaluaci task shiftingu. Jak upozorňují, přesun úkolů např. ze sester na ošetřovatelky sice může mít pozitivní finanční dopady, ale může mít za následek též omezení schopnosti rychle reagovat na případné problémy.

Jaké úkoly přesunout na koho by tak mělo být uzpůsobeno lokálním podmínkám a je nutné vždy zdůvodnit, proč je vůbec task shifting zapotřebí a pečlivě se na jeho zavedení připravit.

Van Schalkwyk et al. (2020) dále na základě jejich výzkumu vytvořili doporučení pro efektivní investice do zdraví:

- Řízení – Proces task shiftingu musí být transparentní (musí být jasné čeho chceme dosáhnout, proč k tomu chceme využít zrovna task shifting, a jaké máme důkazy, že je to vhodná strategie). Task shifting vyžaduje pečlivé plánování a promyšlení potenciálních důsledků pro jedince i celý zdravotní systém.
- Výzkum a evaluace – Základní výzkum k task shiftingu by měl být prováděn

z pohledu studia systémů, který bere v potaz širší a potenciálně nepředvídatelné důsledky. Ti, co budou stát za zavedením task shiftingu, by měli komunikovat s těmi, kterých se změny budou týkat, aby znali jejich očekávání a obavy.

- **Vzdělávání a trénink** – Důležité je kontinuální vzdělávání zdravotníků i v průběhu praxe, aby získali obecné i specifické dovednosti, které jsou nutné k převzetí nových úkolů. Kontinuální vzdělávání může přinést též zpětnou vazbu k task shiftingu, a tak další podněty, jak může dále zvyšovat kvalitu péče a podporovat pozitivní postoje k přijímání flexibilních hranic rolí zdravotníků.
- **Zákonné a regulační rámce** – Regulace zdravotníků by jim měla umožnit dostatečnou flexibilitu při přijímání nových rolí v měnících se podmínkách, například při nedostatku pracovníků. Neschopnost předvídat zákonné překážky pro task shifting mohou bránit jeho implementaci nebo v horším případě vést k nelegální, či dokonce nebezpečné praxi.

### **2.1.3. Task shifting a task sharing**

Orkin et al. v roce 2021 využili delfskou metodu k vytvoření rámce Concepts and Opportunities to Advance Task Shifting and Task Sharing (COATS). Ve svém konceptu rozlišují task shifting a task sharing. Task shifting dle jejich definice zahrnuje delegaci úkolů, zatímco task sharing se soustředí na spolupráci mezi pracovníky s různou pozicí. Do rámce COATS zahrnují též redistribuci či delegaci úkolů i mezi členy komunity.

Obecný účel task shiftingu a task sharingu (TS/S) vidí ve snížení morbidit a mortality ve společnosti, kde je přístup k efektivní zdravotní péči omezen kvůli nedostupnosti profesionálních zdravotních týmů. TS/S dosahuje tohoto cíle pomocí rozdělení úkolů těm členům týmu, kteří prošli kratším, či méně specifickým výcvikem. Tím zlepšuje dostupnost péče bez snížení její kvality.

Dle Orkina et al. (2021) rámec COATS nabízí několik možností, jak pomoci zdravotním systémům, které implementují task shifting a task sharing. Tyto možnosti naznačují, že TS/S programy mohou mít i více funkcí, než je pouze snížení morbidit a mortality:

- rozšíří možnosti léčby
- přerozdělí odpovědnosti v rámci zdravotnických týmů, čímž umožní vysoce kvalifikovaným zdravotníkům soustředit se na trénink, supervizi, administraci a management náročných či vážných případů

- prostřednictvím peerů a komunitních zdravotníků umožní vhodnější léčbu s ohledem na kulturu a místní podmínky zejména v těch společnostech, kde vysoce kvalifikovaní pracovníci nejsou součástí komunity
- navýší počet poskytovatelů péče
- změni konvenční hierarchie mezi poskytovateli péče a umožní vysoce kvalifikovaným profesionálům spolupracovat se zdravotníky s nižší kvalifikací

Rámec COATS též nabízí kritéria pro tvůrce politik a stakeholdery, aby mohli vyhodnotit, zda jsou místní podmínky vhodné k implementaci task shiftingu a task sharingu.

Nezbytná kritéria (musí být splněna, aby TS/S fungoval):

- Stávající týmy zdravotníků jsou ochotny učit nové týmy zdravotníků, které jsou ochotny učit se.
- Nedostatek lidských zdrojů ve zdravotnictví je hlavní důvod, proč je řešení zdravotních problémů obtížné
- Zákroky mohou být vykonány zdravotními pracovníky s nižším tréninkem
- Zákroky jsou klinicky efektivní

Důležitá kritéria (mohou dopomoci úspěchu TS/S, ale nemusí platit pro všechny situace):

- Systém má dostatečné zdroje pro expanzi
- Řešení zdravotního problému je důležité pro populaci a zdravotní systém
- Zárok má protokolované nebo algoritnické prvky, které lze využít ke zjednodušení jeho školení a implementace
- Zárok je sociálně akceptovaný

## **2.2. Task shifting v primární péči**

Další podskupinou, která byla v rešerši nalezena, je task shifting v kontextu primární péče, zejména ve výsledcích péče.

Primární péčí se rozumí komplexní zdravotní péče poskytovaná na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotním systémem, nebo také na základě dlouhodobého přístupu k jednotlivci (NZIP, 2023). I přesto, že se tato diplomová práce věnuje situaci zejména



v nemocnicích, tedy v sekundární péči, je potřeba tuto kategorii neopomíjet, protože může nést důležité poznatky i pro další typy péče.

Dle více výzkumů dosahuje primární péče vedená sestrami stejných, nebo dokonce lepších výsledků, jako primární péče vedená lékaři. Z výsledků výzkumu Laurant et al. (2018) vyplývá, že primární péče sester vede k méně úmrtím v určitých skupinách pacientů, lepší léčbě vysokého tlaku, lepší kvalitě života, a též vyšší spokojenosti pacientů s péčí. Spokojenost pacientů je vyšší zejména z toho důvodu, že sestry s pacienty o léčbě déle diskutují, poskytují jim více informací než lékaři a komunikace dle pacientů celkově probíhá lépe (Laurant et al., 2018).

Aby primární péče vedená sestrami dosahovala ještě lepších výsledků, navrhuje Martínez-González et al. (2015) propojit léčbu s edukací pacientů, která vede k lepšímu dodržování léčby ze strany pacientů. Mohly by pomoci též strukturované protokoly léčby konkrétní nemoci.

I výzkum Leonga et al. (2021) ukázal pozitivní dopady task shiftingu na výsledky péče. Task shifting směrem k sestram v primární péči zlepšil dostupnost péče a nevedl k poklesu kvality léčby, a to konkrétně u kardiologických onemocnění, kontroly astmatu a diabetes, či péče o HIV pozitivní. Též vedl ke zlepšení léčby vysokého krevního tlaku a prevence kardiovaskulárních onemocnění. Dále se ukázalo, že task shifting nevedl ke změně počtu hospitalizací a může šetřit náklady, pokud se lékaři věnují pouze komplexnějším, náročnějším případům. Nejběžněji se na sestry přesouvá poskytování péče a koordinace pacientů s chronickou nemocí a předepisování léků.

Obecně platí, že když sestry převezmou některé úkony, které byly dříve vyhrazeny pouze lékařům, obvykle v kontextu jediné podmínky s jasným protokolem se stanovenými hraničními body, mohou dosáhnout stejně dobrých, či dokonce lepších výsledků péče, jako při léčbě vedené lékaři (De Maeseneer, 2019).

Obecně tedy lze říct, že není třeba se obávat přesouvat určité úkony z lékařů na sestry, k poklesu kvality péče nedojde.

Groenewegen et al. (2022) též zkoumali task shifting v primární péči, a to konkrétně z praktických lékařů na praktické a všeobecné sestry ve 34 zemích. Jednou ze zkoumaných zemí byla i Česká republika. Ta se ve výzkumu umístila pod průměrem výskytu task shiftingu. V čele tabulky je Švédsko, Velká Británie a Nový Zéland, v těchto zemích je task shifting častým fenoménem, na opačném konci tabulky je Itálie, Belgie

a Lucembursko.

Na sestry více delegují své úkoly ti lékaři, kteří více využívají elektronické zdravotnické záznamy, jsou průměrně starší, mají ve své ordinaci více zaměstnanců, pracují méně hodin a též ti, kteří praktikují v okrajových městech a vesnicích. Task shifting je více využíván též v těch zemích, kde mohou sestry samostatně vypisovat recepty (Groenewegen et al., 2022).

### **2.3. Task shifting v sekundární péči**

Task shifting se nemusí týkat jen již zmíněné primární péče. Objevuje se též v sekundární péči, která je někdy též nazývaná nemocniční a komunitní péčí. Může být buď plánovaná, nebo urgentní (NHS Providers, 2023). Zejména na tuto péči se tato diplomová práce zaměřuje.

Maier et al. (2018) podrobili výzkumu task shifting v akutní péči v nemocnicích. Konkrétně zkoumali léčbu rakoviny prsu a léčbu infarktu myokardu.

V jejich výzkumu zkoumali 9 zemí, které rozdělili na dvě skupiny – země s tradičním rozdělením dovedností („traditional skill-mix“) a země s inovativním rozdělením dovedností („skill-mix innovator“). Mezi země s tradičním rozdělením byla zařazena i Česká republika. V těchto zemích nedošlo v 5 letech před výzkumem k žádné, nebo skoro žádné změně rozsahu praxe sester. V zemích s inovativním rozdělením naopak nějaká tato změna proběhla, což mělo za důsledek, že sestry pracují více samostatně a bez dohledu lékařů. Mohou například samostatně předepisovat léky, edukovat pacienty, či se věnovat následné péči.

Konkrétně bylo zjištěno, že v České republice dochází k podprůměrně rozsáhlým, či málo častým změnám rozsahu praxe zdravotníků v léčbě rakoviny prsu. Zároveň sestry nemohou tak často vykonávat péči samy, méně samostatné už jsou ze zkoumaných zemích jen sestry v Polsku a Turecku. V péči o infarkt myokardu je na tom Česká republika dokonce nejhůře, sestry téměř zcela nevykonávají úkony samostatně (Maier et al., 2018).

Další zemí s rozšířeným přesunem kompetencí na sestry je Norsko. Mezi lety 2014 a 2018 získaly vybrané sestry v Norsku kompetence k provádění intravitreálních injekcí. Bolme et al. (2021) zjistili, že tento nový úkon dodal sestrám pocit hrdosti na svoji profesi díky

zvýšené odpovědnosti. To, že se naučily nový úkon, jim zvýšilo sebevědomí a pocítily též větší respekt od pacientů a kolegů.

Task shifting se však nemusí omezovat jen na běžnou nemocniční péči. Feiring a Lie (2018) se ve svém výzkumu věnovali faktorům, které ovlivňují implementaci task shiftingu ve vysoce specializované zdravotní péči. Došli k závěru, že task shifting z lékařů na sestry ve specializované péči vyžaduje rozvoj praktických dovedností sester, ale též rozsáhlé komplexní změny v organizaci klinické praxe a rolích pracovníků. Zejména je třeba tyto změny provést pečlivě při delegaci vysoce specializovaných úkonů, které zahrnují využití méně přístupných technologií a jsou spojeny s rizikem ublížení na zdraví pacienta.

K úspěšnému zavedení task shiftingu by mohly dopomoci změny v organizaci a vzdělávání, které by pomohly vytvořit pevný tým zdravotníků a podpořily by sestry k přijímání netradičních úkolů. Aby péče byla efektivní, mělo by dojít též k restrukturalizaci prostředí tak, aby se lékaři mohli věnovat opravdu jen těm úkonům, které mohou provádět pouze oni. Jako prospěšná pro obě skupiny se přitom ukázala dynamická role hranic mezi sestrami a lékaři (Feiring a Lie, 2018).

## **2.4. Task shifting a regulace**

Task shifting tedy může za určitých podmínek vést ke zlepšení kvality péče. To ale není jediná oblast, kde může pomoci. Konkrétně v České republice existují i přes početné regulace na národní i regionální úrovni nerovnosti v regionální distribuci zdrojů na zdravotní péči. Dlouhý (2021) v reakci na tento problém představil 5 evaluačních modelů a zjistil, že ty zdroje, které počítají se všemi zdroji zdravotní péče a možností substituce zdrojů, vykazují nižší nerovnosti mezi regionálními kapacitami zdrojů zdravotní péče. Z toho vyplývá, že výzkumníci a tvůrci politik by vždy měli vzít v potaz možnost nahrazování zdrojů, jmenovitě právě task shifting, aby se regionální nerovnosti snížily.

Aby byl však task shifting účinný na více úrovních, je třeba zajistit, aby byl dobře oficiálně regulován. Dle Maier (2015) zastaralá a omezující regulace task shiftingu na úrovni sester brání rozvoji vyšší praxe. Naopak pokud je modernizována v souladu se změnou kompetencí, může být prostředkem k lepším výsledkům péče.

Konkrétně v České republice restriktivní zákony pro zdravotní sestry brání jejich dalšímu

rozvoji v pokročilých rolích. Hlavní překážkou zákonných změn bývají nejčastěji nedostatečná politická podpora, a též nesouhlas dalších zdravotnických profesí (Maier, 2015).

Při tvorbě politik a regulace task shiftingu na národní úrovni by měla být vzata v potaz nejen bezpečnost pacientů, ale též dopady na lékařskou praxi, přesné vymezení jednotlivých rolí a celkově změny v dovednostech a odpovědnostech pracovní síly. Výkon zdravotních systémů totiž závisí právě na zdravotnících a modely řízení by tento cíl měly podporovat. Navíc aby byl task shifting úspěšný, musí se implementovat do rutinní zdravotnické praxe (Maier, 2015).

### **3. Kompetence všeobecných sester v ČR**

Tato kapitola se věnuje obecným definicím ošetřovatelství a kompetencí. Dále definuje všeobecné sestry a jejich postavení v zákoně, věnuje se jejich vzdělávání, demografii a odměňování, a nakonec se podrobně zabývá jejich kompetencemi a tomu, jak jsou ustanoveny v české legislativě.

#### **3.1. Ošetřovatelství**

Ministerstvo zdravotnictví definuje ošetřovatelství takto: „Ošetřovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi“ (MZ ČR, 2004, str. 2).

Cíl ošetřovatelství vnímá MZ ČR (2021) jako systematické a všestranné uspokojování potřeb člověka vhodnými metodami, a to zejména ve vztahu k udržení zdraví či k potřebám, které vznikly nemocí. Definici zdraví přitom přebírá od Světové zdravotnické organizace a definuje jej jako „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoli pouhé nepřítomnosti nemoci či vady“ (MZ ČR, 2021, str. 10).

Tyto definice vycházejí z Koncepce ošetřovatelství, jejíž aktualizovanou verzi vydalo Ministerstvo zdravotnictví v roce 2021. Koncepce se věnuje popisu současné praxe ošetřovatelství v ČR, předkládá její následující vývoj a navrhuje změny, jež by pomohly k posílení postavení sester a větší efektivitě poskytované péče.

Současné ošetřovatelství je založené jak na samostatnosti sestry, tak ale i na týmové spolupráci s lékaři a dalšími odbornými pracovníky. Roli v něm hrají též jednotlivci, rodiny a komunity, ke kterým ošetřovatelské činnosti směřují. Určujícím faktorem pro péči jsou potřeby člověka, a to zejména udržení a podpora zdraví, ale též rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevléčitelně nemocného a zajištění klidné smrti. Obecně je ošetřovatelská péče poskytována pacientům, kteří se o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí postarat. Vliv má ale ošetřovatelství i na prevenci a edukaci (MZ ČR, 2004).

Ošetřovatelská péče je v České republice upravena zákonem č. 372/2011 Sb.

### **3.2. Pojem kompetence**

Pojem kompetence má několik možných definicí. Například Mezinárodní rada sester je definuje jako „efektivní aplikace znalostí, dovedností a úsudků, prokázané jednotlivcem v každodenní praxi nebo pracovním výkonu“ (ICN, 2009, str. 6).

Pro potřeby této diplomové práce je využita definice českého Ministerstva práce a sociálních věcí, které je definuje jako “souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot umožňující uplatnění a osobní rozvoj jednotlivce. Je to jazyk, kterým jsou v Národní soustavě povolání popisovány požadavky na pracovníka. Vyjadřují předpoklady k výkonu určitého souboru činností. Říkají, co má zaměstnanec znát, umět a jak se má chovat” (MPSV, 2017).

Kompetence lze též dělit na vnitřní (získány skrze vzdělání) a vnější (získány právní normou a vymezením zaměstnavatele) (Mikšová et al., 2014).

Vnitřní kompetence lze dále dělit na teoretické a praktické. Teoretické jsou získávány zejména během kvalifikačního studia osvojením znalostí, zatímco praktické zahrnují již přímé poskytování péče, kdy zdravotník aplikuje teoretické poznatky získané při studiu do praxe (MZ ČR, 2021).

Dle akreditačních standardů pro nemocnice má každé zařízení povinnost stanovit zdravotníkům náplň práce, tedy definovat kompetence k výkonu konkrétních činností, pravidelně je aktualizovat a kontrolovat, zda jsou dodržovány (Spojená akreditační komise, 2013). Vymezení přesných kompetencí pro konkrétní zdravotní profese je důležité pro zajištění kvalitní a bezpečné praxe (Mikšová et al., 2014).

Kompetence všech zdravotních pracovníků jsou definovány v jednotlivých zákonech a mohou být upraveny dle náplně práce, kterou konkrétní pracovník od svého zaměstnavatele dostává.

### **3.3. Všeobecná sestra a její vzdělávání v ČR**

Tato diplomová práce se soustředí na všeobecné sestry, proto je v této kapitole kladen důraz na definici této profese.

Všeobecná sestra je jedním z regulovaných povolání. To znamená, že pro jeho výkon je třeba splňovat právní požadavky, bez jejichž splnění nemůže osoba toto povolání

vykonávat. Navíc je třeba požádat o uznání odborné kvalifikace. Běžně se jedná o trestní bezúhonnost a příslušnou odbornou a zdravotní způsobilost (MŠMT, 2023). Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry vymezuje zákon č. 96/2004 Sb.

Všeobecná sestra v České republice získá odbornou kvalifikaci odpovídajícím vzděláním. Vzdělání sester prošlo reformou po vstupu ČR do Evropské unie v roce 2004. Přijetím zákona č. 96/2004 Sb. se vzdělávání všeobecných sester přesunulo do terciárního stupně vzdělávání.

Studijní obory z vyšších odborných škol i univerzit tak nyní musí splňovat evropské směrnice a požadavky na kvalifikace všeobecných sester. Ošetrovatelským vzděláním se zabývá směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES, která definuje kvalifikační přípravu sester. Sestra musí mít buď ukončené 12leté všeobecné vzdělání potvrzené diplomem či jiným dokumentem, který umožňuje přístup k dalšímu vzdělání na vysoké škole či ve škole vyššího vzdělání, nebo musí mít ukončené 10leté všeobecné vzdělání potvrzené diplomem či jiným dokumentem, který umožňuje přístup k dalšímu vzdělání v oboru odborného vzdělání sester.

Nyní v České republice existuje trojí způsob kvalifikace k výkonu profese všeobecné sestry (Zákon č. 96/2004 Sb.):

- 3 roky studia akreditovaného bakalářského studijního oboru pro všeobecné sestry (titul Bc.)
- 3 roky studia akreditovaného vyššího odborného vzdělání pro diplomovanou všeobecnou sestru (titul DiS.)
- 1 rok studia akreditovaného vyššího odborného vzdělání pro diplomovanou všeobecnou sestru, pokud se jedná o absolventa oboru praktická sestra, zdravotnický záchranář, dětská sestra či porodní asistentka

Pro přijetí na jedno z těchto studií je nutné mít splněné středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Nezáleží na tom, zda uchazeči chodili na střední zdravotnickou školu, či nikoliv.

Z pohledu výkonu pracovních činností a pracovního uplatnění nejsou ve vyšším odborném a bakalářském vzdělání rozdíly (MZ ČR, 2021).

Na bakalářský obor lze navázat též magisterským studiem oboru Ošetrovatelství, kde mohou sestry získat specializaci například v těchto oborech: intenzivní péče, perioperační

péče, interní obory, chirurgické obory, geriatrické a další (Vyhláška č. 2011/55 Sb.) Dle Klasifikace zaměstnání ISCO mají všeobecné sestry se specializací „odpovědnost za plánování a řízení péče o pacienty včetně dohledu nad jinými pracovníky v oblasti zdravotnictví, pracují samostatně v týmech s lékaři a dalšími pracovníky v oblasti zdravotnictví a prakticky využívají preventivní a léčebná opatření“ (CZ-ISCO, 2023).

Dle Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR, 2021) se v praxi často stává, že sestřím se specializovanou působností v konkrétním oboru není tato specializace přiznána, pokud pracují na oddělení jiném. Tedy například sestře s odbornou specializací v chirurgických oborech není tato způsobilost přiznána, pokud pracuje na oboru interním. I kdyby se sestry chtěly účastnit dalšího vzdělávání, vytíženost z důvodu nedostatečných kapacit personálu jim to nedovoluje. Řešením by pak mohla být změna specializačního vzdělávání, kdy by v programech byla větší „průchodnost.“

Důležitou součástí vzdělávání všeobecných sester jsou také certifikované kurzy. Tyto kurzy umožní absolventovi získat zvláštní odbornou způsobilost ke konkrétně vymezené zdravotnické činnosti. Po absolvování tohoto kurzu získá absolvent certifikát, ve kterém jsou tyto činnosti, ke kterým získal zvláštní odbornou způsobilost, uvedené (NCO NZO, 2023). Těmito kurzy zdravotníci prohlubují svoji specializovanou<sup>1</sup> či odbornou<sup>2</sup> způsobilost.

Certifikovaný kurz zajišťuje Ministerstvem zdravotnictví akreditované zařízení. Aby zařízení dostalo akreditaci ministerstva, je třeba předložit žádost s několika položkami, mimo jiné i seznam činností, ke kterým bude zvláštní odborná způsobilost získána. Dle MZ ČR (2008a) je formulace těchto činností stěžejní a tyto úkony nesmí být totožné s úkony, které jsou vykonávány zdravotníky s odbornou způsobilostí. Mohou však být uvedené činnosti zdravotníků se specializovanou působností, ovšem certifikovaný kurz nemůže nahrazovat celý obor specializačního vzdělávání. Absolvování takového kurzu pak umožní všeobecné sestře převzít úkony jiných zdravotníků (zejména lékařů) do své kompetence.

---

<sup>1</sup> Specializovaná způsobilost je taková, která opravňuje zdravotníka k samostatnému výkonu povolání bez odborného dohledu (MZ ČR, 2008b).

<sup>2</sup> Odborná způsobilost je taková, která opravňuje zdravotníka k výkonu povolání pouze pod odborným dohledem (MZ ČR, 2008b).



### 3.4. Demografie a odměňování všeobecných sester

V roce 2020 pracovalo v českém zdravotnictví v zaměstnaneckém poměru okolo 80 000 všeobecných sester a porodních asistentek. Ze 70 % se jednalo o všeobecné sestry bez specializace, z 27 % o všeobecné sestry se specializací a ze 3 % o porodní asistentky (Mana, 2021).

Pokud bychom data přepočítali na úvazky, pak v České republice připadá okolo 7,8 úvazků všeobecných sester na 1 000 obyvatel. Ve srovnání se zeměmi OECD je to hodnota mírně podprůměrná, kdy průměr činí 9 úvazků sester na 1 000 obyvatel (MZ ČR, 2021).

V roce 2020 provedl ÚZIS ČR šetření personálních kapacit, ze kterého vyplynulo, že aktuálně je mezi poskytovateli lůžkové péče chybějící kapacita 2 704 úvazků všeobecných sester (MZ ČR, 2021).

Pro srovnání – u lékařů připadá okolo 4 úvazků na 1 000 obyvatel, zatímco průměr OECD činí okolo 3 úvazků lékařů na 1 000. Zde tedy Česká republika dosahuje nadprůměrných hodnot (OECD, 2023). I přesto lékaři v České republice chybí, a to okolo 2 až 3 tisíc (ČLK, 2022).

Hlavním problémem však nejsou nižší počty sester, ale spíše jejich nerovnoměrné rozdělení v regionech. Například ve Středočeském a Libereckém kraji je to méně než 6,5 úvazků všeobecných sester na 1 000 obyvatel. Nižší počet úvazků je též v dlouhodobé a následné lůžkové péči než v té akutní. Ovšem i kapacity v akutní lůžkové péči konstantně klesají (MZ ČR, 2021).

Jak upozorňuje Český statistický úřad (ČSÚ, 2019), za nedostatkem zdravotnického personálu v českých nemocnicích stojí zejména dva faktory – nedostatečné finanční ohodnocení zdravotníků, kdy platy jsou sice ve srovnání s jinými obory vyšší, ovšem díky vyššímu počtu odpracovaných hodin. Též jsou významné rozdíly v odměňování v závislosti na regionu a zřizovateli zařízení, ve kterém zdravotník pracuje.

Přitom díky mimořádným odměnám pro zdravotníky v době pandemie covid-19 se průměrná mzda zdravotníků za rok 2020 zvýšila o 16,5 %, což byl nejvyšší nárůst od roku 2015. Přesněji šlo o průměrné zvýšení o 6 500 Kč na 45 648 Kč. Nejvíce se mzdy zvýšily mladým sestrám ve věku od 25 do 29 let. Mzdy se sestrám navýšily i s ohledem na průměrnou mzdu všech zaměstnanců. V roce 2015 vydělávaly sestry skoro o 600 Kč

méně, než byl průměrný plat, v roce 2020 to bylo už o 7 100 Kč více (Mana, 2021).

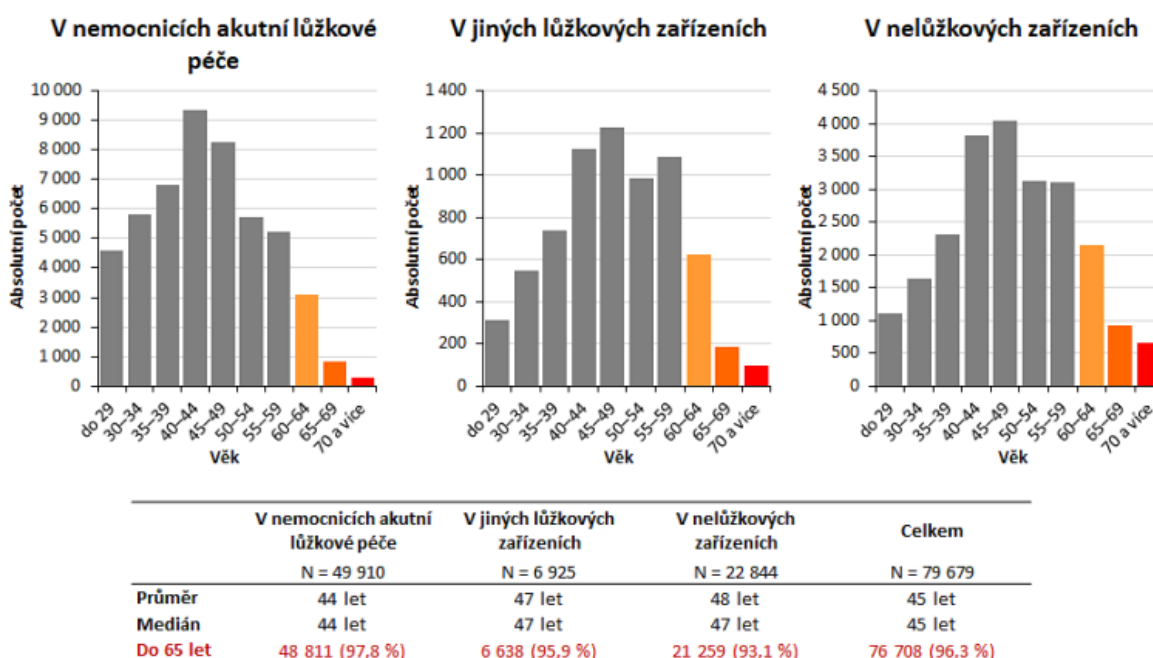
Na konkrétní výši výdělku má vliv několik faktorů. Zejména se jedná o to, zda je sestra odměňována dle platových tabulek ve státním sektoru, nebo pracuje za mzdu v nestátním zařízení (Mana, 2021). V roce 2021 bylo odměňování vyšší u sester, které pobíraly plat, a to skoro o 20 % oproti těm sestřím, které pobírají mzdu (ÚZIS, 2021).

Dále výdělky ovlivňuje též specializace sester, vzdělání a věk. Více si vydělají sestry s magisterským vzděláním se specializací a starší sestry, což je dáno platovými tabulkami, které zohledňují délku praxe (Mana, 2021).

Sestry jsou v České republice z 97 % ženy. U porodních asistentek je mužů ještě méně. Přesto se i zde objevuje gender pay gap a muži pracující na pozici zdravotní sestry si vydělávají výrazně více (Mana, 2021).

Za klesáním kapacit stojí mimo financí i demografické stárnutí, kdy průměrný věk (všech) zdravotních pracovníků stoupá. Průměrný věk všeobecných sester se specializací se mezi roky 2012 a 2017 zvýšil o 1,5 roku, u všeobecných sester bez specializace došlo k nárůstu věkového průměru dokonce o 2 roky<sup>3</sup>. Současný věkový průměr všeobecných sester je okolo 45 let (ČSÚ, 2019).

Graf 2 Věk a počet pracovníků dle pracovního zařazení – všeobecná sestra



Obrázek 1 Zdroj: MZ ČR, 2021, str. 24

<sup>3</sup> Do statistiky jsou zahrnuty i porodní asistentky.

Jak Bartmess et al. (2021) ale upozorňují, platy (a demografické stárnutí) zdravotníků nejsou jedinými faktory, které mohou ovlivňovat počty zdravotníků. Nekvalitní pracovní prostředí (často spojené se špatným personálním obsazením) též negativně ovlivňuje sestry i jejich pacienty. Například sestry, pro které je bezpečnost pacientů a vysoký standard péče velmi důležitý, se mohou cítit zoufale nebo být vyhořelé kvůli špatnému pracovnímu prostředí a rozhodnout se takové prostředí opustit. To jen může přispět k nedostatku sester a zhoršeným výsledkům péče.

### **3.5. Všeobecné sestry v českém zákoně**

Základní dokument upravující poskytování zdravotní péče je zákon č. 372/2011 Sb. Ten definuje, co je to zdravotní péče a kdo ji může poskytovat. Zároveň vymezuje ošetrovatelskou péči.

Podmínky pro získání a uznání způsobilosti k výkonu profese všeobecné sestry jsou uvedeny v již dříve zmíněném zákoně č. 96/2004 Sb. Požadavky k uznání akreditace studijního oboru pro všeobecné sestry jsou uvedeny ve vyhlášce č. 39/2005 Sb.

Úkony, které mohou všeobecné sestry vykonávat, jsou uvedeny konkrétně v paragrafu §4 vyhlášky č. 55/2011 Sb. Přesné znění tohoto paragrafu je uvedeno v příloze č. 1.

Paragraf rozděluje úkony na ty, které sestra může provádět samostatně bez odborného dohledu či indikace lékaře, na ty, které je zapotřebí provádět v dohledu lékaře, či jiné způsobilé osoby (např. všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí), a též jsou vymezeny úkony, které může provádět bez dohledu, ale na základě indikace lékaře (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Jak ale zdůrazňuje Mikšová et al. (2014), není to jen seznam činností, kterými může zaměstnavatel zdravotnického pracovníka pověřit, ale jedná se o seznam oprávnění k poskytnutí zdravotní péče bez návaznosti na dosažené vzdělání. Činnosti sester jsou definovány jak obecnými, tak konkrétními příklady, a to, že určitý úkon není v seznamu konkrétně uveden, neznamená, že jej sestra nemůže vykonávat. Zdravotní pracovník totiž může vykonávat i další činnosti, které spadají pod obecnou definici, pokud se jedná o činnost podobnou v náročnosti na dovednosti a znalosti a též rizika pro pacienta.

Náplň práce všeobecné sestry lze rozdělit do těchto kategorií:

- Ošetrovatelská péče

- Diagnosticko-terapeutická činnost
- Psychosociální činnost
- Administrativní práce
- Řídící činnost
- Edukační činnost
- Kontrolní činnost
- Výzkumná činnost
- Pedagogická činnost

Mezi úkoly sestry patří samostatné plánování a realizace ošetrovatelské péče, plnění indikace lékaře, spolupráce s dalšími členy týmu, koordinace léčby, kontakt s blízkými osobami pacienta a kontakt s dalšími institucemi (MZ ČR, 2021).

Konkrétněji se všeobecná sestra zabývá například sledováním a hodnocením fyziologických funkcí, pozorováním a hodnocením stavu pacienta, zajišťováním a vyšetřováním biologického materiálu získaného neinvazivní cestou, vyhodnocuje potřeby pacienta a projevy jeho onemocnění, odsává sekrety z horních cest dýchacích, ošetřuje centrální a periferní žilní vstupy, pečuje o močové katétry, edukuje pacienty a další (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

### **3.6. Překračování kompetencí**

Jak samo Ministerstvo zdravotnictví (MZ ČR, 2021) zmiňuje, dochází v praxi často k překračování kompetencí sester i přesto, že je činnost všeobecných sester právně vymezená. Často tak vykonávají úkony, které do jejich kompetencí nespádají, a to jak směrem „dolů“ (provádějí úkony praktických sester či sanitářů), tak směrem „nahoru“ (zastávají úkony lékařů). Příkladem může být vypisování žádanek na vyšetření, což spadá do kompetence lékařů, nebo poskytování hygienické péče pacientovi, které je zase úkolem praktické sestry či ošetrovatele.

Výkony, které sestra provádí za dohledu lékaře, nejsou přesně vyjmenované. Lékař tak může svojí indikací rozšiřovat kompetence všeobecných sester v oblasti přípravy, asistence nebo ukončování výkonů (Mikšová et al., 2014).

Tým přitom může pracovat efektivně a plnit cíle, kterými je pověřen, jen pokud se každý jeho člen věnuje svým kompetencím a neplní činnosti, které mu nepřípadají (Mason-Whitehead, 2008). Navíc nedbalá či nedůsledná práce, byť jednoho člena týmu, může vést ke komplikacím či přímo zhoršení stavu pacienta (Čadilová, 2008).

V roce 2018 zaslala Česká asociace sester (ČAS) hlavní sestře ČR Alici Strnadové návrh možných rozšířených kompetencí všeobecných sester. Asociace tím reagovala na požadavek Ministerstva zdravotnictví.

ČAS vnímá rozšířené kompetence jako přechod určitých kompetencí, které dříve patřily zejména lékařům, na proškolené všeobecné sestry a další nelékařská povolání s tím, že jsou za výkon těchto nových činností zodpovědní a odpovědně finančně ohodnocení (ČAS, 2018). Tato definice se dle názoru autorky této práce shoduje s definicí task shiftingu a byť ho dokument konkrétně nezmiňuje, vnímá jej a „rozšířené kompetence“ jako synonyma.

Členové ČAS se shodli na těchto kompetencích, které by mohly být v ČR nově svěřeny všeobecným sestřím (ČAS, 2018):

- Katetrizace močového měchýře mužů
- Rozpoznání a řešení změněné úrovně kognice pacientů
- Indikace a preskripce zdravotnických pomůcek a materiálů (sestrou s rozšířenými kompetencemi)
- Ordinace a interpretace základních vyšetření (sestrou s rozšířenými kompetencemi)
- Úpravy medikace a samostatné předepisování vybraných léků v konkrétních situacích (sestrou proškolenou ve farmakologii)
- Péče o epidurální katétr a pokračování ve zvolené léčebné metodě epidurální analgezie (všeobecnou sestrou bez specializace, nyní jej smí provádět pouze sestry a porodní asistentky se specializací v intenzivní péči a s certifikovaným kurzem)
- Úpravy ordinované medikace na základě nastavených tabulek (všeobecnou sestrou se specializovanou způsobilostí v intenzivní péči)
- Extrakce centrálního žilního katétru (po absolvování certifikovaného kurzu)

- Zavádění Huberovy jehly do implantovaného portového katétru (po absolvování certifikovaného kurzu)

Tyto úkony jsou již nyní všeobecnými sestrami často vykonávány, byť neoficiálně. Při jejich oficiálním přijetí by za ně alespoň mohly být řádně ohodnoceny.

Ve stejném roce Ministerstvo zdravotnictví požádalo také Českou lékařskou komoru, aby navrhla seznam kompetencí, které by mohly sestry převzít od lékařů. Lékařská komora žádost odmítla s tím, že by přesunem odpovědností lékaři ztratili přehled o probíhající léčbě, a nechtěli by tak nést odpovědnost za zásahy někoho jiného do péče o pacienta. Nechtějí také, aby jedinou motivací pro přesun kompetencí bylo ušetření financí. Navíc berou v potaz i problém, že sestry už jsou nyní vytížené, protože přebírají kompetence praktických sester či sanitářů (Kubek, 2018).

I přes teoretický i praktický pozitivní dopad task shiftingu se tak názory odborných organizací na jeho zavedení v České republice různí.

## **4. Kompetence sester v zahraničí**

Tato kapitola se bude věnovat problematice vymezení kompetencí sester na mezinárodní úrovni, a to nejprve v institucionální rovině, a poté popíše kompetence sester na konkrétním zahraničním příkladu.

### **4.1. Kompetence sester v mezinárodních institucích**

Tématem kompetencí sester se zabývá několik velkých mezinárodních institucí. Jedná se zejména o Světovou zdravotnickou organizaci, Mezinárodní radu sester a Evropskou federaci sester.

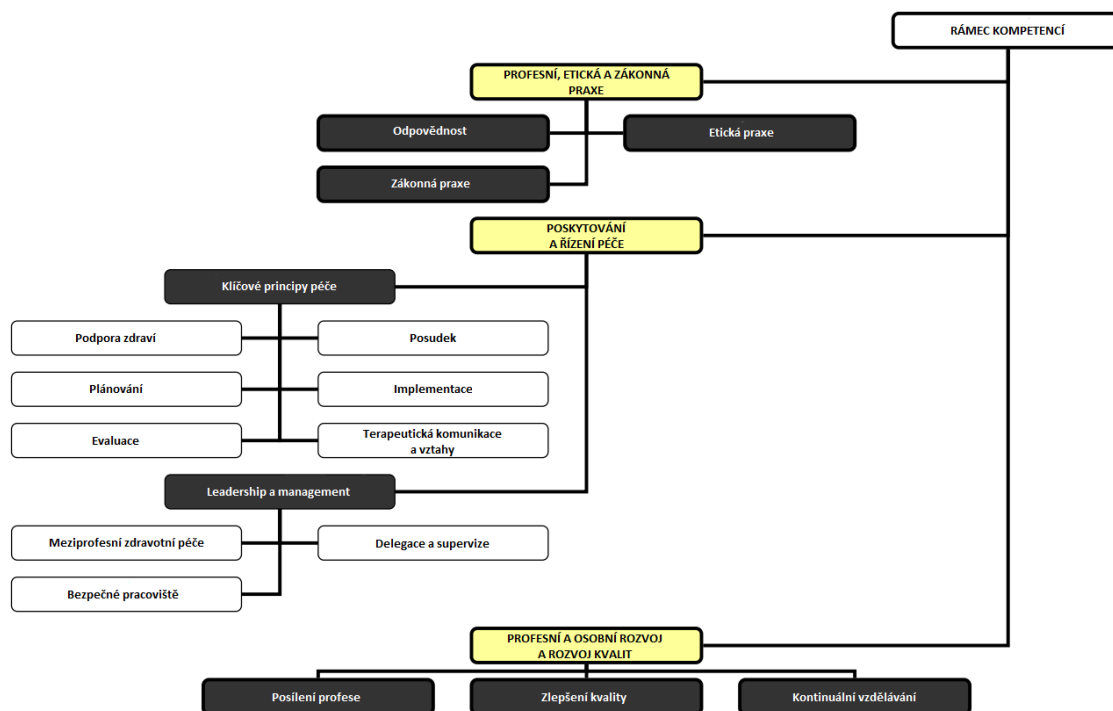
Hlavním cílem Světové zdravotnické organizace je zajistit univerzální zdravotní pokrytí a zajistit všem lepší zdravotní stav. Její činnost je tak více obecná, ale v dílčích cílech se zaměřuje i na zdravotníky. Mezinárodní rada sester reprezentuje ošetrovatelství, podporuje sestry a jejich well-being tak, aby mohly poskytovat péči všem bez rozdílu. Evropská rada sester vyzdvihuje roli sester, a to zejména na úrovni Evropské unie a snaží se posilovat jejich roli v multidisciplinárním týmu.

Světová zdravotnická organizace vydala v roce 2016 Globální strategii pro lidské zdroje ve zdravotnictví do roku 2030. V té se věnuje zejména cílům týkajícím se všech zdravotníků, i sester. Ve strategii je zdůrazňována nezbytnost dobře vymezených kompetencí zdravotníků. Jedině se spravedlivou distribucí a dostupností zdravotníků pro obyvatelstvo, a právě jejich kvalitně stanovenými kompetencemi, může být pokrytí službami efektivní. Dále doporučuje poskytnout jasné role, pokyny a adekvátní pracovní postupy, aby mohl být optimalizován výkon zdravotních pracovníků. K tomu má dojít vytvořením spravedlivého a formalizovaného zaměstnaneckého balíčku s ohledem na gender pracovníků. Navíc by měl tento balíček zahrnovat spravedlivou mzdu přiměřenou dovednostem a umožňovat další kariérní růst (WHO, 2016).

WHO též zdůrazňuje, že zásadním bodem pro řešení otázek týkajících se zdravotníků je praxe založená na spolupráci a společné vzdělávání profesí. Vzdělávání zdravotníků by tak mělo probíhat integrovaně, a mělo by při péči o pacienty podporovat týmovou i mezioborovou spolupráci (WHO, 2016).

Mezinárodní rada sester v roce 2009 vydala revidovaný rámec kompetencí všeobecné sestry. Ten má pomoci v místních podmínkách identifikovat základní kompetence

zdravotních sester. Původní rámec byl vytvořen k identifikování kompetencí, které byly očekávány od sestry při vstupu do praxe v roce 2003. Revize proběhla s ohledem na vývoj praxe a pokrok ošetřovatelství (ICN, 2009).



Obrázek 2 Zdroj: ICN, 2009, str. 8, překlad autorka

Jako tři hlavní oblasti sesterských kompetencí identifikovala Rada Profesní, etickou a zákonnou praxi, Poskytování a řízení péče a Profesní a osobní rozvoj a rozvoj kvalit. Nejedná se tedy o konkrétní výčet jednotlivých ošetřovatelských úkonů, které má sestra mít v kompetenci, ale spíše o tematické celky teoretických a praktických aspektů péče.

Částečně se dokument věnuje i překračování kompetencí sester. V podstatě tuto praxi odmítá, když říká, že sestra má přijímat zodpovědnost za vlastní profesní rozhodnutí a výsledky péče s ohledem na rozsah praxe a zákonné regulace. Zároveň si má uvědomovat hranice rozsahu praxe a vlastní kompetence. Též má provozovat praxi v souladu s profesními a příslušnými občanskými zákony a předpisy. Dokument sice uznává, že sestra může převzít delegované činnosti, ale pouze v souladu s osobní úrovní odbornosti a též právním rozsahem její praxe (ICN, 2009).

Podobně jako WHO, i Mezinárodní rada sester vyzdvihuje vzdělání jako základ profesionálního ošetřovatelství. Zejména v kontextu EU a volného pohybu pracujících osob, je klíčovým prvkem spolupráce všech zúčastněných, aby mohly vzdělávací plány odpovídat kontextům konkrétních zemí, a tak i potřebám jejich obyvatel. Díky tomu je



nezbytná spolupráce vzdělávacích institucí a klinických pracovišť (ICN, 2020).

Vlastní rámec kompetencí předkládá i Evropská federace sester. Ta vychází ze směrnice Evropské unie 2013/55/EU, kde jsou v 8 bodech obsaženy formální kvalifikace, které setra odpovědná za všeobecnou péči musí prokázat, a to bez ohledu na to, zda získala své vzdělání na univerzitě, vyšší či střední odborné škole nebo v jiné instituci zabývající se vzděláním pro ošetřovatelství (Směrnice 2013/55/EU):

- Samostatná diagnostika potřebné ošetřovatelské péče
- Účinná spolupráce s ostatními subjekty ve zdravotnictví
- Posilování pozitivního vztahu jednotlivců, rodin i větších skupin ke zdravému životnímu stylu a péči o sebe samého
- Inicie okamžitých opatření k záchraně života
- Samostatné poskytování rad a instrukcí jedinci, který potřebuje péči
- Samostatné zajišťování kvalitní ošetřovatelské péče a její hodnocení
- Komunikace a spolupráce s jinými zdravotnickými profesemi
- Analýza kvality péče za účelem zlepšení odborné praxe sester

Tyto kompetence jsou pro členské země Evropské unie zavazující, a tedy musí být v těchto zemích implementovány.

Evropská federace sester na tyto body navazuje vlastním souborem kompetencí, které rozděluje do 6 hlavních oblastí: Kultura, etika a hodnoty, Podpora zdraví a prevence, vedení a vyučování, Rozhodování, Komunikace a týmová práce, Výzkum, vývoj a leadership a Ošetřovatelská péče. Poslední kategorie je ještě dále dělena na Hodnocení a diagnózy, Plánování péče, Ošetřovatelské zákroky a Evaluace a hodnocení kvality. Tyto klíčové kompetence obsahují možné dílčí úkoly, které je třeba, aby student po dokončení svého studia bezpodmínečně znal a uměl. Rámec kompetencí všeobecných sester Evropské federace sester pak slouží k tomu, aby mohly být výstupy ze studia dále hodnoceny (EFN, 2015).

Žádná z mezinárodních institucí tedy nepředkládá konkrétní seznam úkonů, které má mít všeobecná sestra v kompetenci. Navrhují spíše tematické celky, ze kterých mají členské státy při jejich konkrétní definici vycházet.

## 4.2. Kompetence sester v Anglii

V této kapitole bude nastíněna situace kompetencí zdravotních sester v Anglii. Anglie byla ve výzkumu Groenewegena et al. (2022) identifikována jako jedna ze zemí s nejvyšší podporou task shiftingu. Navíc bylo Spojené království Velké Británie a Severního Irsku zařazeno Ministerstvem zdravotnictví ČR (2021) mezi země v rámci Evropy s nejvyšší mírou autonomie sester. Z těchto důvodů byla země vybrána ke srovnání.

Práce se věnuje konkrétně Anglii, a ne Velké Británii jako celku, vzhledem k tomu, že zdravotní systémy jednotlivých částí Velké Británie fungují odděleně.

### 4.2.1. Sestry ve Velké Británii

Ve Velké Británii funguje National Health Service (NHS) neboli Národní zdravotní služba. Jedná se o silně centralizovaný systém, který bývá uváděn jako příklad Beveridgova modelu zdravotnictví. Výdaje jsou financovány převážně z daní a zdravotní pracovníci NHS jsou zaměstnanci státu. Jak bylo zmíněno výše, NHS je rozdělena na čtyři nezávislé frakce dle konstitučních zemí – Anglie, Skotsko, Wales a Severní Irsko (Anderson et al., 2022).

Sestry jsou tedy většinou státními zaměstnanci. Pro získání statutu „registrovaná sestra“ (Registered Nurse) je nutné vystudovat jeden z těchto oborů ošetrovatelství: ošetrovatelství pro dospělé (adult nursing), ošetrovatelství pro děti (children’s nursing), ošetrovatelství pro osoby s poruchou učení (learning disability nursing) nebo ošetrovatelství pro duševní zdraví (mental health nursing) (NHS, 2023a).

České všeobecné sestře se nejvíce podobá sestra pro dospělé (adult nurse). Jak již bylo zmíněno výše, pro získání tohoto statutu musí uchazeč získat univerzitní diplom, tedy obdobně jako v České republice. Dalším studiem se sestry mohou specializovat v několika oblastech, jako je například sestra v intenzivní péči, sálová sestra, geriatrická péče apod. (NHS, 2023b).

Ekvivalentem české praktické sestry je asistent zdravotní péče (Healthcare assistant), který ale nemusí mít speciální zdravotnické vzdělání. Zaměstnavatelé mohou (ale nemusí) po uchazečích o tuto pozici požadovat určité výsledky ze standardizovaných testů z anglického jazyka a matematiky, nebo diplom z odborné zdravotnické školy, ale není to podmínkou. Očekává se však, že uchazeč bude mít již nějaké zkušenosti se zdravotní péčí, a to například formou placené, nebo dobrovolné praxe (NHS, 2023c).

Průměrný plat sester ve Velké Británii je okolo 2 800 £ měsíčně, což je v době zpracování této práce v přepočtu přibližně 76 000 Kč (Nurses.co.uk, 2023). Průměrný plat všech zaměstnanců v Británii se pohybuje okolo 2 500 £ měsíčně, tedy dle aktuálního kurzu přibližně 68 000 Kč (Office for National Statistics, 2023). Finanční odměny sester jsou tak v rámci Británie nadprůměrné.

#### **4.2.2. Předepisování léků**

Jedním z hlavních rozdílů v kompetencích českých a anglických sester je možnost anglických sester předepisovat léky, kompenzační pomůcky a další prostředky (MZ ČR, 2021). Pro srovnání – v České republice nyní mohou předepisovat vybrané zdravotnické prostředky na poukaz jen sestry se specializací v domácí péči (MZ ČR, 2022). Jak bylo zmíněno dříve, Česká asociace sester přitom navrhuje, aby došlo k rozšíření kompetencí a sestry mohly zdravotnické pomůcky a vybrané léky také předepisovat (ČAS, 2018). Anglické sestry pracující v domácí péči tuto činnost mohou vykonávat již od začátku 90. let minulého století, kompetence byla rozšířena i na další sestry o 10 let později (Jones et al., 2011).

Předepisování léků sestrami je ale i v současné době omezené. Aby sestra (nebo porodní asistentka či farmaceut) mohla léky předepisovat, musí nejprve projít akreditovaným kurzem k předepisování a následně se zaregistrovat u příslušného orgánu. Teprve potom je jí kompetence k předepisování uznána (Royal College of Nursing, 2022).

Ozývaly se sice hlasy proti zavedení této změny, ale národní evaluace ukázala, že předepisování léčiv sestrami nevedlo k poklesu bezpečnosti poskytované zdravotní péče (Bissell et al., 2008).

Z výzkumu Lattera et al. (2005) vyplývá, že většina sester vnímá tuto odpovědnost jako pozitivní s ohledem na kvalitu péče o pacienta. Též cítí, že jejich kompetence k předepisování léků má pozitivní dopady na dostupnost léčiv pro pacienty. Stejně tak to sestram umožnilo lépe využívat jejich dovednosti.

Umožnění předepisování léčiv nelékařským pracovníkům navíc zlepšilo klinické rozhodování napříč celým týmem a umožnilo přehodnocení rolí v multiprofesním zdravotnickém týmu (Bradley a Nolan, 2007, Avery et al., 2007).

Jones et al. (2011) též potvrdili, že také sestry v akutní péči hodnotí možnost předepisování jako prospěšnou pro pacienta a dochází díky ní k lepší a včasné péči a lepší týmové spolupráci. Navíc nebyly nalezeny žádné rozdíly mezi sestrami a lékaři v přístupu

k předepisování, nebo způsobu, jakým předepisují. Naopak velké rozdíly byly pozorovány ve spokojenosti pacientů. Ti, kteří medikaci konzultovali se sestrou, byli mnohem spokojenější než ti, kterým se věnoval lékař. Pacienti se zejména cítili lépe informovaní ve vztahu k léčivům, které užívají. Zároveň se ale neprodloužila délka konzultace, tedy neprokázalo se, že by sestry podávaly lepší informace jen díky tomu, že by měly na pacienty více času. Samy sestry ale zmínily, že pro úspěšnou implementaci jejich nové role byla důležitá podpora celého jejich týmu, a to zejména lékařů a vedoucích sester.

Rozšíření kompetencí sester se však neobešlo bez problémů. Další výzkum poukázal na mezery v nastavení kompetencí v předepisování léčiv u anglických sester, a to zejména u kontroly nežádoucích účinků léků. Problémy se objevily ve vnímání kompetencí mezi sestrami a lékaři. Dle lékařů je odpovědnost za kontrolu nežádoucích účinků léků na sestřích, a to i v případě, že lék předepsal právě lékař, a ne sestra. Sestry naopak vnímají, že odpovědnost na kontrole pacientova stavu po požití léků leží na tom, kdo léky předepsal. Dochází tak k případům, kdy si sestry myslí, že lékaři kontrolují nežádoucí účinky, dodržování léčby a edukují pacienty, zatímco lékaři si myslí, že to dělají vždy sestry (Logan et al., 2021).

I když se odborníci obecně shodli, že řešením tohoto problému je další navýšení kompetencí pro sestry, zmínili též obavy, že sestry nemají dostatečnou znalost farmakologie a na farmakoterapii nejsou vhodně připravené. Větší připravenost na převzetí odpovědnosti za sledování nežádoucích účinků cítily sestry s vyšším vzděláním a specializací, řešením by tak mohlo být strukturální přenesení odpovědnosti za sledování pacientů, a případných nežádoucích účinků léků, na sestry s vyšším vzděláním a specializací (Logan et al. 2021).

#### **4.2.3. Interpretace EKG**

Dalším rozdílem v kompetencích českých a anglických sester je právo k interpretaci EKG. I tuto kompetenci navrhuje ČAS (2018) přesunout na vybrané české sestry.

I přesto, že je EKG nejčastější kardiologický zákrok, existuje ve Velké Británii jen málo výzkumů na toto téma (Wolff et al., 2012). Pokud už výzkum je, většinou se týká situace v primární péči. I přesto, že se tato diplomová práce zaměřuje na péči sekundární, věnuje se nyní i této oblasti, protože k interpretaci EKG dochází v obou sektorech péče, tedy i tak mohou být poznatky z péče primární přínosné pro péči sekundární.

Z výzkumu Wolffa et al. (2012) vyplývá, že EKG měří v ordinacích praktických lékařů ve většině případů sestry, případně asistent zdravotní péče. 86 % ordinací interpretovalo výsledky EKG přímo na místě, zbytek posílal výsledky do zařízení sekundární péče. I přesto, že interpretaci EKG mohou dělat sestry, pouze 10 % ordinací praktického lékaře tak dělalo. Ve většině tak EKG interpretují sami praktičtí lékaři.

Výzkum Manta et al. (2007) přitom ukázal, že anglické sestry rozeznaly na EKG srdeční arytmiu stejně často jako lékaři. Rozdíl byl pouze v konkrétnosti jednotlivých diagnóz, kdy lékaři byli přesnější.

Podobné výsledky správné interpretace mezi sestrami a lékaři potvrdili též Wilson et al. (2012). Ischemickou chorobu dokázalo identifikovat dokonce o 15 % sester více než lékařů (50 % lékaři, 65 % sestry), přesnější diagnózu však naopak vyslovili lékaři (lékaři 65 %, sestry 42 %). Tedy sestry odhalily více případů ischemické choroby, ale lékaři lépe specifikovali její typ.

Též Pottle (2005) ukázal, že sestry jsou kompetentní v monitorování srdeční činnosti a identifikování arytmií.

Rajaganeshan et al. (2008) se již zabývali situací v anglických nemocnicích, tedy v sekundární péči. Konkrétně se věnovali situaci na akutním příjmu interního oddělení a schopnosti sester, kardiologů, ostatních lékařů a kardiologických techniků („cardiac technician“<sup>4</sup>) správně umístit elektrody na pacientovu hrud'. Nejsprávněji umístiti elektrody kardiologičtí technici (z 90 %), následovaní sestrami, které se trefily z 50 %. Nejhorší dopadli kardiologové, kteří se mýlili častěji i než ostatní lékaři s jinou specializací. Problém tak nastává nejen u interpretace výsledků, ale již u správného umístění elektrod při měření EKG.

Za chybovostí sester (a lékařů) při měření a interpretaci EKG může stát fakt, že neexistuje jednotná standardizovaná metoda pro výuku interpretace EKG (Fent et al., 2015).

---

<sup>4</sup> „Cardiac technician“ nebo také „cardiographer“ je speciální pracovní pozice v rámci NHS. Tento člověk pracuje na oddělení kardiologie a v jeho kompetenci je obsluha a vyhodnocování EKG a sonografie, sledování stavu pacienta na běžícím pásu, kontrola kardiostimulátorů apod. (NHS, 2023d).

## 5. Metodologie a data

V této kapitole práce popíše metodologii, tvorbu výzkumného nástroje a sběr dat výzkumu.

Data použitá v této práci pochází z kvantitativního šetření. Ke sběru dat byl vytvořen a použit standardizovaný dotazník.

Dotazník byl zaměřen konkrétně na všeobecné sestry, jelikož u nich nejčastěji dochází k překračování zákonně daných kompetencí (MZ ČR, 2021). Cílen byl konkrétně na oddělení interní medicíny a chirurgie, protože tato dvě oddělení byla zkoumána i v předchozích výzkumech týkajících se kompetencí sester. To mi následně umožnilo lepší srovnání a diskuzi výsledků.

Dotazník sestával z 23 otázek týkajících se kompetencí všeobecných sester. Zkoumána byla znalost vlastních kompetencí, spokojenost s jejich současným nastavením, ochota k převzetí nových kompetencí, a také četnost a motivace k překračování kompetencí.

Jedna sada otázek v dotazníku byla zaměřena na kompetence ke konkrétním ošetrovatelským zákrokům. Abych mohla v následné analýze podrobně zjistit, u jakých úkonů dochází mezi sestrami k překračování kompetencí nejčastěji, provedla jsem srovnání kompetencí jednotlivých typů sester.

V následující tabulce uvádím co nejjednodušší komparaci kompetencí jednotlivých sester. Vzhledem k tomu, že i tak může být tabulka v určitých případech nepřehledná, je třeba alespoň částečně nastínit postup její tvorby:

Nejprve jsem ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. identifikovala ty úkony, které má ve své kompetenci pouze praktická sestra. Jak bylo řečeno dříve, všeobecné sestry často provádí úkony, které nejsou v jejich kompetenci, i směrem „dolů“ (MZ ČR, 2021). Tyto úkony by tedy sestry s vyšším vzděláním provádět nemusely/neměly.

Dále jsem identifikovala ty úkony, u kterých dochází k překryvu všeobecné a praktické sestry. Jak zmiňuje Prošková (2010) hranice mezi jednotlivými profesemi zdravotnického týmu nemusí být vždy jasně vymezené a některé úkony mohou spadat pod více profesí. Právě tyto činnosti jsem chtěla nalézt.

Nakonec jsem do tabulky zahrnula též kompetence všeobecných sester se specializací,

a to konkrétně „sestra pro péči v interních oborech<sup>5</sup>“ a „sestra pro péči v chirurgických oborech<sup>6</sup>“, protože se právě těmito dvěma odděleními věnují i ve svém dotazníkovém šetření. U těchto dvou specializací jsou uvedeny též úkony, které může sestra vykonávat v domácím prostředí pacienta. Jelikož se zaměřují na sestry v nemocnicích, tyto činnosti do tabulky nezahrnují.

„A“ v tabulce indikuje „Ano“, tedy sestra může provádět činnost bez dohledu a bez indikace lékaře, „N“ znamená „Ne“, tedy sestra kompetence k této činnosti dle zákona nemá, a „I“ značí, že sestra úkon provádět může, ale pouze na základě indikace lékaře.

<b>Kompetence</b>	<b>Praktická sestra</b>	<b>Všeobecná sestra</b>	<b>Interní sestra</b>	<b>Chirurgická sestra</b>
Pozorovat a zaznamenávat schopnost příjmu potravy	A	N	N	N
Provádět komplexní hygienickou péči, včetně prevence proleženin	A	N	N	N
Zajišťovat stravu a pití pacientům dle diet, pečovat o vyprazdňování	A	N	N	N
Aplikovat zábaly, obklady, léčivé koupele, teplé a studené procedury	A	N	N	N
Provádět sociální aktivizaci	A	N	N	N
Zajišťovat psychickou pohodu	A	N	N	N
Zajišťovat herní aktivitu dětí	A	N	N	N
Sledovat fyziologické funkce	A	A	A	A
Pozorovat a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta	A	A	A	A
Provádět rehabilitační ošetřování	A	A	N	N

<sup>5</sup> V tabulce zkráceno na „interní sestra“

<sup>6</sup> V tabulce zkráceno na „chirurgická sestra“

Sledovat poruchy celistvosti kůže a stav sliznic	A	A	N	N
Ošetřovat chronické rány a stomie	I	A	A	A
Hodnotit chronické rány	N	A	A	A
Pečovat o močové katetry pacientů starších 3 let	A	A	N	N
Provádět výměnu močového katetru mužů a chlapců starších 15 let	N	N	A	A
Provádět katetrizaci močového měchýře mužů a chlapců starších 15 let	N	N	I	I
Ošetřovat periferní žilní vstupy	A	A	N	N
Zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů	A	A	N	N
Poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta	A	A	A	A
Zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve	I	A	N	N
Odsávat sekrety z horních cest dýchacích u pacientů při vědomí starších 10 let a zajišťovat jejich průchodnost	I	A	A	N
Zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii	I	I	A	N
Pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích	N	N	A	N
Přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky a manipulovat s nimi	A	A	N	N
Přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu	A	A	N	N
Zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně	A	A	N	N



věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků				
Podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let	I	I	N	N
Podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely	I	I	N	N
Poskytovat paliativní péči	N	I	A	A
Zavádět a ukončovat domácí péči	N	N	I	I
Podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru	N	N	I	I
Zavádět a odstraňovat Huberovu jehlu do implantovaného portového katetru	N	N	I	I
Provádět dialýzu	N	N	I	N
Provádět tracheobronchiální laváže	N	N	I	N
Edukovat pacienty	N	A	A	A
Provádět poradenskou a dispenzární činnost v rozsahu své specializované způsobilosti	N	N	A	A
Provádět a dokumentovat fyzikální vyšetření pacienta	N	I	A	A
Provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetřovat po výkonu	N	N	I	I

*Tabulka 1 Zdroj: Autorka, na základě vyhlášky č. 55/2011 Sb.*

Srovnání kompetencí sester a lékařů je ještě složitější. Neexistuje totiž zákon s přesně vypsány kompetencemi lékařů, jako je tomu u sester. Je dostupná pouze vyhláška č. 397/2020 Sb. o vzdělávání v základních kmenech lékařů, která definuje požadavky na praktické dovednosti a teoretické znalosti budoucích lékařů, které jsou prověřovány při zkoušce. Seznam těchto dovedností je rozsáhlý, proto ho uvádím v příloze č. 2, a to konkrétně pro základní kmen chirurgický a interní ze stejných důvodů, jako věnuji pozornost sestřím se specializací v interních oborech a chirurgii.

Po otázkách ke kompetencím sester následovalo v dotazníku 9 identifikačních a sociodemografických otázek.

Podoba dotazníku byla konzultována s panem Michalem Benešem z BENES Consulting, aby byla zajištěna statistická přesnost výzkumného nástroje.

Dotazník byl vytvořen v elektronické podobě a ke sběru dat byla využita online platforma Click4Survey.

V prvním kole sběru dat byly osloveny skrze vedoucí sestry či lékaře všeobecné sestry na oddělení interní medicíny a chirurgie v Krajské nemocnici Liberec, Fakultní nemocnici Hradec Králové a soukromé Nemocnici Vrchlabí. Z prvního kola šetření však nebyl získán dostatečný počet respondentů, proto byly v druhém kole osloveny i Rokycanská nemocnice, Fakultní nemocnice Plzeň a Městská nemocnice Čáslav.

I přes opakované žádosti o vyplnění dotazníků nebyla návratnost dostatečná, z prvního a druhého kola sběru dat bylo sesbíráno pouze 45 dotazníků, z toho 22 z nich, i přes upozornění na cílovou skupinu, vyplnily sestry praktické. Z tohoto důvodu byl odkaz na elektronický dotazník ve třetím kole sběru dat sdílen ve facebookové skupině „[sestřičky](#)“. Jedná se o soukromou skupinu s přibližně 16 000 členy, a přijetí do ní musí přijmout její jediný správce, který sám rozhoduje o tom, kdo bude členem a kdo ne<sup>7</sup>.

Nakonec se dotazníkového šetření zúčastnilo 406 osob. Dotazník opět někdy vyplňovaly i praktické sestry, a též všeobecné sestry z odlišných oddělení mimo interny a chirurgie. Po vyfiltrování těchto respondentů byla analyzována data od 184 respondentů.

Sběr probíhal od 10. února 2023 do 22. března 2023.

Základní úprava a čištění dat probíhala v programu Microsoft Excel. Podrobnější statistické zpracování a testování hypotéz a korelací proběhlo v programu IBM SPSS Statistics 23.

---

<sup>7</sup> Příspěvek s prosbou o vyplnění dotazníku je přiložen v příloze č. 4.

## 6. Hlavní zjištění dotazníkového šetření

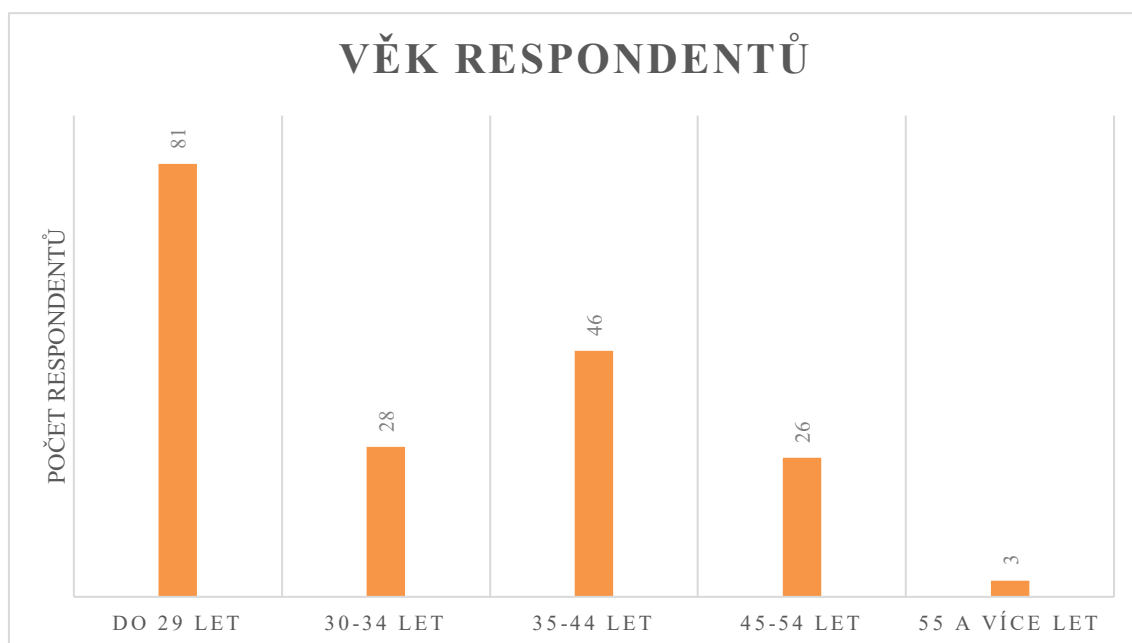
Tato kapitola se věnuje statistickým výsledkům dotazníkového šetření. Dotazník je přiložen v příloze č. 3.

### 6.1. Demografie respondentů

Nejprve je třeba uvést demografické rozložení respondentů, tedy jejich pohlaví, věk, délku praxe, nejvyšší dosažené vzdělání a další.

Ze 184 respondentů byl pouze 1 muž, ve zbytku se jednalo o všeobecné sestry – ženy.

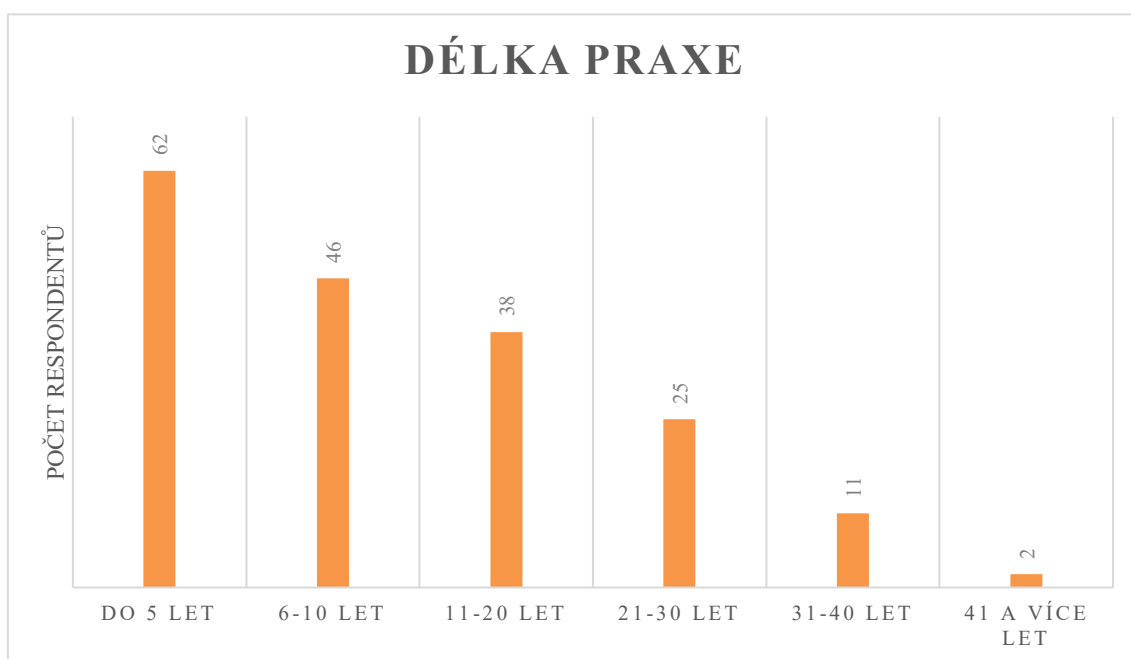
Věkové rozložení respondentů bylo následující:



Graf 1 Zdroj: Autorka

Největší skupinou respondentů byli ti mladší 30 let. Druhou nejpočetnější skupinou byly sestry od 35 do 44 let. Všeobecné sestry starší 55 let se výzkumného šetření účastnily pouze tři. Dalo by se předpokládat, že větší počet respondentů do 29 let může být zapříčiněn distribucí dotazníku přes sociální sítě, které častěji používají mladší osoby. Po zběžné analýze věkového rozložení respondentů oslovených skrze nemocnice a skrze Facebook, které je uvedeno v příloze č. 5, však nelze tuto domněnku potvrdit, věkové rozložení respondentů je víceméně stejné.

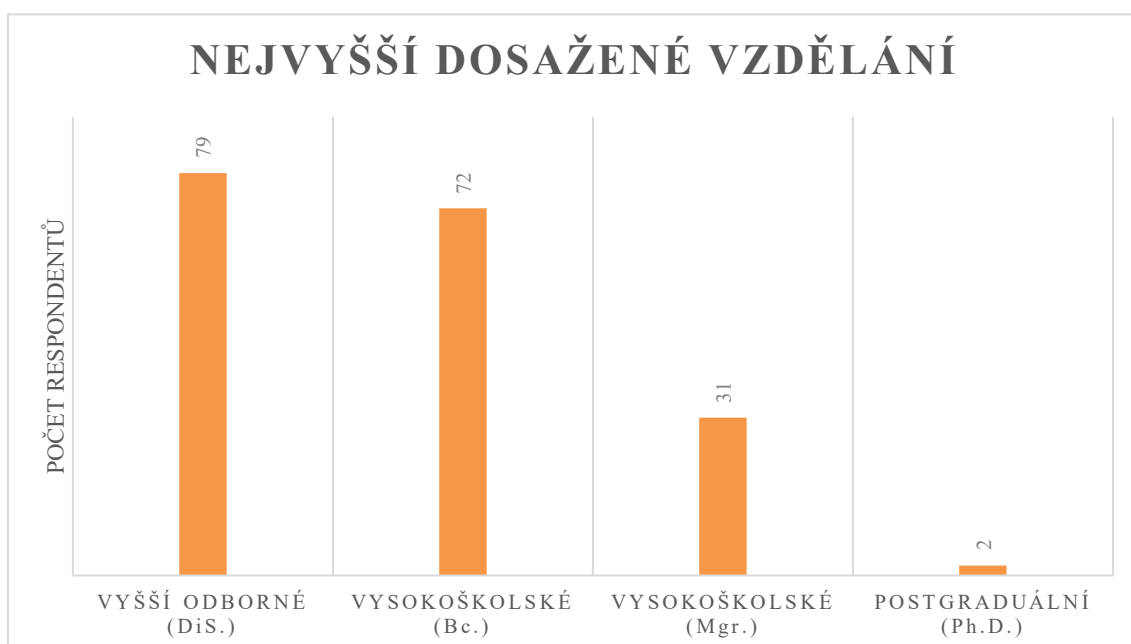
Věk respondentů částečně kopíruje délka praxe:



Graf 2 Zdroj: Autorka

Díky mladému věku respondentů se šetření nejvíce účastnily sestry s krátkou délkou praxe, a to do 5 let. S narůstající délkou praxe počet respondentů klesal.

Vzdělání respondentů bylo nejčastěji vyšší odborné a též bakalářské. Sester se specializací (tedy sester s magisterským vzděláním) se do šetření zapojilo méně. Sestry s postgraduálním vzděláním byly ve výzkumném vzorku pouze dvě.

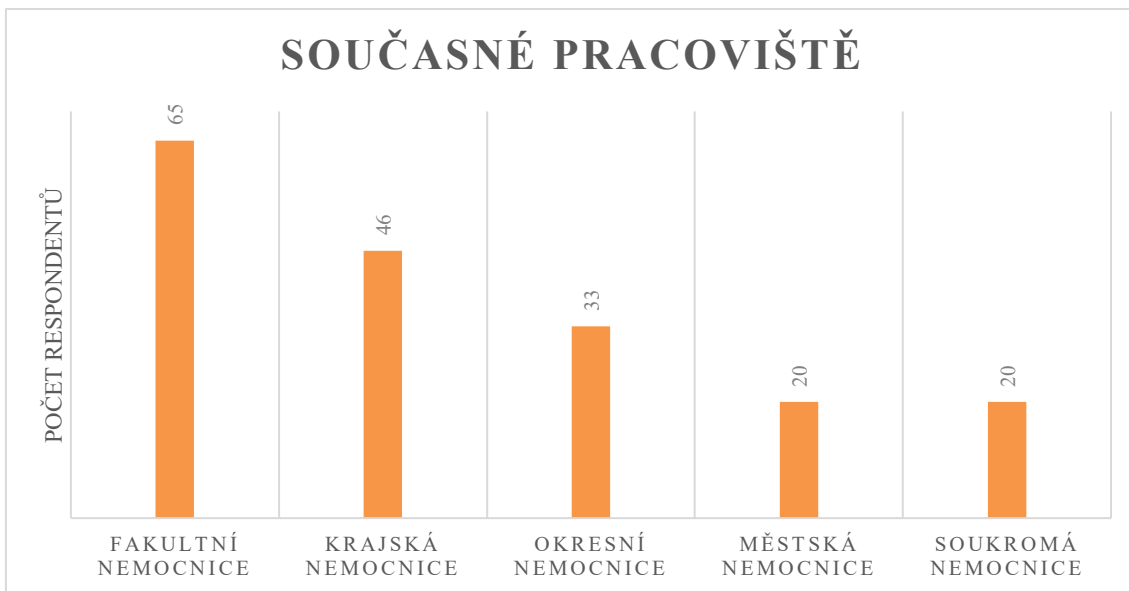


Graf 3 Zdroj: Autorka

Jak bylo zmíněno výše, šetření se účastnily i praktické sestry (tedy sestry se

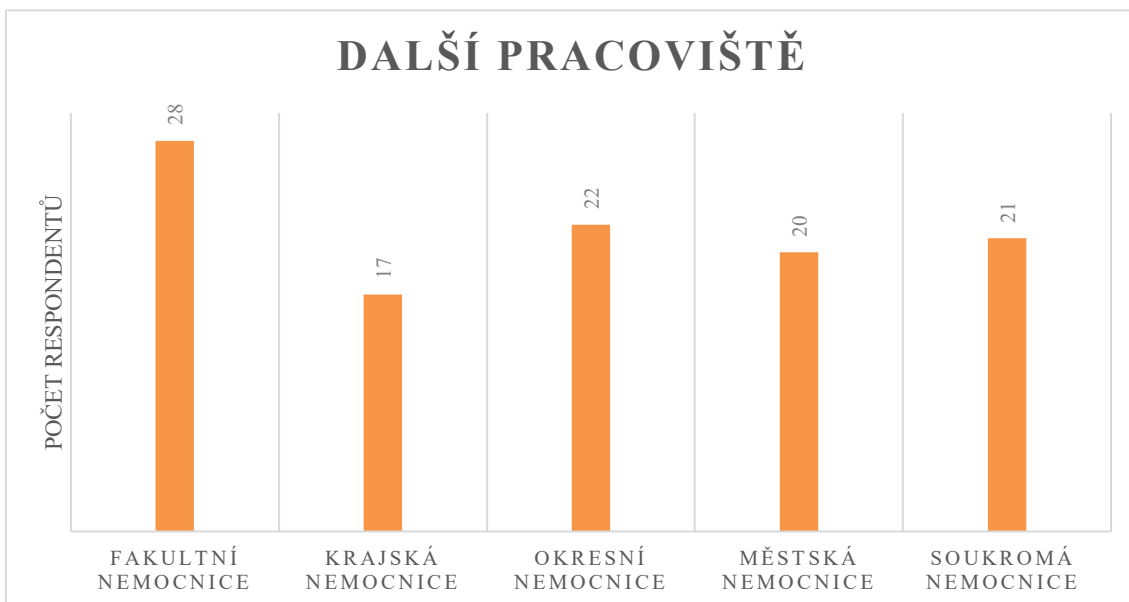
středoškolským vzděláním), ty byly pro účely výzkumu z analýzy vyřazeny, a proto i zde tato kategorie chybí.

Třetina respondentů pracuje v současné době ve fakultní nemocnici, tedy v nemocnicích přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví ČR.



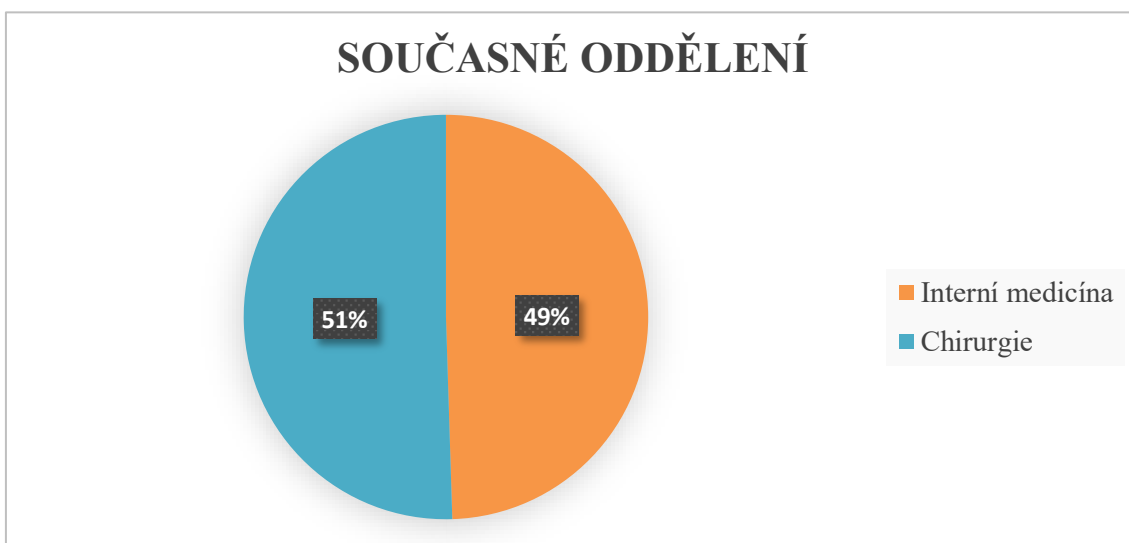
Graf 4 Zdroj: Autorka

Pro polovinu sester byla současná nemocnice další v řadě, tedy není to první nemocnice, ve které pracují. Pět sester z nich navíc pracovalo ve více než dvou nemocnicích.



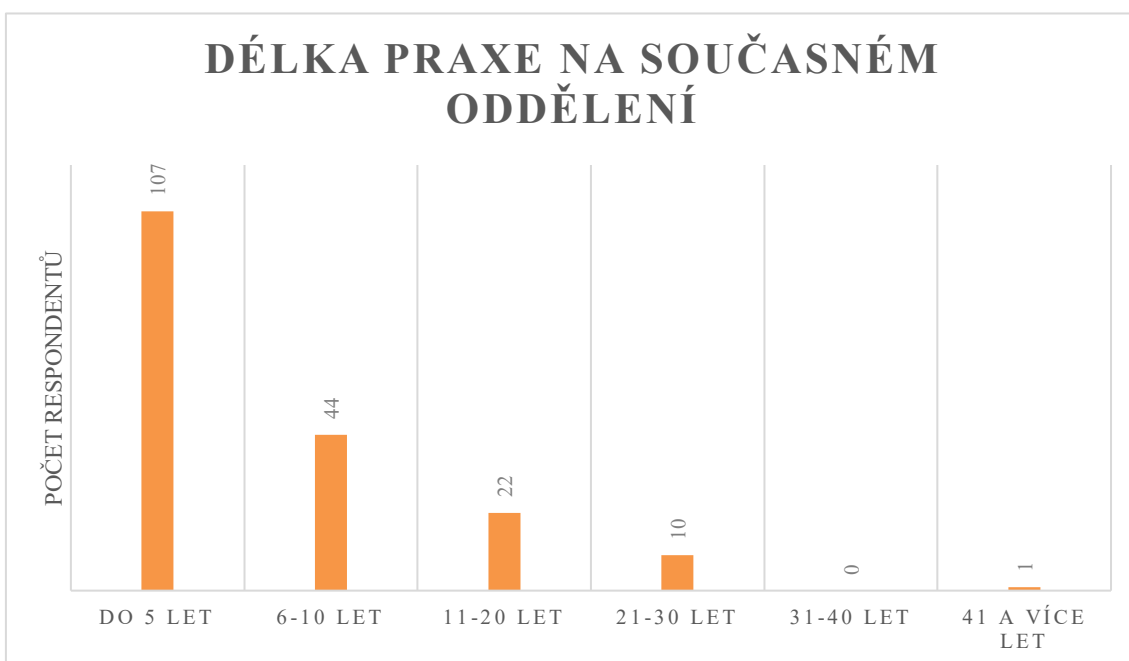
Graf 5 Zdroj: Autorka

Počet respondentů pracujících na oddělení interní medicíny a chirurgie byl téměř totožný.



Graf 6 Zdroj: Autorka

Sestry byly též tázány, jak dlouho na současném oddělení pracují.



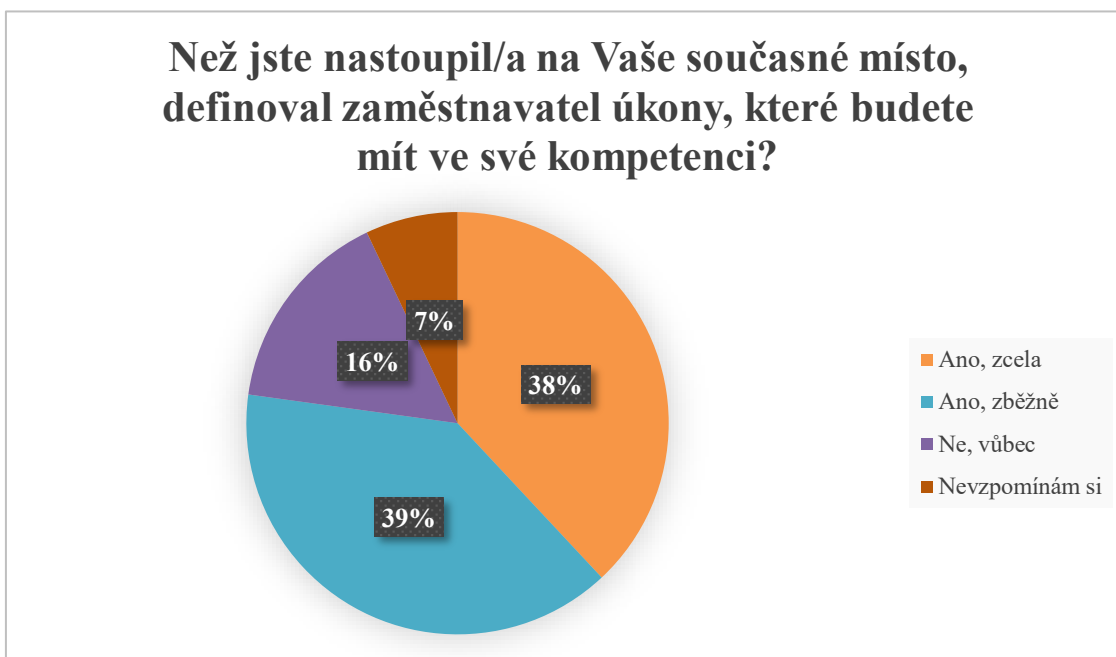
Graf 7 Zdroj: Autorka

Téměř 60 % respondentů pracuje na současném oddělení nově, a to do 5 let. I tato statistika kopíruje mladý věk sester, které se výzkumu účastnily.

## 6.2. Výsledky šetření

Tato kapitola se soustředí na výsledky otázek týkajících se kompetencí všeobecných sester.

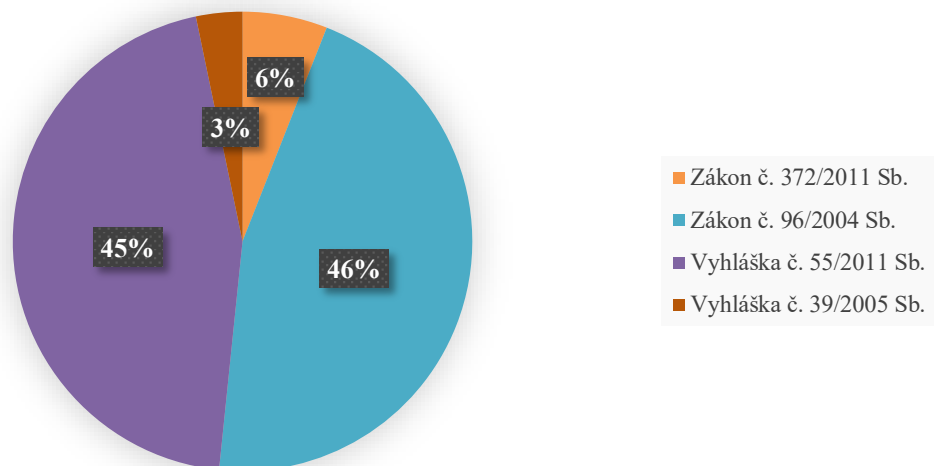
V první otázce bylo zjišťováno, zda před nástupem na současnou pozici zaměstnavatel definoval úkony, které bude mít sestra ve své kompetenci. Pokud bychom vyřadili z analýzy ty sestry, které si nevzpomněly, pak 83 % sestrám ze vzorku zaměstnavatel alespoň částečně tyto úkony definoval. Přesněji – v 41 % případech zaměstnavatel tyto úkony definoval zcela, ve 42 % je definoval alespoň zčásti. V grafu jsou uvedena procenta i se sestrami, které si na případnou definici nevzpomněly.



Graf 8 Zdroj: Autorka

Další otázka měla ověřit, zda všeobecné sestry ví, ve kterém legislativním předpisu jsou jejich kompetence definovány. Méně než polovina všeobecných sester (45 %) správně určila zákon, ve kterém najdou úkony, které mají ve své kompetenci. Nejčastěji (46 %) si myslely, že jsou úkony vymezeny v zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V tomto zákoně jsou však uvedeny podmínky k uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti, která souvisí s poskytováním zdravotní péče (Zákon č. 96/2004 Sb.). Právní předpis, ve kterém je výčet úkonů, ke kterým všeobecná sestra má kompetence, je vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

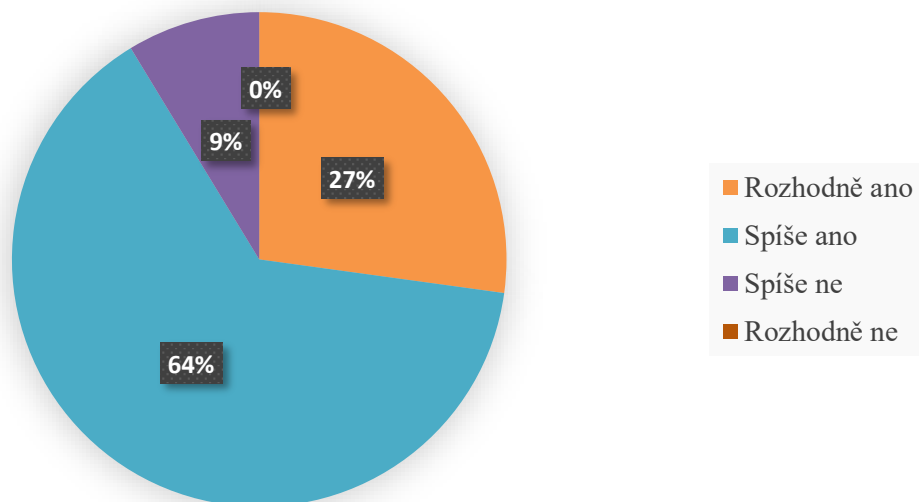
### V jakém zákoně naleznete úkony, které máte ve své kompetenci?



Graf 9 Zdroj: Autorka

Sestry si přitom byly z 27 % zcela jisté, že znají své zákonné kompetence, a z 64 % alespoň částečně jisté, že je znají. Pouze 9 % (16 sester) respondentů přiznalo, že si nejsou jistí, zda ví, co mají ze zákona v kompetenci.

### Myslíte si, že znáte své zákonné kompetence?



Graf 10 Zdroj: Autorka

Sedm sester z těchto 16 přitom vědělo, ve kterém zákoně své kompetence hledat a šesti z těchto 9 % zaměstnavatel definoval jejich kompetence při nástupu. Tři sestry ze vzorku ví, kde své zákonné kompetence najít, zaměstnavatel je definoval, a přesto si myslí, že své kompetence neznají.



Znalost vlastních kompetencí všeobecných sester byla též testována na vzorku konkrétních úkonů. Niže je uvedena přehledová tabulka dle jednotlivých úkonů, u kterých sestry určovaly, zda je mají ve své kompetenci, či nikoliv. K uvedenému úkonu měly určit, zda ji mají zcela ve své kompetenci, tedy mohou ji provádět bez dohledu a indikace lékaře, zda ji mohou provádět bez dohledu, ale na základě indikace lékaře, zda ji mohou provádět, ale pouze pod dohledem lékaře či sestry s vyšším vzděláním, nebo zda ji nemohou provádět vůbec za žádných okolností.

Vedle názvu konkrétního výkonu je uvedené procento chybovosti – tedy procentuální zastoupení sester, které chybně určily, zda na výkon daného zákroku mají právo.

<b>Výkon</b>	<b>Procento chybovosti</b>	<b>Poznámka</b>
Pečovat o vyprazdňování pacientů	99,5 %	V kompetenci mají praktická sestra, ošetřovatel a sanitář, nikoli všeobecná sestra
Aplikovat teplo a chlad	99,5 %	V kompetenci má pouze praktická sestra
Provádět hygienickou péči pacienta	98 %	V kompetenci mají praktická sestra, ošetřovatel a sanitář, nikoli všeobecná sestra
Upravovat lůžko pacienta	98 %	V kompetenci mají pouze sanitář nebo ošetřovatel
Odsávat sekrety z horních cest dýchacích u pacientů při vědomí starších 10 let	93 %	Bez dohledu a indikace mohou provádět jen sestry se specializací v interních oborech a pro intenzivní péči
Extrakce centrálního žilního katetru	87 %	V kompetenci má pouze sestra se specializací pro intenzivní péči, a to na základě indikace lékaře
Odsávat sekrety z dolních cest dýchacích u pacientů při vědomí	63 %	Může vykonávat jen sestra se specializací v interních oborech, a to

starších 10 let		bez dohledu a indikace lékaře
Zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve	62 %	Mají v kompetenci jen všeobecné sestry bez specializace
Katetrizace močového měchýře mužů	34 %	Mohou provádět jen sestry se specializací v interních a chirurgických oborech a pro intenzivní péči u mužů starších 15 let na základě indikace lékaře
Vypisovat žádanky na vyšetření	32 %	V kompetenci lékaře
Sledovat fyziologické funkce pacienta	16 %	V kompetenci všeobecné sestry bez dohledu a indikace – uvedené procento sester chybně uvedlo, že mohou provádět úkon jen na základě indikace lékaře
Vyhodnocovat EKG	14 %	V kompetenci lékaře
Předepisovat pacientům léky	4 %	V kompetenci lékaře

*Tabulka 2 Zdroj: Autorka*

Jak je z tabulky patrné, nejvíce dochází k překračování směrem „dolů“. Téměř všechny všeobecné sestry z výzkumného vzorku považují za své kompetence ty úkony, které dle zákona připadají jiným nelékařským profesím s nižším vzděláním (praktické sestře, ošetřovateli či sanitáři).

Jedna ze sester v otevřené otázce dotazníku připsala: „Kompetence nás už i špatně učí na škole. Učí nás třeba jak odsávat z dolních cest dýchacích, a to v kompetencích nemáme.“

Dále v dotazníku následovaly otázky, které měly zjistit, proč k překračování kompetencí dochází. U důvodů k překračování mohly sestry volit více možností.

## Jaký byl nejčastější důvod, proč jste vykonal/a činnost, která není ve Vaší kompetenci?



Graf 11 Zdroj: Autorka

Na první pohled je zřejmé, že nejčastějším důvodem pro vědomé překračování kompetencí, je prostá zvyklost pracoviště. Tuto možnost zvolilo přes 80 sester. Častým důvodem je též časová úspornost a nedostatek personálu. V kategorii „jiné“ sestry zmiňovaly tyto důvody: „Doktor to neuměl, já ano a pacient to potřeboval.“ „Záchrana života pacienta.“ „Vědomě jsem překročila své kompetence, které mi přijdou zbytečně omezující.“ „Chtěla jsem se zdokonalit nad rámec svých kompetencí.“ „Naučit se něco nového.“

Jedním z volených důvodů byla též odpověď „Nechtěl/a jsem zpochybňovat autoritu lékaře/vedoucí sestry.“ Tento důvod byl podrobněji zkoumán i v dalších otázkách.

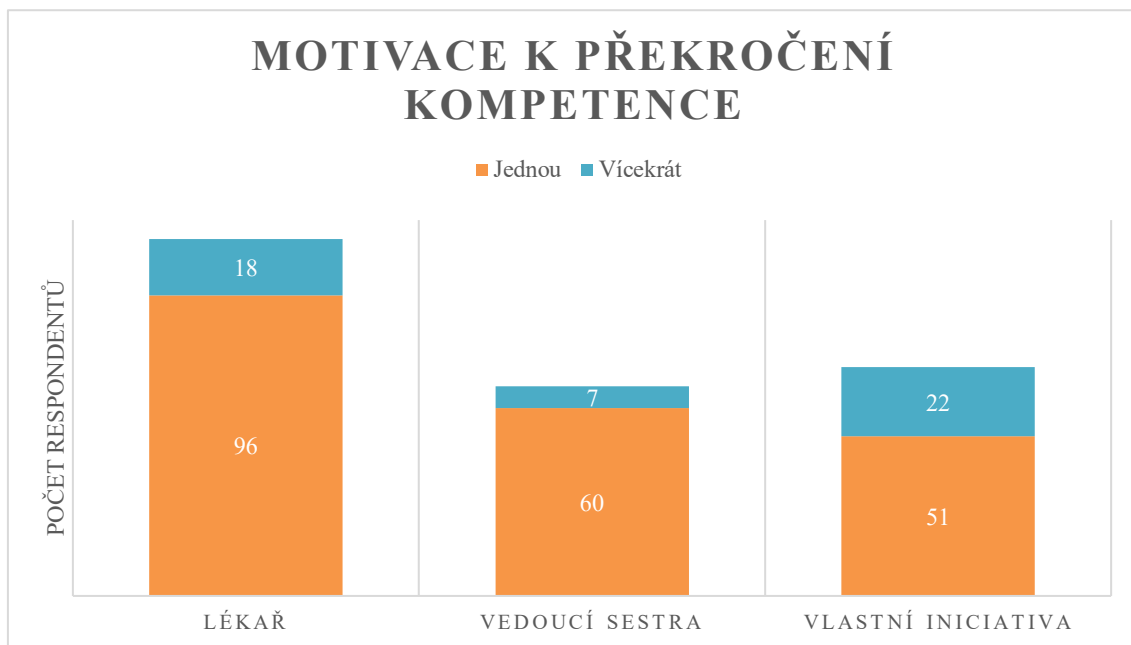
68 % sester ze zkoumaného vzorku přiznalo, že po nich lékař minimálně jednou požadoval úkon, který není v jejich kompetenci. 44 % sester bylo požádáno vedoucí sestrou, aby vykonaly něco nad rámec jejich kompetence.

Bylo však třeba zjistit, zda sestry tyto žádosti vedoucího personálu opravdu plní. 96 sester výjimečně vykonalo úkon, který nemají ve své kompetenci, na základě žádosti lékaře. 18 sester tak učinilo vícekrát. 60 sester výjimečně vykonalo úkon, který nemají ve své kompetenci, na základě žádosti vedoucí sestry. Sedm sester tak učinilo vícekrát. Dohromady tak poslechlo žádost lékaře 91 % sester, které jím byly požádány. Žádost vedoucí sestry vyslechlo 84 % sester.

Je tedy patrné, že ve více případech sestry vyhověly žádosti lékaře, spíše než vedoucí

sestry.

Nakonec byla zkoumána též vlastní iniciativa k překročení kompetencí. Zde bylo překročení častější než na základě žádosti vedoucí sestry. Alespoň jednou překročilo z vlastní iniciativy své kompetence 73 sester (40 % sester z celkového souboru). Konkrétně 51 sester překročilo své kompetence jednou, 22 sester opakovaně.



Graf 12 Zdroj: Autorka

Pouze 25 sester (14 % respondentů) překročení svých kompetencí litovalo.

Další otázka dotazníku směřovala ke kontrole překračování kompetencí v rámci oddělení.



Graf 13 Zdroj: Autorka

V 39 % případů nedochází k žádné kontrole překračování kompetencí.

V těch nemocnicích, ve kterých ke kontrole dochází, ji provádí ve většině případů vedoucí sestra<sup>8</sup>.



Graf 14 Zdroj: Autorka

Více respondentů uvedlo, že dodržování kompetencí kontroluje na oddělení hned několik osob.

Pouze 5 % sester ze vzorku uvedlo, že byl někdo z jejich oddělení, nebo přímo ony samy, potrestán za překročení kompetencí.

Dále dotazník zjišťoval, zda jsou sestry se současným nastavením vlastních kompetencí spokojené.



Graf 15 Zdroj: Autorka

<sup>8</sup> Respondenti mohli volit více možností.

69 % sester považuje současné nastavení za víceméně dostatečné a jejich vymezení by neměnily.

Ty sestry, které nejsou se současným nastavením kompetencí spokojené, by z 87 % chtěly více kompetencí a pouze z 13 % kompetencí méně.

Ty sestry, které by chtěly více kompetencí, zmiňovaly v otevřené otázce konkrétní úkony, které by chtěly mít nově ve své kompetenci. Nejčastěji se objevovaly tyto činnosti:

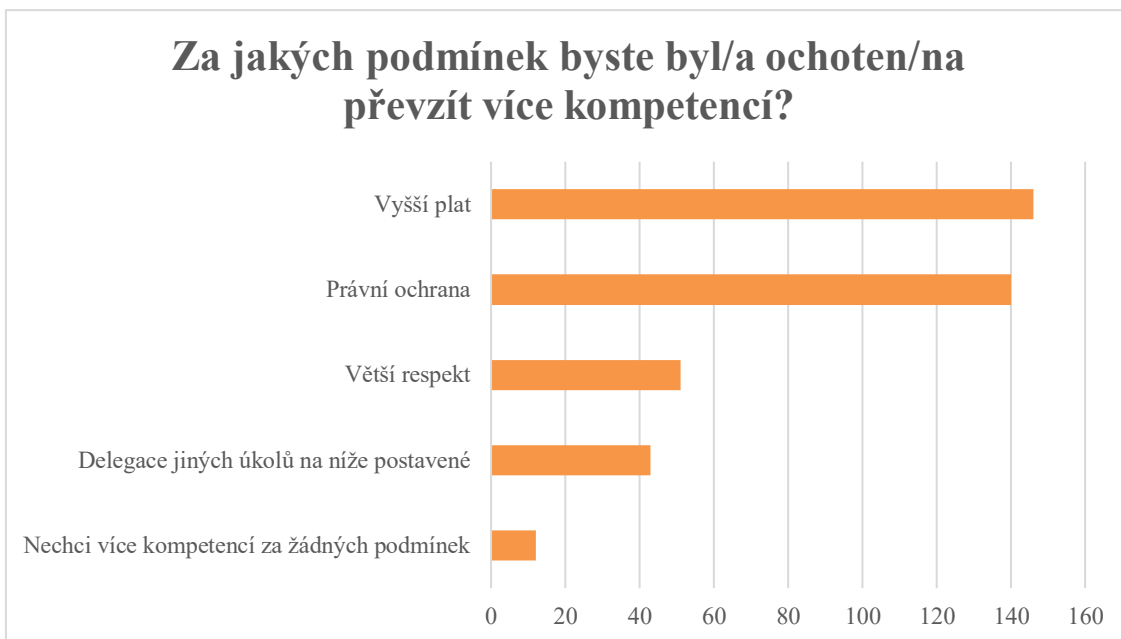
- Podávání určitých léků (např. analgetik, hypnotik, či atropinu při náhlém zpomalení srdeční frekvence nebo diazepamu při epileptickém záchvatu apod.)
- Ordinace léčiv
- Vypsání žádanky na vyšetření a poukazu na kompenzační pomůcku
- Zavedení permanentního močového katetru mužům
- Samostatné ošetření ran
- Podávání informací pacientům a rodině

Jednotlivě se objevovaly také tyto výkony:

- Změna frekvence monitorace
- Použití omezovacích prostředků
- Zavedení centrálního žilního katetru
- Zavedení arteriálního katetru
- Hodnocení fyziologických funkcí
- Křížení a podávání krve
- Indikace vyšetření

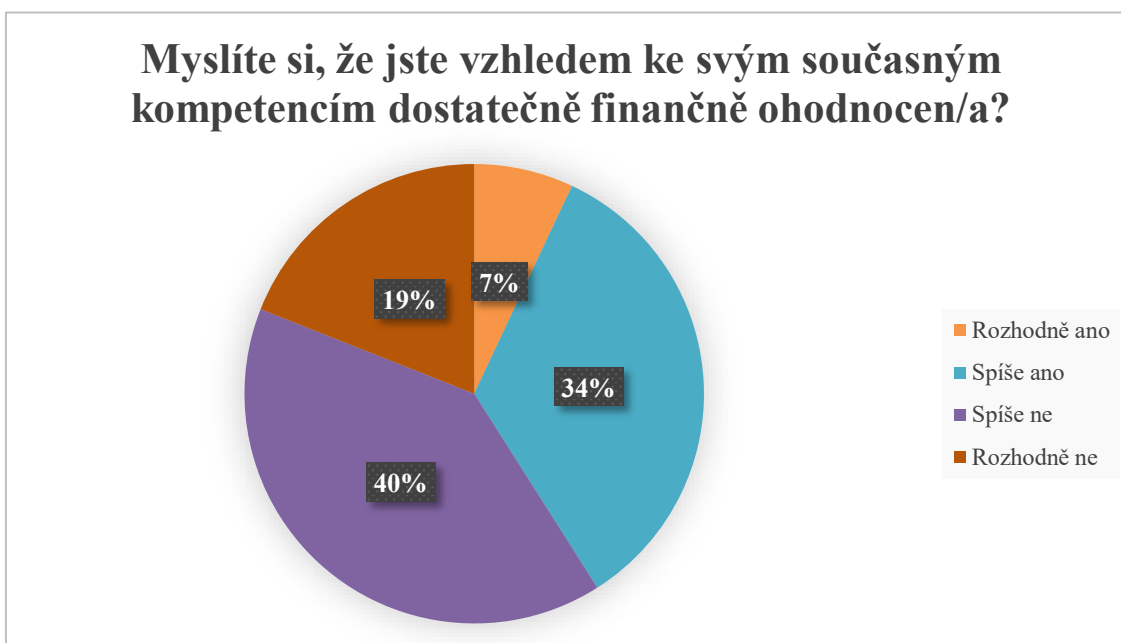
Jedna sestra konkrétně zmínila: „To vše a více již děláme, ale ráda bych to dělala legálně a měla to zaplacené.“

Všechny sestry též určovaly, za jakých podmínek by byly ochotné převzít více kompetencí. Jednoznačnou podmínkou je pro ně vyšší plat spojený s právní ochranou. Pouze 12 respondentů (7 % z celkového souboru) uvedlo, že by nechtělo více kompetencí za žádných podmínek.



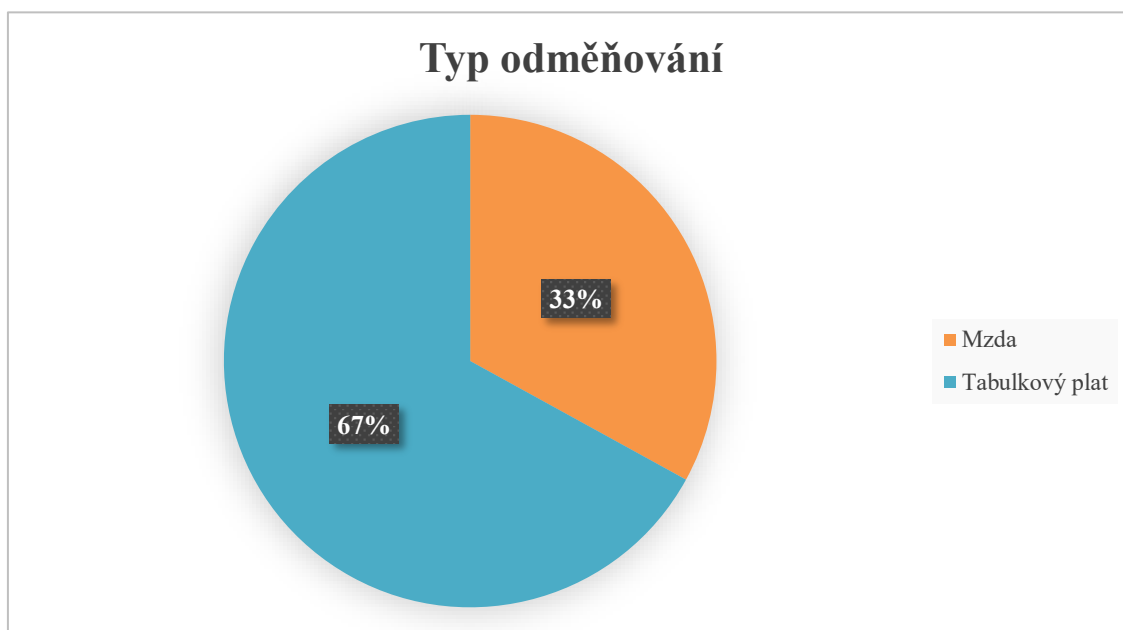
Graf 16 Zdroj: Autorka

Nespokojenost se současným platem se promítá i v další otázce, 59 % sester není se svým současným platem spokojeno.



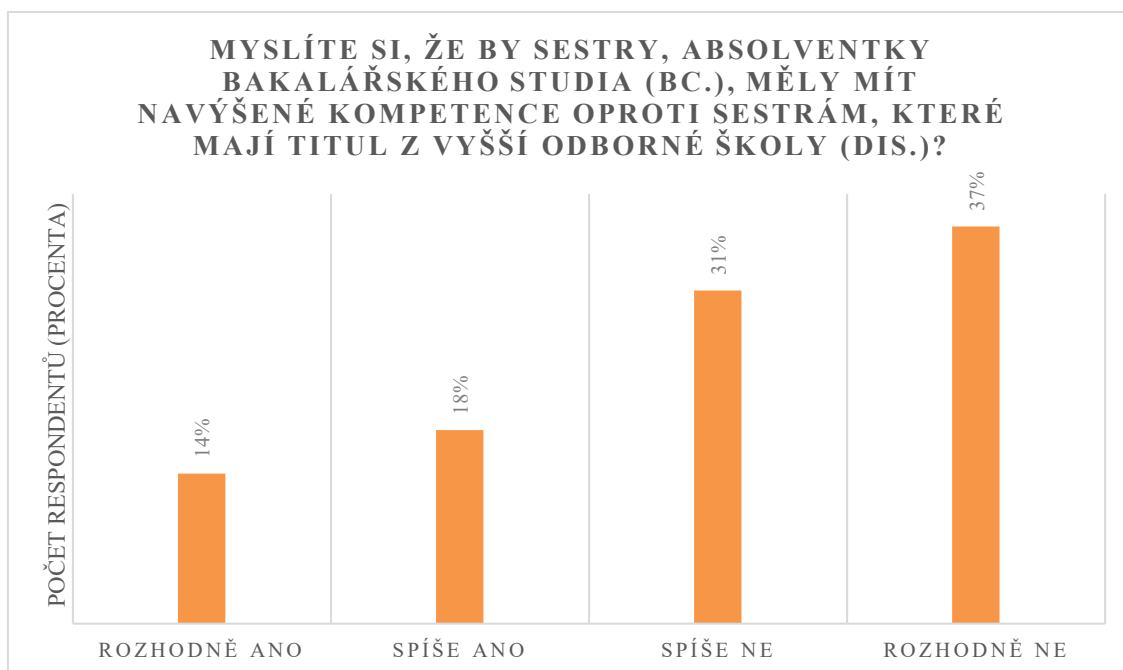
Graf 17 Zdroj: Autorka

Většina sester pobírá tabulkový plat.



Graf 18 Zdroj: Autorka

V současném nastavení mají všeobecné sestry z vyšších odborných škol stejné kompetence jako všeobecné sestry z bakalářského studia, proto byl zjišťován názor sester na toto nastavení.



Graf 19 Zdroj: Autorka

68 % sester se současným nastavením souhlasí, 32 % respondentů by jej změnilo.



Poslední otázka směřovala k celoživotnímu vzdělávání sester. 88 % respondentů se alespoň občas účastní nějakého návazného kurzu, který cílí na další rozšíření jejich dovedností. Pouze 12 % respondentů se takového vzdělávání neúčastní ani výjimečně. Přitom je však ale v návaznosti na směrnici EU 2005/36/ES. celoživotní vzdělávání povinné.



Graf 20 Zdroj: Autorka

### 6.3. Korelační analýza

Aby byly zjištěny možné příčiny výsledků dotazníku, byla provedena u většiny proměnných korelační analýza.

Dle Mareše et al. (2015) mezi dvěma vybranými proměnnými existuje vztah tehdy, kdy distribuce hodnot jedné proměnné je asociována s distribucí hodnot druhé proměnné. Tedy jedna proměnná ovlivňuje druhou, pokud „hodnoty jedné proměnné jsou rozloženy takovým způsobem, že jsou vzorovány v závislosti na rozložení hodnot druhé proměnné“ (Mareš et al., str. 243).

Vzhledem k tomu, že analyzované proměnné jsou různého typu (nominální, ordinální, kardinální), je pro vyhodnocení korelace (síly závislosti jednotlivých proměnných) využito několik typů koeficientů. Ze stejného důvodu se též střídá analýza pomocí kontingenčních tabulek se srovnáním průměrů. Kontingenční tabulky jsou vhodné zejména pro analýzu kategorizovaných proměnných s relativně malým počtem kategorií. Srovnávání průměrů je ideální pro korelační analýzu zejména tam, kde je závisle

proměnná kardinální a nezávisle proměnná nominální či ordinální (Mareš et al., 2015).

Pro určení síly korelace využívá práce hodnocení dle Evanse (1966):

- 0,00-0,19 = velmi slabá závislost
- 0,20-0,39 = slabá závislost
- 0,40-0,59 = střední závislost
- 0,60-0,79 = silná závislost
- 0,80-1,00 = velmi silná závislost

Hladina významnosti je určována dle P-hodnoty. Pokud je tato hodnota menší než zvolená hladina významnosti (volena jako  $\alpha = 0,05$ ), pak je korelační koeficient a též i závislost vyhodnocena jako statisticky významná (Hebák et al., 2013).

Nejprve byl analyzován vztah mezi typem nemocnice a otázkou, zda zaměstnavatel sestrám před nástupem definoval úkoly, které budou mít ve své kompetenci. Vzhledem k tomu, že byl porovnáván typ nemocnice, což je nominální proměnná, byla využita analýza skrze kontingenční tabulky a chí-kvadrát test. Obecně totiž platí, že volbu analýzy a koeficientu rozhoduje proměnná s nižší hierarchií (Mareš et al., 2015).

Jako nezávislá proměnná byla vybrána proměnná „typ nemocnice“, jako závislá proměnná „definice kompetencí před nástupem na současnou pozici“.

Pro analýzu byly stanoveny tyto hypotézy:

$H_0$ : Mezi typem nemocnice a definováním kompetencí neexistuje vztah.

$H_A$ : Mezi typem nemocnice a definováním kompetencí je vztah.

Kontingenční tabulka pro tuto analýzu vypadá následovně:

	<b>Než jste nastoupil/a na Vaše současné místo, definoval zaměstnavatel úkony, které budete mít ve své kompetenci?<sup>9</sup></b>		
<b>Typ nemocnice</b>	Definoval, alespoň zčásti	Nedefinoval	<b>Celkem</b>
Fakultní nemocnice	84 %	16 %	100 % (61)
Krajská nemocnice	84 %	16 %	100 % (43)
Okresní nemocnice	87 %	13 %	100 % (30)
Městská nemocnice	76,5 %	23,5 %	100 % (17)
Soukromá nemocnice	80 %	20 %	100 % (20)

*Tabulka 3 Zdroj: Autorka*

Procento uvedené v tabulce značí, kolika sestrám v daném typu nemocnice zaměstnavatel definoval, respektive nedefinoval kompetence při nástupu na současné místo. U 87 % respondentů pracujících v okresní nemocnici zaměstnavatel alespoň částečně definoval úkony, které budou mít ve své kompetenci. U 23,5 % sester z městských nemocnic kompetence před nástupem nedefinoval vůbec.

Analýza skrze kontingenční tabulku však neodhalila vztah mezi definicí a typem nemocnice. Dle Mareše et al. (2015) platí hrubé pravidlo, že epsilon (rozdíl mezi procenty) blíží se 10 % indikuje podstatný rozdíl. K tomu zde (až na okresní a městskou nemocnici) nedochází.

Pro ověření nezávislosti proměnných byl využit též chí-kvadrát test. Ani ten nepotvrdil vztah mezi typem nemocnice a definicí kompetencí před nástupem na hladině významnosti 0,916. Nulovou hypotézu tedy nelze zamítnout a typ nemocnice tak pravděpodobně neovlivňuje, zda zaměstnavatel kompetence definuje, či nikoli.

Jako další byl analyzován vztah mezi důvěrou ve znalost vlastních kompetencí a nejvyšším dosaženým vzděláním.

<sup>9</sup> Odpovědi „Definoval zcela“ a „Definoval zčásti“ byly v této analýze sloučeny v jednu kategorii. 13 respondentů (7 %) si nevzpomnělo na definici, ti byli z analýzy vyřazeni.

Testovány byly tyto hypotézy:

H<sub>0</sub>: Mezi důvěrou ve znalost vlastních kompetencí a nejvyšším dosaženým vzděláním neexistuje vztah.

H<sub>A</sub>: Se zvyšujícím se nejvyšším dosaženým vzděláním roste důvěra ve znalost vlastních kompetencí.

Vzhledem k tomu, že obě proměnné jsou ordinálního typu a výsledná matice je čtvercového typu, bylo pro zjištění korelace použito, jak Mareše et al. (2015) doporučují, Kendalllovo tau b.

	Myslíte si, že znáte své zákonem dané kompetence?			
Vzdělání <sup>10</sup>	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Celkem
DiS.	18 %	73 %	9 %	100 % (79)
Bc.	29 %	63 %	8 %	100 % (72)
Mgr.	42 %	48 %	10 %	100 % (31)

Tabulka 4 Zdroj: Autorka

V absolutní jistotě znalosti vlastních kompetencí je epsilon mezi stupni vzdělání větší než 10 %, což naznačuje možný vztah mezi proměnnými. Též Kendalllovo tau b v hodnotě - 0,15 při hladině významnosti 0,03 naznačuje velmi slabou korelaci. Nulová hypotéza proto může být zamítnuta a předpokládá se, že s rostoucím vzděláním roste důvěra ve znalost vlastních kompetencí.

Dále bylo zjišťováno, zda také délka praxe sester může ovlivňovat jejich jistotu ve znalost vlastních kompetencí. Znalost vlastních kompetencí je nezávislá ordinální proměnná a délka praxe závislá kardinální proměnná, proto bylo pro otestování korelace mezi nimi zvoleno srovnání průměrů a koeficient Eta, jak doporučuje Mareš et al. (2015).

Stanoveny byly tyto hypotézy:

H<sub>0</sub>: Mezi důvěrou ve znalost vlastních kompetencí a délkou praxe není vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi důvěrou ve znalost vlastních kompetencí a délkou praxe je vztah.

Kategorie v dotazníku pro délku praxe byly následující: 1 „Do 5 let“, 2 „6-10 let“, 3 „11-

<sup>10</sup> Ve vzorku byli pouze 2 respondenti s postgraduálním vzděláním, ti byli z analýzy vyřazeni.

20 let“, 4 „21-30 let“, 5 „31-40 let“ a 6 „41 a více let“<sup>11</sup>.

Tabulka průměrů vypadá následovně:

<b>Myslíte si, že znáte své zákonem dané kompetence?<sup>12</sup></b>	<b>Průměrná délka praxe</b>
Rozhodně ano	2,78
Spíše ano	2,14
Spíše ne	2,31
<b>Celkem</b>	<b>2,32</b>

*Tabulka 5 Zdroj: Autorka*

Při hladině významnosti 0,01 je Eta na hodnotě 0,23. Můžeme tedy zamítnout nulovou hypotézu a předpokládat, že mezi proměnnými je slabá závislost. Eta ovšem může pouze potvrdit korelaci mezi proměnnými, ale již neukazuje její směr. Dokáže však odhalit nelineární vztah, což my mohl být dle hodnot průměrů i tento případ.

Dále byla testována hypotéza, zdali to, že doktor požadoval po sestře úkon nad rámec jejích kompetencí, nějak ovlivňuje typ nemocnice, ve které oba pracují.

H<sub>0</sub>: Mezi typem nemocnice a žádostí lékaře o překročení kompetencí sestry neexistuje vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi typem nemocnice a žádostí lékaře o překročení kompetencí sestry existuje vztah.

Kontingenční tabulka vypadá následovně:

	<b>Chtěl po Vás v posledních 5 letech lékař, abyste provedl/a úkon, který není ve Vaší kompetenci?<sup>13</sup></b>		
<b>Typ nemocnice</b>	Ano, alespoň jednou	Ne, nikdy	<b>Celkem</b>
Fakultní nemocnice	82 %	18 %	100 % (56)
Krajská nemocnice	75 %	25 %	100 % (40)

<sup>11</sup> V kategorii 6 „41 a více let“ byli pouze 2 respondenti, ti byli z analýzy vyřazeni. Nepočítá se s nimi ani v dalších analýzách týkajících se délky praxe respondentů.

<sup>12</sup> Možnost „Rozhodně ne“ v dotazníku nikdo nezvolil, proto zde není uvedena.

<sup>13</sup> Odpovědi „Ano, vícekrát“ a „Ano, jednou“ byly pro potřeby analýzy sloučeny do jedné kategorie. Sestry, které si na takovou žádost nevzpomněly, byly z analýzy vyřazeny.

Okresní nemocnice	73 %	27 %	100 % (26)
Městská nemocnice	100 %	0 %	100 % (19)
Soukromá nemocnice	73 %	27 %	100 % (15)

Tabulka 6 Zdroj: Autorka

Všechny sestry pracující v městské nemocnici byly alespoň jednou lékařem požádány, aby provedly výkon nad rámec svých povinností. Ve fakultních nemocnicích došlo k žádosti v 82 % případů. Naopak sestry v okresních a soukromých nemocnicích byly žádány o výkon nad rámec nejméně často.

V tomto případě je u některých nemocnic epsilon větší než 10 %, což by mohlo naznačovat vztah mezi těmito dvěma proměnnými.

Hladina signifikance Cramerova V je ale 0,15, tedy nulovou hypotézu nelze s jistotou zamítnout a typ nemocnice pravděpodobně neovlivňuje, zda lékař žádá sestry o překročení jejich kompetencí.

Můžeme také předpokládat, že sestry, které pracují na současném oddělení delší dobu, jsou žádány o překročení kompetencí častěji, protože je lékaři jednoduše déle znají a mají v nich větší důvěru. Byly proto testovány také tyto hypotézy:

$H_0$ : Mezi délkou praxe sestry na oddělení a žádostí lékaře o překročení jejich kompetencí neexistuje vztah.

$H_A$ : Více žádány o překročení kompetencí jsou sestry s delší praxí na oddělení.

<b>Chtěl po Vás v posledních 5 letech lékař, abyste provedl/a úkon, který není ve Vaší kompetenci?<sup>14</sup></b>	<b>Průměrná délka praxe na současném oddělení</b>
Ano, vícekrát	1,38
Ano, jednou	1,67
Ne, nikdy	1,53
<b>Celkem</b>	1,63

Tabulka 7 Zdroj: Autorka

Hladina významnosti je větší než 0,05, nulovou hypotézu tedy nemůžeme zamítnout a to,

<sup>14</sup> Sestry, které si nevzpomněly, byly z analýzy vyřazeny.

že lékař žádá sestru o překročení kompetencí, pravděpodobně neovlivňuje délka její praxe na oddělení.

Dále byl testován též vztah mezi typem nemocnice a žádostmi vedoucích sester o překročení kompetencí.

Kontingenční tabulka vypadá následovně:

	<b>Chtěla po Vás v posledních 5 letech vedoucí sestra, abyste provedl/a úkon, který není ve Vaší kompetenci?<sup>15</sup></b>		
<b>Typ nemocnice</b>	Ano, alespoň jednou	Ne, nikdy	<b>Celkem</b>
Fakultní nemocnice	57 %	43 %	100 % (51)
Krajská nemocnice	52 %	47 %	100 % (35)
Okresní nemocnice	48 %	52 %	100 % (25)
Městská nemocnice	77 %	23 %	100 % (13)
Soukromá nemocnice	58 %	42 %	100 % (19)

*Tabulka 8 Zdroj: Autorka*

I v tomto případě žádaly vedoucí sestry o výkony nad rámec kompetencí nejvíce v městské nemocnici. Nejméně žádaly o překročení kompetencí své podřízené v okresní nemocnici.

Epsilon je větší než 10 % u městské nemocnice a všech dalších typů nemocnic, též mezi okresní a soukromou nemocnicí a okresní a fakultní nemocnicí. Hodnota Cramerova V je ale pro tento vztah 0,152 při hladině významnosti 0,509. Nelze tedy se statistickou jistotou prokázat, že by typ nemocnice ovlivňoval, zda jsou sestry více žádány o překročení vlastních kompetencí vedoucí sestrou.

Stejně tak se nepotvrdil vztah mezi respondentovou délkou praxe na oddělení a žádostmi vedoucí sestry o překročení kompetencí.

Dále je možné předpokládat, že délka praxe respondenta nějak ovlivňuje to, že sestra opravdu vykonala něco nad rámec vlastních kompetencí na základě žádosti lékaře. Vzhledem k tomu, že závislá proměnná (délka praxe) je kardinálního typu, je využito pro analýzu opět srovnání průměrů.

<sup>15</sup> Odpovědi „Ano, vícekrát“ a „Ano, jednou“ byly pro potřeby analýzy sloučeny do jedné kategorie. Sestry, které si na takovou žádost nevzpomněly, byly z analýzy vyřazeny.

Stanoveny jsou tyto hypotézy:

H<sub>0</sub>: Mezi délkou praxe a vykonáním činnosti, která není v kompetenci sestry, na základě žádosti lékaře, neexistuje vztah.

H<sub>A</sub>: Se zvyšující se délkou praxe, roste ochota sester vykonávat úkony nad rámec kompetencí na základě žádosti lékaře.

<b>Vykonal/a jste v posledních 5 letech činnost, která není ve Vaší kompetenci, na základě žádosti lékaře?<sup>16</sup></b>	<b>Průměrná délka praxe</b>
Ano, vícekrát	1,28
Ano, jednou	1,77
Ne, nikdy	1,00
<b>Celkem</b>	<b>1,65</b>

*Tabulka 9 Zdroj: Autorka*

Na hladině významnosti 0,02 je hodnota Eta 0,26. Je možné tedy zamítnout nulovou hypotézu. Ani zde ale Eta neukazuje směr korelace. Podle tabulky průměrů lze pouze konstatovat, že kompetence nikdy nepřekročily sestry spíše s kratší délkou praxe.

Je třeba také ověřit, jestli sestry s delší praxí spíše plní činnosti nad rámec svých kompetencí také na základě žádosti vedoucí sestry.

<b>Vykonal/a jste v posledních 5 letech činnost, která není ve Vaší kompetenci, na základě žádosti vedoucí sestry?<sup>17</sup></b>	<b>Průměrná délka praxe</b>
Ano, vícekrát	2,14
Ano, jednou	2,52
Ne, nikdy	2,00
<b>Celkem</b>	<b>2,43</b>

*Tabulka 10 Zdroj: Autorka*

Zde je hodnota signifikance nad 0,05, tedy nulovou hypotézu nelze zamítnout a pravděpodobně není vztah mezi délkou praxe a ochotou sester plnit výkony nad rámec

<sup>16</sup> 4 respondenti (2 %) si nevzpomněli, s těmi v analýze není počítáno.

<sup>17</sup> 4 respondenti (2 %) si nevzpomněli, s těmi v analýze není počítáno.



kompetencí na základě vedoucí sestry.

Nakonec je třeba ještě ověřit vztah mezi vlastní iniciativou k překročení kompetencí a délkou praxe respondenta.

<b>Vykonal/a jste v posledních 5 letech činnost, která není ve Vaší kompetenci, z vlastní iniciativy?</b> <sup>18</sup>	<b>Průměrná délka praxe</b>
Ano, vícekrát	2,09
Ano, jednou	2,41
Ne, nikdy	2,46
<b>Celkem</b>	<b>2,39</b>

Tabulka 11 Zdroj: Autorka

Dle srovnání průměrů se zdá, že více překračují kompetence z vlastní iniciativy sestry s kratší délkou praxe, ale následující korelační analýza s hladinou signifikace nad 0,05 tento vztah se statistickou jistotou nepotvrdila.

Dále testujeme, zda existuje vztah mezi kontrolou překračování kompetencí a typem nemocnice.

	<b>Kontroluje někdo, zda na oddělení dochází k dodržování kompetencí?</b>			
<b>Typ nemocnice</b>	Ano, pravidelně	Ano, občas	Ne, nikdy	<b>Celkem</b>
Fakultní nemocnice	26 %	37 %	37 %	100 % (65)
Krajská nemocnice	13 %	43,5 %	43,5 %	100 % (46)
Okresní nemocnice	27,3 %	39,4 %	33,3 %	100 % (33)
Městská nemocnice	10 %	60 %	30 %	100 % (20)
Soukromá nemocnice	25 %	20 %	55 %	100 % (20)

Tabulka 12 Zdroj: Autorka

Nejvíce dochází ke kontrolám v městských nemocnicích, ale pouze občas. K pravidelným kontrolám dodržování kompetencí dochází nejčastěji v okresních nemocnicích, následovaných fakultními nemocnicemi, kde k pravidelným kontrolám dochází v 26 %

<sup>18</sup> 35 respondentů (19 %) si nevzpomnělo, s těmi v analýze není počítáno.

případů. Dle dřívější analýzy v okresní nemocnici dochází též k nejméně častým žádostem od lékařů a vedoucích sester k překračování kompetencí. Nejméně dochází ke kontrolám v soukromých nemocnicích.

Hladina signifikance chí-kvadrátu je 0,218, tedy mezi dodržováním kompetencí a typem nemocnice pravděpodobně neexistuje vztah.

Je třeba též ověřit vztah mezi typem nemocnice a potrestáním za překročení kompetencí.

	<b>V posledních 5 letech, byl někdo z Vašeho týmu, nebo přímo vy, potrestán za překročení kompetencí?<sup>19</sup></b>		
<b>Typ nemocnice</b>	Ano	Ne	<b>Celkem</b>
Fakultní nemocnice	6 %	94 %	100 % (51)
Krajská nemocnice	8 %	92 %	100 % (36)
Okresní nemocnice	8 %	92 %	100 % (25)
Městská nemocnice	12,5 %	87,5 %	100 % (16)
Soukromá nemocnice	0 %	100 %	100 % (18)

*Tabulka 13 Zdroj: Autorka*

Nejčastěji dochází k potrestání překročení kompetencí k městské nemocnici. Nikdy za překročení kompetencí nebyla potrestána sestra ze soukromé nemocnice. Epsilon ani Cramerovo V však nepotvrzuje vztah mezi potrestáním a typem nemocnice.

Mohli bychom též předpokládat, že spokojenost se současným nastavením kompetencí nějak ovlivňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Vzdělání je v tomto vztahu nezávislou proměnnou.

$H_0$ : Mezi spokojeností se současným nastavením kompetencí a nejvyšším dosaženým vzděláním neexistuje vztah.

$H_A$ : S rostoucím vzděláním spokojenost s nastavením kompetencí klesá.

<sup>19</sup> 38 respondentů (21 %) si nevzpomnělo, s těmi v analýze není počítáno.

	<b>Považujete současné nastavení Vašich kompetencí za dostatečné?</b> <sup>20</sup>				
<b>Vzdělání</b>	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne	<b>Celkem</b>
DiS.	24 %	51 %	21 %	4 %	100 % (79)
Bc.	26 %	42 %	26 %	6 %	100 % (72)
Mgr.	16 %	45 %	29 %	10 %	100 % (31)

Tabulka 14 Zdroj: Autorka

Na první pohled není zřejmé, že by mezi souhlasem se současným nastavením kompetencí a vzděláním byl vztah, epsilon je vyšší než 10 % pouze u absolutní spokojenosti sester s bakalářským a magisterským titulem.

Pro ordinální proměnné není vhodné použít chí-kvadrát test, proto používám hodnotu Somersova  $d = 0,082$  při hladině významnosti 0,191. Nulovou hypotézu tedy nelze zamítnout a mezi souhlasem s nastavením kompetencí a vzděláním pravděpodobně vztah není.

Spokojenost se současným nastavením kompetencí by ale mohla ovlivňovat délka praxe sester.

<b>Považujete současné nastavení Vašich kompetencí za dostatečné?</b>	<b>Průměrná délka praxe</b>
Rozhodně ano	2,12
Spíše ano	2,17
Spíše ne	2,80
Rozhodně ne	2,27
<b>Celkem</b>	2,32

Tabulka 15 Zdroj: Autorka

Hodnota Eta 0,23 na hladině významnosti 0,02 odhaluje slabou závislost mezi oběma proměnnými. Tabulka průměrů naznačuje vyšší nespokojenost u sester s delší praxí.

Sestry nespokojené se současným nastavením kompetencí též určovaly, zda by chtěly více, či méně kompetencí. Jejich postoj by mohlo ovlivňovat jejich nejvyšší dosažené

<sup>20</sup> Jako v předchozích analýzách zde není kategorie Ph.D. vzhledem k malému počtu respondentů.

vzdělání.

	<b>Chtěl/a byste více, nebo méně kompetencí?<sup>21</sup></b>			
<b>Vzdělání</b>	Rozhodně více	Spíše více	Spíše méně	<b>Celkem</b>
DiS.	15 %	70 %	15 %	100 % (20)
Bc.	41 %	50 %	9 %	100 % (22)
Mgr.	9 %	73 %	18 %	100 % (11)

*Tabulka 16 Zdroj: Autorka*

Dle kontingenční tabulky by méně kompetencí chtěly zejména sestry s magisterským vzděláním. Rozhodně více kompetencí by chtěly zejména sestry s bakalářským vzděláním. Sommersovo  $d$  je ale na hladině významnosti vyšší než 0,05, proto tedy nulovou hypotézu nelze s jistotou zamítnout.

Neprokázal se ani vztah mezi délkou praxe a tím, zda chce sestra více či méně kompetencí.

<b>Chtěl/a byste více, nebo méně kompetencí?</b>	<b>Průměrná délka praxe</b>
Rozhodně více	2,80
Spíše více	2,67
Spíše méně	2,43
<b>Celkem</b>	2,67

*Tabulka 17 Zdroj: Autorka*

Průměrná délka praxe sice naznačuje, že více kompetencí chtějí spíše sestry s delší praxí, ale Eta na hladině významnosti 0,8 vztah mezi těmito dvěma proměnnými nepotvrzuje.

Dále by mohl existovat vztah mezi typem odměňování a spokojeností s finančním ohodnocením.

$H_0$ : Mezi typem odměňování a spokojeností se současným finančním ohodnocením neexistuje vztah.

$H_A$ : Sestry s tabulkovým platem jsou více spokojené se svým současným finančním

<sup>21</sup> Na otázku odpovídalo 55 sester (30 %). Dvě sestry s postgraduálním vzděláním byly z analýzy vyřazeny. Možnost „Rozhodně méně“ nikdo nezvolil, proto není v tabulce uvedena.

ohodnocením.

	<b>Myslíte si, že jste vzhledem ke svým současným kompetencím dostatečně finančně ohodnocen/a?</b>				
<b>Typ odměn</b>	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne	<b>Celkem</b>
Mzda	10 %	30 %	38 %	22 %	100 % (60)
Tabulkový plat	5 %	36 %	41 %	18 %	100 % (124)

*Tabulka 18 Zdroj: Autorka*

U žádné kategorie není epsilon vyšší než 10 %, proto vztah mezi spokojeností s platem a typem odměňování pravděpodobně neexistuje. Ani Cramerovo V na hladině významnosti 0,47 nezamítá nulovou hypotézu.

Vzhledem k tomu, že dle tabulkových platů jsou sestry odměňovány rozdílně podle dosaženého vzdělání a délky praxe, můžou spokojenost se současným ohodnocením ovlivňovat tyto proměnné.

Nejprve je testován vliv vzdělání.

	<b>Myslíte si, že jste vzhledem ke svým současným kompetencím dostatečně finančně ohodnocen/a?</b>				
<b>Vzdělání<sup>22</sup></b>	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne	<b>Celkem</b>
DiS.	6 %	34 %	36 %	24 %	100 % (79)
Bc.	8 %	28 %	47 %	15 %	100 % (72)
Mgr.	0 %	52 %	35 %	13 %	100 % (31)

*Tabulka 19 Zdroj: Autorka*

Hodnota Sommersovo d -0,66 na hladině významnosti 0,3 však nepotvrzuje vztah mezi těmito dvěma proměnnými.

Zkoušíme proto otestovat korelaci mezi spokojeností se současným platem a délkou praxe.

<sup>22</sup> I u této analýzy byli respondenti s postgraduálním vzděláním vyřazeni.

<b>Myslíte si, že jste vzhledem ke svým současným kompetencím dostatečně finančně ohodnocen/a?</b>	<b>Průměrná délka praxe</b>
Rozhodně ano	2,50
Spíše ano	2,24
Spíše ne	2,33
Rozhodně ne	2,40
<b>Celkem</b>	<b>2,32</b>

*Tabulka 20 Zdroj: Autorka*

Ani zde však Eta s hodnotou 0,6, na hladině signifikance 0,88 nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu a spokojenost s finančním ohodnocením tak délka praxe pravděpodobně neovlivňuje.

Nakonec se ptáme, zda souhlas s tvrzením „Absolventky bakalářského studia (Bc.) by měly mít navýšené kompetence oproti sestřám, které mají titul z vyšší odborné školy (DiS.)“ souvisí s nejvyšším dosaženým vzděláním.

Stanovujeme si tyto hypotézy:

H<sub>0</sub>: Mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a názorem na zvýšené kompetence pro sestry s bakalářským vzděláním není vztah.

H<sub>A</sub>: Se zvyšujícím se vzděláním roste souhlas s navýšením kompetencí pro sestry s bakalářským titulem.

	<b>Myslíte si, že by sestry, absolventky bakalářského studia (Bc.), měly mít navýšené kompetence oproti sestřám, které mají titul z vyšší odborné školy (DiS.)?<sup>23</sup></b>				
<b>Vzdělání</b>	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne	<b>Celkem</b>
DiS.	5 %	5 %	28 %	62 %	100 % (79)
Bc.	24 %	29 %	29 %	18 %	100 % (72)
Mgr.	13 %	26 %	42 %	19 %	100 % (31)

*Tabulka 21 Zdroj: Autorka*

<sup>23</sup> I u této analýzy byli respondenti s postgraduálním vzděláním vyřazeni.

Na první pohled je zřejmé, že je epsilon u několika kategorií vyšší než 10 %, tedy vzdělání pravděpodobně ovlivňuje názor sester. Například sestry s titulem DiS. jednoznačně nesouhlasí s tím, aby měly méně kompetencí než sestry s bakalářským titulem.

Obě proměnné jsou ordinální, proto opět používáme Somersovo  $d$ , které je  $-0,34$  při hladině významnosti  $0,0$ . Nulovou hypotézu tedy zamítáme a souvislost mezi proměnnými je statisticky významná. Očekáváme tedy, že se zvyšujícím se vzděláním míra souhlasu s tvrzením roste a sestry s vyšším vzděláním by spíše souhlasily s tím, aby absolventky bakalářského studia měly více kompetencí než sestry se vzděláním z vyšších odborných škol.

Pro lepší přehled nyní uvádím hlavní zjištění dotazníku analýzy:

### **Definice kompetencí**

- V 16 % případů zaměstnavatel vůbec nedefinoval při nástupu úkony, které bude mít sestra v kompetenci. Nejméně dochází k definici v městských nemocnicích, nejčastěji v nemocnicích okresních. Statisticky se ale nedá prokázat, že by definice kompetencí korelovala s typem nemocnice.

### **Znalost kompetencí**

- Méně než polovina sester z výzkumného vzorku (45 %) správně určila zákon, ve kterém jsou definované úkony, které mají všeobecné sestry v kompetenci.
- 91 % sester věří, že zná své kompetence. Vyšší důvěru ve znalost vlastních kompetencí mají sestry s vyšším vzděláním, důvěra ve znalost kompetencí koreluje také s délkou praxe.

### **Překračování kompetencí**

- Nejvíce dochází k překračování kompetencí směrem „dolů“.
- Nejčastěji dochází k překračování kompetencí, protože je to zvyklost pracoviště.
- Téměř všechny sestry (91 %) překročily své kompetence, když je o to požádal lékař. 84 % sester je překročilo, když je o to požádala vedoucí sestra. Ve výzkumném vzorku nejvíce o překročení kompetencí žádají lékaři a vedoucí sestry v městských nemocnicích, nejméně v nemocnicích okresních. Statisticky se ale nepodařilo prokázat, že by žádosti o překročení kompetencí korelovaly s typem nemocnice.

- Na to, zda sestra vyslechla žádost lékaře o překročení kompetencí, má vliv délka její praxe.

### **Kontrola dodržování kompetencí a tresty za jejich překročení**

- V 39 % případů nedochází k žádné kontrole překračování kompetencí. V těch nemocnicích, ve kterých ke kontrole dochází, ji provádí ve většině případů vedoucí sestra. Ve výzkumném vzorku dochází nejčastěji ke kontrole v okresních nemocnicích, nejméně v těch soukromých. Nedá se ale statisticky ověřit, že by typ nemocnice ovlivňoval četnost kontrol.
- K trestům za překročení kompetencí téměř nedochází. Ve výzkumném vzorku byly tresty nejčastější v městských nemocnicích, nikdy k potrestání za překročení nedošlo v nemocnici soukromé. Statisticky se ale nedá prokázat, že by typ nemocnice měl vliv na četnost trestů.

### **Spokojenost se současným nastavením**

- 69 % sester považuje současné nastavení kompetencí za víceméně dostatečné a jejich vymezení by neměnily. Na spokojenost s nastavením má vliv délka praxe sestry, více nespokojené jsou spíše sestry s delší praxí.
- Sestry s vyšším vzděláním by spíše souhlasily s tím, aby sestry s bakalářským titulem měly více kompetencí než sestry se vzděláním z vyšších odborných škol.
- Více jak polovina (59 %) sester není spokojená se svým současným platem. Typ odměňování, vzdělání, ani délka praxe nemá na spokojenost vliv.

### **Ochota učit se a převzít nové kompetence**

- 93 % sester je ochotných převzít více kompetencí, ovšem za určitých podmínek, nejčastěji za zvýšení platu a právní ochrany.
- 12 % sester se neúčastní akcí kontinuálního vzdělávání.



## 7. Diskuze

V této kapitole se vrátím ke zjištěním z dotazníkového šetření a propojím je s teoretickými poznatky a předchozími výzkumy na toto téma.

### Definice kompetencí

Nejprve je třeba připomenout, proč je vůbec nezbytné věnovat vymezení kompetencí všeobecných sester pozornost. Nutnost tohoto kroku a potřebu kvalitní definice vyzdvihuje několik autorů i mezinárodních institucí.

Vymezení jasných rolí a pokynů pro zdravotníky je nezbytné pro optimalizaci jejich výkonu (WHO, 2016), ale také pro zajištění kvalitní a bezpečné praxe (Mikšová et al., 2014). Jasně definice jednotlivých zdravotnických profesí hrají také nezbytnou roli při tvorbě politik k task shiftingu (Maier, 2015), protože jinak nebudou zásahy týkající se těchto profesí účinné (Afolabi et al., 2019).

Vyhláška č. 55/2011, která v České republice definuje kompetence sester, však není zcela přehledná. Pokud není výkon v seznamu konkrétně uveden, neznamena to, že jej sestra nemůže vykonávat. Pokud činnost spadá pod obecnou definici a je podobná náročností na znalosti a dovednosti, může ji zdravotník provádět. V zákoně navíc nejsou přesně vyjmenované úkony, které může sestra provádět pod dohledem lékaře (Mikšová et al., 2014). Všechny tyto faktory mohou ztěžovat definici rolí jednotlivých zdravotníků a jejich dodržování.

Nemocnice v České republice mají také povinnost definovat zdravotníkům jejich kompetence (Spojená akreditační komise, 2013). Dle zjištění z mého dotazníkového šetření se to ale ne vždy děje. 16 % respondentů uvedlo, že zaměstnavatel při nástupu vůbec nedefinoval, jaké úkony bude mít sestra v kompetenci. Na definici přitom nemá vliv typ nemocnice, ve které je sestra zaměstnaná.

### Znalost kompetencí

Sestry z mého výzkumného vzorku si v absolutní většině (91 %) myslí, že znají své zákonné kompetence. Důvěra ve znalost vlastních kompetencí roste se vzděláním a ovlivňuje ji též délka praxe sestry. Přitom ale ve většině (55 %) sestry neví, ve které zákonné normě jsou jejich kompetence definované.

Také testování znalosti kompetencí na konkrétních úkonech ukázalo, že sestry své kompetence neznají. U každé z testovaných položek bylo určité procento sester, které chybně určilo, zda mají úkon ve své kompetenci či nikoliv. U 8 položek z 13 to chybně určilo více jak 60 % sester. Je nutné ovšem zdůraznit, že se jedná o porovnání s vyhláškou č. 55/2011 Sb. Nejsou tedy zahrnuty případy, kdy například zaměstnavatel definoval, že daný úkon bude v kompetenci sestry. Jedná se čistě o porovnání s českou legislativou.

Vysoká důvěra sester ve znalost vlastních kompetencí se ukázala též ve výzkumu Chaloupkové (2021). Téměř 80 % respondentů si bylo jistých, že znají své kompetence, které vycházejí z vyhlášky č. 55/2011. I tento výzkum však ukázal, že realita je jiná. Pouhých 6 % respondentů správně určilo všechny testované kompetence.

Neznalost vlastních kompetencí otevírá otázku jejich překračování. Pokud sestra neví, jaké úkony má přesně v kompetenci, snáze pak své kompetence překročí a ani si toho nemusí být vědoma. Je třeba také zdůraznit, že ne vždy je lehké se v českých zákonných normách rychle zorientovat, což dle mého názoru může snižovat přehled sester o tom, co mohou a nesmí provádět. Znalost kompetencí také může snižovat fakt, že zaměstnavatelé nedefinují sestram jejich role tak, jak by měli.

### **Překračování kompetencí**

Dle teorie by task shifting měl být proces, při kterém jsou určité úkony delegovány na zdravotníky s méně kvalifikacemi a kratším výcvikem. To se ale v českém prostředí ne vždy děje, spíše naopak. Jak ukázalo šetření, všeobecné sestry přijímají za své zejména úkoly nižšího zdravotnického personálu, jako je péče o hygienu a vyprazdňování pacienta, úprava jeho lůžka či aplikace tepla a chladu. Tyto úkony přitom dle české legislativy spadají pod kompetence sanitáře, ošetřovatele či praktické sestry. Tento problém přiznává samo Ministerstvo zdravotnictví (2021). Nejčastější překračování kompetencí směrem „dolů“ potvrzuje i výzkum Mikšové et al. (2014). Přitom pokud by všeobecné sestry nechávaly tyto činnosti na jiný personál, mohly by mít více času na úkony, které opravdu spadají pod jejich kompetence, čímž by mohlo dojít k optimalizaci pracovního procesu a navýšení kapacit zdravotníků.

Dochází ale k překračování kompetencí i směrem „nahoru“, tedy všeobecné sestry přebírají kompetence personálu s vyšším vzděláním. Konkrétně se jedná například o odsávání sekretů z horních a dolních cest dýchacích. Kompetence k tomu má pouze

sestra se specializací, tedy ta s magisterským vzděláním. Jak ale jedna sestra<sup>24</sup> v dotazníku zmínila, problém může být již na úrovni vzdělávání. Sestry tyto výkony na škole učí, i když k jejich výkonu později nemají kompetence. Je ovšem k posouzení a dalšímu výzkumu, proč se tak děje. Školy možná připravují sestry na krizové situace, kdy je dobré znát úkony i nad rámec jejich kompetencí za účelem záchrany života pacienta.

Nejčastějším důvodem pro výkon činnosti nad rámec kompetence sestry však není záchrana života, ale pouhá zvyklost pracoviště. Tento důvod uvedlo 43 % respondentů. Potvrzuje to také výzkum Chaloupkové (2021). Kompetence ale sestry překračují též proto, že nechtějí zpochybňovat autoritu lékaře či vedoucí sestry. Absolutní většina sester (91 %) překročila své vlastní kompetence, když ji o to lékař požádal. Tuto motivaci k překročení kompetencí hodnotí jako velmi silnou i další výzkumy (Čermáková, 2020, Chaloupková, 2021).

Na základě žádosti lékaře kompetence nikdy nepřekročily spíše sestry s kratší délkou praxe. Otázkou pro další výzkum by mohlo být, čím je to způsobené. Vzhledem k tomu, že korelační analýza neprokázala, že by lékař také žádal spíše sestry s delší praxí o činnost nad rámec jejich kompetencí, nedá se s jistotou prokázat, že by například lékař sestrám s kratší praxí méně věřil, nebo zatím nebyla příležitost k tomu, aby je o takovou věc požádal.

### **Kontrola dodržování kompetencí a tresty za jejich překročení**

Nemocnice v České republice mají mimo definice kompetencí také povinnost kontrolovat, zda jsou dodržovány (Spojená akreditační komise, 2013). Dle zjištění z dotazníkového šetření se to ale ne vždy děje. 39 % respondentů uvedlo, že na oddělení nikdy nedochází ke kontrole dodržování kompetencí. Na kontrolu přitom nemá vliv typ nemocnice, ve které sestra pracuje.

Pokud někdo na oddělení dodržování kompetencí kontroluje, je to s největší četností vrchní nebo staniční sestra. Problémem ale je, že samy tyto vedoucí sestry často žádají své podřízené o překročení jejich kompetencí. A řadové sestry tyto žádosti plní.

Za překročení kompetencí sestry téměř nikdy (v 95 % případů) nemají postihy. To potvrzuje i Chaloupková (2021). Možná proto sestry překročení svých kompetencí ani

---

<sup>24</sup> Tato sestra měla bakalářské vzdělání.

nelitují. K nejčastějším postihům za překročení kompetencí dochází v městských nemocnicích, nejspíše proto, že jsou to také nemocnice, které nejčastěji, byť nepravidelně, jejich dodržování kontrolují.

### **Spokojenost se současným nastavením kompetencí a jejich ohodnocením**

Téměř 70 % sester je se současným nastavením svých kompetencí více méně spokojeno. Větší nespokojenost se projevuje spíše u sester s delší praxí.

Problémem je však finanční ohodnocení sester vzhledem k jejich kompetencím. Dle ČSÚ (2019) stojí za nedostatkem zdravotníků zejména jejich nízké finanční ohodnocení. Nutnost spravedlivé mzdy s ohledem na dovednosti zdravotníků přitom zmiňuje i WHO (2016). Nespokojená se svým platem byla i většina (59 %) respondentů z mého dotazníkového šetření. V roce 2021 měly sestry s platem o 20 % vyšší výdělek než sestry se mzdou (ÚZIS, 2021). Korelační analýza však neprokázala, že by sestry s tabulkovým platem byly se svým současným finančním ohodnocením spokojenější. Analýza nepotvrdila ani to, že jsou sestry s delší praxí nebo vyšším vzděláním s platem spokojenější vzhledem k tomu, že by dle platových tabulek měly vydělávat více. Bylo by zajímavé otestovat, zda jsou spokojenější s platem všeobecné sestry – muži než ženy, protože jak Mana (2021) upozorňuje, i u této profese se objevuje gender pay gap. Ve výzkumném vzorku však nebyl dostatečný počet mužů, aby mohla být tato domněnka otestována.

Dalo by se předpokládat, že typ odměňování bude kopírovat počet sester zaměstnaných v soukromé a veřejné nemocnici, ale sester pracujících v soukromé nemocnici, které by měly pobírat mzdu, bylo ve vzorku pouze 11 %. Mzdu má přitom pobírat 33 % respondentů. To otevírá otázku, jestli jsou sestry schopné rozlišit, zda pobírají mzdu, či plat.

### **Ochota učit se a převzít nové kompetence**

I přesto, že jsou sestry se současným nastavením kompetencí spokojené, jsou za určitých podmínek ochotné převzít i další. To potvrzují i Čermáková (2020) a Bieliková (2021).

V případě převzetí nových kompetencí požadují sestry zejména vyšší plat a právní ochranu.

Sestry by byly ochotné nově mít v kompetenci například ordinaci, modifikaci a podávání (některých) léčiv. Chtěly by také mít možnost vypisovat žádanky na vyšetření a poukazy na kompenzační pomůcky. Tyto úkony navrhuje nově zavést do kompetencí všeobecných sester také Česká asociace sester (2018).

Převzetí nových kompetencí však není zcela jednoduché. Dle teorie je klíčovým prvkem task shiftingu kontinuální vzdělávání zdravotníků, aby získali potřebné dovednosti pro nově převzaté úkoly. Aby task shifting fungoval, musí být stávající zdravotníci ochotní předávat dál své dovednosti a znalosti. Noví zdravotníci a ti s nově nabytými kompetencemi zase musí být ochotní se učit (van Schalkwyk et al., 2020, Orkin et al., 2021, Feiring a Lie, 2018). Zejména je důležité podporovat integrované vzdělání, které podporuje spolupráci nejen v rámci týmu, ale i mezi jednotlivými obory (WHO, 2016).

88 % respondentů z mého výzkumného vzorku se alespoň občas účastní akcí kontinuálního vzdělávání, tedy lze soudit, že jsou ochotni učit se novým věcem. Touha naučit se něco zcela nového nebo zdokonalit se ve svých schopnostech se promítla též u důvodů k překročení kompetencí. Nově naučené dovednosti mají navíc i pozitivní dopad na sebevědomí sester a nabití respektu od jejich kolegů (Bolme et al. 2021).

Co se týče kvalifikačního vzdělávání, v bakalářském a vyšším odborném vzdělání všeobecných sester nejsou z hlediska výkonu pracovních činností rozdíly (MZ ČR, 2021). Bakalářské vzdělání pouze umožňuje plynulejší nástup na navazující magisterské vzdělání. Většině všeobecných sester (68 % respondentů) toto nastavení vyhovuje. Pokud sestry s navýšením kompetencí pro bakaláře oproti titulu DiS. přeci jen souhlasí, jedná se právě o všeobecné sestry – bakalářky. S navýšením rozhodně nesouhlasí všeobecné sestry z vyšších odborných škol.

Samy všeobecné sestry tedy chtějí více kompetencí a jsou ochotné se pro jejich převzetí dále vzdělávat. Je třeba ale shrnout, jak může změna jejich kompetencí pomoci celkové situaci ve zdravotnictví. Task shifting sice sám nevyřeší nedostatek zdravotníků, ale alespoň může reorganizovat dosavadní pracovní sílu ve zdravotnictví tak, aby byly současné lidské zdroje efektivněji využívány. Systémy pak budou schopné rychleji reagovat na měnící se potřeby (WHO, 2016). Navíc úroveň kompetencí zdravotníků má přímý a významný vliv na výsledky péče (Flinkman, 2016).

Není třeba se obávat, že by task shifting snížil kvalitu péče. Mnoho výzkumů (Laurant et al., 2018, Bissell et al., 2008, Jones et al., 2011, Wolff et al., 2012 a další) ukázalo, že při

delegaci úkolů, konkrétně z lékařů na sestry, k poklesu kvality péče nedojde. Naopak může vést k větší spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí.

Dle Maier et al. (2018) je ale Česká republika země s tradičním rozdělením dovedností. Nepodniká totiž zásadní kroky ke změně rozsahu praxe sester. V České republice platí restriktivní zákony, které dalšímu rozvoji role sester brání. Ke změně zde není dostatečná politická podpora a problémem je i častý nesouhlas dalších zdravotníků k rozšíření kompetencí sester (Maier, 2015). To vyplývá i z odmítavého postoje České lékařské komory k rozšíření kompetencí sestrám (Kubek, 2018). Přitom samy sestry hodnotí, že pro úspěšné převzetí nových kompetencí je důležitá podpora celého zdravotnického týmu, a to zejména lékařů (Jones et al., 2011). Paradoxem ovšem je, že lékaři sami jsou častým důvodem, proč sestry nyní své současné kompetence překračují. Otázkou tak zůstává, zda je to tím, že ani lékaři neví, co přesně mají všeobecné sestry ve své kompetenci, nebo je důvod ještě někde jinde.

### **Zahraníční praxe**

Pro ilustraci, jak může task shifting fungovat, je dobré zmínit příklad fungující zahraniční praxe. Pro srovnání se situací v České republice jsem zvolila vymezení kompetencí sester v Anglii. Velká Británie je jednou ze zemí v rámci Evropy, ve které mají sestry největší úroveň autonomie a task shifting je zde vysoce podporován.

Oproti České republice jsem identifikovala dvě činnosti, ke kterým mají anglické registrované sestry kompetence, zatímco české všeobecné sestry nikoli. Jedná se o možnost předepisovat léky a kompetenci k interpretaci EKG. Česká asociace sester přesně tyto dvě činnosti navrhuje také přenést do kompetencí českých všeobecných sester. Situace v Anglii přitom může sloužit jako ukázka dobré zahraniční praxe.

Výzkumy ukázaly, že přesun kompetence k předepisování léků na sestry nevedl k poklesu bezpečnosti poskytované zdravotní péče (Bissell et al., 2008). Neukázal se ani rozdíl mezi předepisováním lékařů a sester, obě profese předepisují stejné léky stejným způsobem (Jones et al., 2011). Sestry hodnotily nabytí této dovednosti za pozitivní počin (Latter et al., 2005) a ukázalo se, že pacienti jsou s péčí sester oproti té lékařské spokojenější, protože se od sester cítí lépe informovaní (Jones et al., 2011).

Také přesun interpretace EKG na sestry nevedl ke zhoršení péče. Několik výzkumů (Wolff et al., 2012, Mant et al., 2007, Wilson et al., 2012) ukázalo, že sestry správně

identifikují srdeční arytmii a ischemickou chorobu stejně, nebo dokonce častěji než lékaři. I přesto však dochází k chybné interpretaci častěji, než by bylo vhodné (ze strany nejen sester, ale i lékařů), což ale Fent et al. (2015) navrhuje vyřešit zavedením standardizované metody výuky interpretace EKG. Nyní totiž jednotná výuka chybí.

Celková podpora task shiftingu je na oficiální úrovni v Anglii vysoká. Jak ale van Schalkwyk et al. (2020) upozorňují, task shifting většinou začíná jako neformální proces, který je oficiálně přijat až později. Zákonná regulace zdravotníků by tedy neměla bránit implementaci task shiftingu, ale naopak podpořit flexibilitu zdravotníků tak, aby mohli v rychle se měnících podmínkách přijímat nové role.

Aby byl task shifting účinný, musí být pečlivě naplánován a proces implementace by měl probíhat v komunikaci s těmi, kterých se změny budou týkat, zde zejména s všeobecnými sestrami (van Schalkwyk et al., 2020).

## Závěr

Cílem diplomové práce Task shifting v kompetencích všeobecných sester bylo zjistit, jestli všeobecné sestry v České republice znají své zákonem stanovené kompetence a zda podporují jejich další navyšování. Dalším cílem bylo zmapovat, jak jsou kompetence nastavené v zahraničí a porovnat úroveň kompetencí sester v České republice a v Anglii. Cíle byly stanoveny s ohledem na teoretický koncept task shifting.

Dotazníkové šetření ukázalo nedostatečnou znalost sester vlastních zákonných kompetencí i přesto, že samy sestry věří, že je znají. Zejména se prokázalo, že za své považují ty kompetence, které dle legislativy připadají zdravotnickému personálu s nižší úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání. Za neznalostí vlastních kompetencí může stát fakt, že je česká legislativa nepřehledná a zaměstnavatelé ne vždy svým zaměstnancům jejich kompetence definují. Přitom jasná definice kompetencí jednotlivých zdravotnických profesí zlepšuje péči.

S neznalostí sester vlastních kompetencí je přímo spojeno také jejich překračování. To usnadňuje též fakt, že jejich dodržování nikdo nekontroluje. A když už se překročení kompetencí odhalí, nemá za něj daná sestra žádný postih.

I přes neznalost vlastních kompetencí jsou sestry ochotné legálně převzít i další. Očekávají ovšem, že budou za výkon nových činností adekvátně finančně ohodnocené a získají lepší právní ochranu.

Navyšování kompetencí však mohou bránit lékaři, kteří sami jsou však častou motivací, proč sestra své kompetence překročí.

Jako příklad úkonů, které by mohly české všeobecné sestry nově vykonávat, může posloužit anglická forma task shiftingu. Anglické sestry mají oproti těm českým možnost předepisovat léky a interpretovat EKG. Přenesení těchto kompetencí na sestry přitom nepřineslo pokles kvality péče, v některých případech jsou naopak pacienti spokojenější s péčí sester oproti péči lékařů. Oba úkony se snaží do kompetencí českých všeobecných sester přenést také Česká asociace sester.

Aby mohl task shifting v České republice fungovat, je třeba jasně a přehledně nastavit a definovat kompetence jednotlivých zdravotnických profesí a obecně modernizovat regulaci task shiftingu v souladu se změnou kompetencí, aby mohlo dojít ke zlepšení poskytované zdravotní péče (Maier, 2015).



## Summary

The aim of this diploma thesis called Task shifting in the nurses' competencies was to find out if nurses in the Czech Republic know their legally set competencies and if they support their further increase. Another goal was to map how competencies are set abroad and to compare the level of competencies of nurses in the Czech Republic and England. The goals were set around the theoretical concept of task shifting.

The questionnaire survey showed insufficient knowledge of the nurses' own legal competences, even though the nurses themselves believe that they know them. In particular, it has been proven that they consider as their own the competencies that, according to the legislation, belong to medical personnel with a lower level of education. Lack of knowledge of one's own competencies may be due to the fact that Czech legislation is unclear, and employers do not always define their competences for their employees. At the same time, a clear definition of the competencies of individual healthcare professions is crucial for improving care.

Overstepping of competencies is also directly linked to the nurses' lack of knowledge of their own competences. This is also facilitated by the fact that no one checks their following. And when the overstepping of competence is revealed, the nurse in question has no penalty for it.

Despite not knowing their own competencies, nurses are willing to legally take over others. However, they expect that they will be adequately financially evaluated for the performance of new activities and will receive better legal protection.

However, increasing competencies can be hindered by doctors, who themselves are a frequent motivation for nurses to exceed their competencies.

The English form of task shifting can serve as an example of actions that could be performed by Czech nurses. Unlike Czech nurses, English nurses have the competence to prescribe medications and interpret ECGs. At the same time, the transfer of these competencies to nurses did not result in a decrease in the quality of care, in some cases, on the contrary, patients are more satisfied with the care of nurses compared to the care of doctors. The Czech Association of Nurses is also trying to transfer both actions to the competence of Czech nurses.

For task shifting to work in the Czech Republic, it is necessary to clearly set and define

the competencies of individual healthcare professions and, in general, to modernize the regulation of task shifting in accordance with the change in competencies, so that the health care provided can be improved (Maier, 2015).

## Použitá literatura

AFOLABI, Oladayo, et al., 2019. Task-shifting must recognise the professional role of nurses. *The Lancet Global Health*, 7.10: e1328-e1329.

AIKEN, Linda H., et al., 2004. Trends in international nurse migration. *Health affairs*, 23.3: 69-77.

ANDERSON, Michael, et al., 2022. *United Kingdom: Health System Review 2022* [online]. [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022>

EVERY, Graham, et al., 2007. The impact of non-medical prescribing on practice. *Nurse Prescribing*, 5.11: 488-492.

BARTMESS, Marissa, et al., 2021. Nurse staffing legislation: Empirical evidence and policy analysis. *Nursing forum*. p. 660-675.

BIELIKOVÁ, Barbora, 2021. *Rozšířené kompetence všeobecných sester*. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

BISSELL, P. Cooper, et al., 2008. *An Evaluation of Supplementary Prescribing in Nursing and Pharmacy* [online]. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://eprints.whiterose.ac.uk/76239/1/>

BOLME, Stine, Dordi AUSTENG a Kari Hanne GJEILO, 2021. Task shifting of intravitreal injections from physicians to nurses: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21.1: 1-9.

BRADLEY, Eleanor a Peter NOLAN, 2007. Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 59.2: 120-128.

CZ-ISCO, 2023. 2221 Všeobecné sestry se specializací [online]. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <http://www.cz-isco.cz/isco/2221-vseobecne-sestry-se-specializaci/>

ČADILOVÁ O., 2008. *Tým, zásady týmové práce, profesionální chování* [online]. [cit. 2023-04-28] Dostupné z: [http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/T%C3%BDm.pdf](http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/T%C3%BDm.pdf)

ČAS, 2018. *Návrh možných rozšířených kompetencí všeobecných sester* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: [https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas\\_legislativa\\_navrh\\_kompetenci.pdf](https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_legislativa_navrh_kompetenci.pdf)

ČERMÁKOVÁ, Veronika, 2020. *Rozšířené kompetence všeobecných sester*. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

ČLK, 2022. *V Česku chybí dva až tři tisíce lékařů. Nový projekt láká ke studiu medicíny* [online]. In: Deník.cz [cit. 2023-02-24]. <https://www.denik.cz/zdravi/lekari-nedostatek-studium-medicina-20230119.html>

ČSÚ, 2019. *Odměňování zdravotnických pracovníků* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/112643651/260024-19.pdf>

DE MAESENEER, Jan, et al., 2019. *Task shifting and health system design: report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH)*. [online]. [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/publication/1621696/023\\_taskshifting\\_en.pdf](https://is.muni.cz/publication/1621696/023_taskshifting_en.pdf)

DIMITROVÁ, Michaela, 2007. Demografické souvislosti stárnutí. *Naše společnost*, 1:

24-30.

DLOUHÝ, Martin, 2021. Regional inequalities and substitutability of health resources in the Czech Republic: a five methods of evaluation. *Human Resources for Health*, 19.1: 1-8.

EFN, 2015. EFN Guideline for the Implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, Amended by Directive 2013/55/EU [online]. [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: <https://efn.eu/wp-content/uploads/2022/03/EFN-Competency-Framework-19-05-2015.pdf>

EVANS, James D, 1996. *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

FEIRING, Eli; a Astrid Eidesvik LIE, 2018. Factors perceived to influence implementation of task shifting in highly specialised healthcare: a theory-based qualitative approach. *BMC Health Services Research*, 18.1: 1-10.

FENT, Graham et al., 2015. Teaching the interpretation of electrocardiograms: which method is best?. *Journal of electrocardiology*, 48.2: 190-193.

FLINKMAN, Mervi, et al., 2017. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73.5: 1035-1050.

GONG, Fengqiu, et al, 2018. Nurse vs. physician-led care for obstructive sleep apnoea: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of advanced nursing*, 74.3: 501-506.

GROENEWEGEN, Peter, et al., 2022. Task shifting from general practitioners to practice

assistants and nurses in primary care: A cross-sectional survey in 34 countries. *Primary health care research & development*, 23: e60.

HEBÁK, Petr et al., 2013. *Statistické myšlení a nástroje analýzy dat*. 1.vyd. Praha: INFORMATORIUM, 877s. ISBN 978-80-7333-105-4

CHALOUPKOVÁ, Eliška, 2021. *Porušování kompetencí v profesi sestry*. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Lékařská fakulta.

ICN, 2020. *Guidelines on advanced practice nursing 2020* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)

ICN, 2009. *ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist* [online]. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: [https://sigafsia.ch/files/user\\_upload/08\\_ICN\\_Framework\\_for\\_the\\_nurse\\_specialist.pdf](https://sigafsia.ch/files/user_upload/08_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf)

JONES, Kathryn, et al., 2011. Nurse prescribing roles in acute care: an evaluative case study. *Journal of advanced nursing*, 67.1: 117-126. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05490.x

KUBEK, Milan, 2018. *Mají sestry převzít práci lékařů? Špatný nápad, ohrazují se lékaři* [online]. In: naše zdravotnictví [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/maji-sestry-prevzit-praci-lekaru-spatny-napad-ohrazuji-se-lekari>

LATTER, Sue et al., 2005. *An Evaluation of Extended Formulary Independent Nurse Prescribing: Executive Summary of Final Report* [online]. University of Southampton [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: [https://eprints.soton.ac.uk/17584/1/Eval\\_Extended\\_Form...Independent\\_Nurs\\_Prescribi](https://eprints.soton.ac.uk/17584/1/Eval_Extended_Form...Independent_Nurs_Prescribi)

[ng\\_June05.pdf](#)

LAURANT, Miranda, et al., 2018. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.

LEONG, Siew Lian, et al., 2021. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *European Journal of General Practice*, 27.1: 198-210.

LOGAN, Vera, et al., 2021. Did we do everything we could have? Nurses' contributions to medicines optimization: A mixed-methods study. *Nursing Open*, 8.2: 592-606.

MAIER, Claudia B., 2015. The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, US, Canada, New Zealand and Australia. *Health Policy*, 119.12: 1627-1635.

MAIER, Claudia B., et al., 2018. Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Human resources for health*, 16.1: 1-12

MANA, Martin, 2021. *Zdravotní sestry na vzestupu* [online]. In: Statistika&My. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2021/12/20/zdravotni-sestry-na-vzestupu>

MANT, Jonathan, et al., 2007. Accuracy of diagnosing atrial fibrillation on electrocardiogram by primary care practitioners and interpretative diagnostic software: analysis of data from screening for atrial fibrillation in the elderly (SAFE) trial. *Bmj*, 335.7616: 380.

MAREŠ, Petr, Ladislav RABUŠIC a Petr SOUKUP, 2015. *Analýza sociálněvědních dat*

(nejen) v SPSS. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6362-4

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Nahara A., et al., 2015. The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human resources for health*, 13.1: 1-14.

MASON-WHITEHEAD, Elizabeth, et al., 2008. *Key concepts in nursing*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781446216064>

MIKŠOVÁ, Z. et al., 2014. Fulfilling the competencies of members of a nursing team. *Kontakt*; 16(2): e108–e118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.02.002>

MPSV, 2017. *Centrální databáze kompetencí* [online]. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://kompetence.nsp.cz/>

MZ ČR, 2023. *Novela vyhlášky o činnostech přináší sestřím vyšší kompetence* [online]. [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novela-vyhlasky-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence/>

MZ ČR, 2022. *Informace k předepisování zdravotnických prostředků na poukaz sestrami* [online]. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-k-predepisovani-zdravotnickych-prostredku-na-poukaz-sestrami/>

MZ ČR, 2021. *Koncepce ošetřovatelství* [online]. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-osetrovatelstvi/>

MZ ČR, 2018. *Vyšší kompetence sester vyžadují lepší ohodnocení i patřičné vzdělání* [online]. [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vyssi-kompetence-sester-vyzaduji-lepsi-ohodnoceni-i-patricne-vzdelani/>



MZ ČR, 2008a. *Metodický pokyn k přípravě a realizaci vzdělávacího programu certifikovaného kurzu* [online]. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8862/19859/Metodick%C3%BD%20pokyn%20k%20p%C5%99%C3%ADprav%C4%9B%20a%20realizaci%20vzd%C4%9B%C3%A1vac%C3%ADho%20programu%20certifikovan%C3%A9ho%20kurzu.pdf>

MZ ČR, 2008b. *Co je odborná způsobilost a specializovaná způsobilost?* [online]. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/co-je-odborna-zpusobilost-a-specializovana-zpusobilost/>

MZ ČR, 2004. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/med/podzim2016/BDTO0121/um/castka\\_9.pdf](https://is.muni.cz/el/med/podzim2016/BDTO0121/um/castka_9.pdf)

MŠMT, 2023. *Co je regulovaná činnost či povolání?* [online]. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/co-je-regulovana-cinnost-ci-povolani>

NCO NZO, 2023. *Certifikované kurzy* [online]. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/certifikovane-kurzy>

NHS, 2023a. *How to become a nurse* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/how-become-nurse>

NHS, 2023b. *Adult nurse* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/adult-nurse>

NHS, 2023c. *Healthcare assistant* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/healthcare-support-worker/roles-healthcare-support-worker/healthcare-assistant>

NHS, 2023d. *Cardiographer* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/wider-healthcare-team/roles-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/cardiographer>

NHS Providers, 2023. *The NHS provider sector* [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://nhsproviders.org/topics/delivery-and-performance/the-nhs-provider-sector>

Nurses.co.uk, 2023. *The UK Nursing Salary and Pay Scale Guide – 2023* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.nurses.co.uk/careers-hub/nursing-pay-guide/>

NZIP, 2023. *Primární péče* [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/36>

OECD, 2023. *Doctors (indicator)* [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart>

Office for National Statistics, 2023. *Average weekly earnings in Great Britain: January 2023* [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/employmentandemployeetypes/bulletins/averageweeklyearningsingreatbritain/january2023>

ORKIN, Aaron M., et al., 2021. Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study. *Human resources for health*, 19.1: 1-8.

POTTLE, Alison, 2005. A nurse-led rapid access chest pain clinic—experience from the first 3 years. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4.3: 227-233.

PROŠKOVÁ, Eva, 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*, 6.10: 3-4.

RAJAGANESHAN, R., et al., 2008. Accuracy in ECG lead placement among technicians, nurses, general physicians and cardiologists. *International journal of clinical practice*, 62.1: 65-70.

Royal College of Nursing, 2022. *Types of nurse prescriber* [online]. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/get-help/rcn-advice/non-medical-prescribers>

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005 o uznávání odborných kvalifikací. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=sk>

Směrnice Evropského parlamentu a rady 2013/55/EU ze dne 20. listopadu 2013. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EL>

Spojená akreditační komise, 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice* [online]. [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/files/2e6e410b84857cf84cf7342756444446f/nemsak-standardy-nemocnice-2014.pdf>

Světová zdravotnická organizace, 2022. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health--workforce-2030>

ÚZIS, 2022. *V Česku chybí nejen zdravotní sestry, ale i lůžka, ukazuje analýza* [online]. In: Seznam Zprávy. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-v-cesku-chybi-nejen-zdravotni-sestry-ale-i-luzka-ukazuje-analyza-219671>

ÚZIS, 2021. *Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměňování 2021* [online]. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008416/nzis-rep-2022-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2021.pdf>

VAN SCHALKWYK, May CI, et al., 2020. The best person (or machine) for the job: Rethinking task shifting in healthcare. *Health Policy*, 124.12: 1379-1386.

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

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

WILSON, Nick, et al., 2012. Panoramic ECG display versus conventional ECG: ischaemia detection by critical care nurses. *Nursing in Critical Care*, 17.5: 239-246.

WOLFF, Andreas R., et al., 2012. The gap between training and provision: a primary-care based ECG survey in North-East England. *British Journal of Cardiology*, 19.1: 38.

WHO, 2016. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>

WHO, 2008. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines* [online]. [cit. 2023-04-28]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43821/9789?sequence=1>

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu

nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

# Teze diplomové práce

**Jméno studenta/studentky:** Bc. Magdalena Burešová

**Název v jazyce práce:** Kompetence zdravotních sester a rámec Task Shifting

**Název v anglickém jazyce:** Competences of nurses and Task Shifting framework

**Klíčová slova:** zdravotní sestry, kompetence, task shifting

**Klíčová slova anglicky:** nurses, competences, task shifting

**Akademický rok vypsání:** 2021/2022

**Jazyk práce:** čeština

**Typ práce:** diplomová

**Ústav:** Katedra veřejné a sociální politiky

**Vedoucí / školitel:** Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

**Obor práce:** Veřejná a sociální politika

## **Teze diplomové práce (výzkumný projekt):**

**A. vymezení výzkumného problému,** návaznost na jiné práce – současnou úroveň domácích a zahraničních poznatků (jejich podrobnější zdůvodnění a přehled lze uvést v části D. teoretická východiska), formulace a zdůvodnění výběru výzkumného problému. Na konci tohoto odstavce se pokuste formulovat výzkumný problém jednou větou.

Je zřejmé, že ani s postupující digitalizací nemohou zdravotní systémy fungovat bez lidské pracovní síly v podobě zdravotníků. WHO upozorňuje, že v roce 2030 bude na světě chybět až 15 milionů zdravotních pracovníků (WHO, 2022). Česká republika není výjimkou, a i jí se tento nedostatek týká. Palčivý je zejména nedostatek zdravotních sester. V roce 2021 jich v nemocnicích chybělo přes 2000 (Rizikyová, 2021).

Tento problém ještě více zvýraznila pandemie koronaviru. Současný ministr zdravotnictví Vlastimil Válek tuto problematiku zahrnul do své agendy a přislíbil zvýšení financí ve vzdělávání zdravotních sester, aby bylo možné ke studiu přijmout více studentů. Finanční podmínky však nejsou jedinou proměnou, jak sám Válek zmiňuje: „Je to také otázka pracovních podmínek. Je to otázka kompetencí. Je to nekonečná cesta, ale je třeba na tom pracovat“ (Přádová, 2022).

Právě vymezení kompetencí zdravotních sester v České republice a to, jak jej samy sestry vnímají, je dalším z aktuálních témat, a proto též hlavním výzkumným problémem této diplomové práce. Kompetence se neustále upravují a navyšují, k jejich poslednímu navýšení došlo 1. července 2022. Jak ale upozorňuje hlavní sestra České republiky Alice

Strnadová, navyšování kompetencí nelze dělat i bez dalších zásahů. S vyššími kompetencemi je totiž nutné navýšit i finanční ohodnocení, a navíc ke specializovanějším činnostem musí mít sestry adekvátní vzdělání. Dalším faktorem však ale též je, že sestry již reálně někdy dělají takové úkony, ke kterým oficiální kompetence nemají (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018).

Situace se tak stává poměrně nepřehlednou. Díky nedostatku sester je potřeba přilákat do oboru více absolventů, ale je potřeba je nejen podpořit finančně, ale i upravit jejich kompetence tak, aby sestry nebyly přetížené a kompetence tak odpovídaly reálným úkonům, které sestry provádí.

Přitom přesné vymezení rolí a kompetencí je nezbytné pro to, aby zdravotnické týmy efektivně spolupracovaly a pacienti tak dostali přesně tu péči, kterou potřebují (Brault et al., 2014).

Strnadová však dále zmiňuje, že sestry se někdy navýšení kompetencí obávají (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018). Proto je důležité věnovat pozornost i tomuto pohledu.

Výzkumným problémem této diplomové práce tedy bude zjistit, jaký náhled mají na problematiku samy sestry, kterých se toto téma nejvíce týká, zda znají své kompetence a zda vůbec chtějí, aby se jim zákonně kompetence navyšovaly. Na celou problematiku rozšíření kompetencí bude v rámci této diplomové práce nahlíženo optikou task shiftingu.

## **B. Cíle diplomové práce (jejich přímá souvislost s formulovaným výzkumným problémem)**

Cílem diplomové práce je zjistit, zda sestry znají své zákonně stanovené kompetence a zda podporují jejich další navyšování.

## **C. Výzkumné otázky**

K dosažení cíle diplomové práce budou sloužit tyto výzkumné otázky:

1. Jaká je v současné době v ČR zákonná úprava kompetencí zdravotních sester?
2. Jak jsou kompetence zákonně upraveny v jiných zemích?
3. Jaké je povědomí sester o jejich zákonných kompetencích?
4. Za jakých okolností a jak by sestry chtěly navýšit své kompetence?

## D. Teoretická východiska

Diplomová práce se bude opírat o konceptuální rámec task shifting. WHO (2006) vidí v task shiftingu racionální redistribuci úkolů mezi týmy zdravotních pracovníků. Dalšími autory je task shifting vnímán jako proces přenášení zodpovědnosti za jednodušší úkony z vysoce kvalifikovaných zdravotních pracovníků na osoby s nižší kvalifikací (Schalkwyk et al., 2020).

Vzhledem k tomu, že navyšování kompetencí sestřám často znamená přesun zodpovědnosti z lékařů na sestry, bude tento rámec vhodný i ke zkoumání výzkumného problému této diplomové práce.

Jak zmiňují Schalkwyk et al. (2020) při rozhodování o task shiftingu je důležité dát možnost těm, jež se týká, vyjádřit své obavy z takového rozhodnutí. Právě o tento předpoklad se tato diplomová práce bude opírat, protože zdravotní sestry jsou ty, které získávají více kompetencí, ale je třeba zjistit, jestli je ony opravdu chtějí.

## E. Výzkumný plán

Výběr a zdůvodnění metod, zdroje dat.

Pro zodpovězení prvních dvou výzkumných otázek bude proveden desk research, který přinese přehled současné situace v ČR i v zahraničí.

K zodpovězení třetí otázky bude provedeno dotazníkové šetření mezi sestrami ve vybraných českých nemocnicích. Uvažuji též o expertních rozhovorech, které by mohly zjištění doplnit. Výsledky dotazníku budou zpracovány statistickou analýzou.

## F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

BRAULT, Isabelle, et al., 2014. *Role Clarification Processes for Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams: A Multiple-Case Study* [online]. [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322308/>

GROENEWEGEN, Peter et al., 2022. *Task shifting from general practitioners to practice assistants and nurses in primary care: a cross-sectional survey in 34 countries* [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1463423622000470>

LAURANT, M et al., 2019. *Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review)*



[online]. Dostupné z:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub3/full>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018. *Vyšší kompetence sester vyžadují lepší ohodnocení i patřičné vzdělání* [online]. [cit. 2022-10-23]. Dostupné z:  
<https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vyssi-kompetence-sester-vyzaduji-lepsi-ohodnoceni-i-patricne-vzdelani/>

PŘÁDOVÁ, Daniela, 2022. *Pandemie ukázala, jak moc chybí zdravotní sestry. Pomoci má nové studium* [online]. In: Seznam Zprávy [cit. 2022-10-23]. Dostupné z:  
<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/koronavirus-pandemie-ukazala-jak-moc-chybi-zdravotni-sestry-pomoci-ma-nove-studium-188979>

RIZIKYOVÁ, Markéta, 2021. *V českých špitálech chybí dva tisíce sester. Povolání je to krásné, ale nezvládne ho každý, říká jedna z nich* [online]. [cit. 2022-10-23]. Dostupné z: [https://www.lidovky.cz/domov/v-ceskych-nemocnicich-chybi-pres-dva-tisice-sester-na-vine-jsou-demografie-i-prodluzovani-studii.A210303\\_113054\\_ln\\_domov\\_rkj](https://www.lidovky.cz/domov/v-ceskych-nemocnicich-chybi-pres-dva-tisice-sester-na-vine-jsou-demografie-i-prodluzovani-studii.A210303_113054_ln_domov_rkj)

SCHALKWYK, May Cl van et al., 2010. *The best person (or machine) for the job: Rethinking task shifting in healthcare* [online]. [cit. 2022-10-23]. Dostupné z:  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.08.008>

WHO, 2006. *Task Shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams* [online]. [cit. 2022-10-23]. Dostupné z:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43821/9789?sequence=1>

WHO, 2022. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly* [online]. [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health--workforce-2030>

## G. Předběžná náplň práce v anglickém jazyce

This master thesis will be dealing with nurses' competences from the theoretical point of view of task shifting. The main aim of this thesis is to discover if nurses' working in Czech hospitals want to gain more legal competences. The situation will be compared to other countries. The main source of data will be quantitative

questionnaire with nurses made in selected Czech hospital completed with expert interviews.

## Seznam obrázků

**Obrázek 1:** Věk a počet pracovníků dle pracovního zařazení – všeobecná sestra

**Obrázek 2:** Rámec kompetencí všeobecných sester dle Mezinárodní rady sester

## Seznam tabulek

**Tabulka 1:** Srovnání kompetencí praktické sestry, všeobecné sestry, sestry pro péči v interních oborech a sestry pro péči v chirurgických oborech

**Tabulka 2:** Znalost respondentů vlastních kompetencí

**Tabulka 3:** Korelační analýza – Definice kompetencí + Typ nemocnice

**Tabulka 4:** Korelační analýza – Víra ve znalost kompetencí + Vzdělání

**Tabulka 5:** Korelační analýza – Víra ve znalost kompetencí + Průměrná délka praxe

**Tabulka 6:** Korelační analýza – Žádost lékaře o překročení kompetencí + Typ nemocnice

**Tabulka 7:** Korelační analýza – Žádost lékaře o překročení kompetencí + Průměrná délka praxe na současném oddělení

**Tabulka 8:** Korelační analýza – Žádost vedoucí sestry o překročení kompetencí + Typ nemocnice

**Tabulka 9:** Korelační analýza – Výkon činnosti nad rámec kompetencí na základě žádosti lékaře + Průměrná délka praxe

**Tabulka 10:** Korelační analýza – Výkon činnosti nad rámec kompetencí na základě žádosti vedoucí sestry + Průměrná délka praxe

**Tabulka 11:** Korelační analýza – Výkon činnosti nad rámec kompetencí na základě vlastní iniciativy + Průměrná délka praxe

**Tabulka 12:** Korelační analýza – Kontrola dodržování kompetencí + Typ nemocnice

**Tabulka 13:** Korelační analýza – Tresty za překročení kompetencí + Typ nemocnice

**Tabulka 14:** Korelační analýza – Spokojenost se současným nastavením kompetencí + Vzdělání

**Tabulka 15:** Korelační analýza – Spokojenost se současným nastavením kompetencí +

Průměrná délka praxe

**Tabulka 16:** Korelační analýza – Žádost méně/více kompetencí + Vzdělání

**Tabulka 17:** Korelační analýza – Žádost méně/více kompetencí + Průměrná délka praxe

**Tabulka 18:** Korelační analýza – Spokojenost se současným finančním ohodnocením + Typ odměňování

**Tabulka 19:** Korelační analýza – Spokojenost se současným finančním ohodnocením + Vzdělání

**Tabulka 20:** Korelační analýza – Spokojenost se současným finančním ohodnocením + Průměrná délka praxe

**Tabulka 21:** Korelační analýza – Souhlas se stejnými kompetencemi pro DiS. a Bc. + Vzdělání

## Seznam grafů

**Graf 1:** Věk respondentů

**Graf 2:** Délka praxe

**Graf 3:** Nejvyšší dosažené vzdělání

**Graf 4:** Současné pracoviště

**Graf 5:** Další pracoviště

**Graf 6:** Současné oddělení

**Graf 7:** Délka praxe na současném oddělení

**Graf 8:** Než jste nastoupil/a na Vaše současné místo, definoval zaměstnavatel úkony, které budete mít ve své kompetenci?

**Graf 9:** V jakém zákoně naleznete úkony, které máte ve své kompetenci?

**Graf 10:** Myslíte si, že znáte své zákonem dané kompetence

**Graf 11:** Jaký byl nejčastější důvod, proč jste vykonala činnost, která není ve Vaší kompetenci?

**Graf 12:** Motivace k překročení kompetence

**Graf 13:** Kontroluje někdo, zda na oddělení dochází k dodržování kompetencí?

**Graf 14:** Kdo kontroluje, zda na oddělení dochází k dodržování kompetencí?

**Graf 15:** Považujete současné nastavení Vašich kompetencí za dostatečné?

**Graf 16:** Za jakých podmínek byste byl/a ochoten/na převzít více kompetencí?

**Graf 17:** Myslíte si, že jste vzhledem ke svým současným kompetencím dostatečně finančně ohodnocen/a?

**Graf 18:** Typ odměňování

**Graf 19:** Myslíte si, že by sestry, absolventky bakalářského studia (Bc.), měly mít navýšené kompetence oproti sestřím, které mají titul z vyšší odborné školy (DiS)?

**Graf 20:** Chodíte na semináře, konference, přednášky a další akce kontinuálního vzdělávání?

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – paragraf §4 vyhlášky č. 55/2011 Sb.

Příloha č. 2 – přílohy č. 5 a 6 k vyhlášce č. 397/2020 Sb.

Příloha č. 3 – dotazník

Příloha č. 4 – Facebookový příspěvek s žádostí o vyplnění dotazníku

Příloha č. 5 – věkové rozložení respondentů oslovených skrze nemocnice a skrze Facebook

# Přílohy

## Příloha č. 1 – paragraf §4 vyhlášky č. 55/2011 Sb.

Všeobecná sestra

**(1)** Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

**a)** vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití hodnotících a měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi, zejména testů soběstačnosti, rizika vzniku proleženin, hodnocení bolesti, stavu vědomí, kognitivních funkcí a stavu výživy,

**b)** sledovat a hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků,

**c)** pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta,

**d)** získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu,

**e)** zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve,

**f)** provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let a zajišťovat jejich průchodnost,

**g)** hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie,

**h)** hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti,

**i)** pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře,

**j)** provádět rehabilitační ošetřování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemisťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a

nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility,

**k)** edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály,

**l)** orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,

**m)** zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,

**n)** poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

**o)** přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

**p)** přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,

**q)** analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče<sup>42)</sup>,

**r)** zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků,

**s)** doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci,

**t)** doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí,

**u)** provádět výměnu močového katetru u žen a dívek starších 3 let věku,

**v)** provádět výměnu periferního žilního katetru pacientům starším 3 let věku a jeho odstranění.

**(2)** Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru nebo dětské sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem vykonávat činnosti podle odstavce 1 s výjimkou písmene q).



**(3)** Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

- a) zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let,
- b) podávat léčivé přípravky<sup>10)</sup> s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak,
- c) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,
- d) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může naplánovat termín další kontroly,
- e) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,
- f) odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy,
- g) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let,
- h) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií,
- i) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let,
- j) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
- k) provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- l) podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely<sup>44)</sup>.

**(4)** Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo zubního lékaře může

- a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty<sup>12)</sup>,
- b) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,

c) vykonávat činnost zubní instrumentářky podle § 40 odst. 1 písm. c).

(5) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru může na základě indikace lékaře podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru pacientům starším 3 let věku.

(6) Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti může provádět výchovu a poradenství v oblastech podpory zdraví a zdravého způsobu života, včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění, připravovat programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se v rozsahu své odborné způsobilosti jejich realizace.

## **Příloha č. 2 – přílohy č. 5 a 6 k vyhlášce č. 397/2020 Sb.**

### Základní kmen chirurgický – požadavky na praktické dovednosti

- Provedení základních výkonů – zajištění periferního žilního katetru, zabezpečení volných dýchacích cest (bez pomůcek a s neinvazivními pomůckami).
- Rozpoznání a hodnocení závažnosti stavů náhlé poruchy zdraví nebo selhání základních životních funkcí.
- Provedení základní a rozšířené neodkladné resuscitace.
- Fyzikální vyšetření chirurgických pacientů.
- Zavedení nasogastrické sondy, močového katetru, odběr biologického materiálu.
- Zajištění periferního žilního katetru, péče o centrální žilní katetr, včetně podávání infuzních roztoků a krevních transfuzí.
- Injekční techniky.
- Obvazová technika, různé způsoby imobilizace.
- Základní technika ošetření ran.
- Péče o stomie, dekubity.
- Provedení komplexního interního vyšetření.
- Zajištění periferního žilního katetru, péče o centrální žilní katetr, včetně podávání infuzních roztoků.
- Injekční techniky - subkutánní, intramuskulární, intravenózní, intradermální.
- Zavedení nasogastrické sondy, močového katetru, odběr biologického materiálu, odsávání sekretu z dýchacích cest.
- Ošetření komplikovaných a nekomplikovaných ran.
- Zavedení centrálního žilního katetru.
- Punkce a drenáž hrudníku.
- Operace povrchových hlíz, furunklů, benigních kožních tumorů.
- Asistence při operacích volné a uskřínuté kýly.
- Operace volné a uskřínuté kýly.
- Asistence při apendektomii.
- Apendektomie.
- Asistence při operacích nebo operace varixů dolních končetin.
- Asistence při větších nitrobršních výkonech, včetně laparoskopii.
- Amputace na končetinách.

- Asistence při malých výkonech v oblasti anu.
- Konzervativní ošetření poranění kloubů a měkkých tkání, včetně imobilizačních technik.
- Konzervativní léčba zlomenin (repoziční manévry, trakční techniky, techniky sádrování a jiné imobilizační metody).
- Asistence na operačním sále u dutinových poranění.
- Asistence na operačním sále u končetinových poranění (vnitřní osteosyntéza, aplikace zevního fixátoru, artroskopicko asistované ošetření nitrokloubních traumat).

#### Základní kmen interní – požadavky na praktické dovednosti

- Provedení základních výkonů – zajištění periferního žilního katetru, zabezpečení volných dýchacích cest (bez pomůcek a s neinvazivními pomůckami).
- Rozpoznání a hodnocení závažnosti stavů náhlé poruchy zdraví nebo selhání základních životních funkcí.
- Provedení základní a rozšířené neodkladné resuscitace.
- Fyzikální vyšetření chirurgických pacientů.
- Zavedení nasogastrické sondy, močového katetru, odběr biologického materiálu.
- Zajištění periferního žilního katetru, péče o centrální žilní katetr, včetně podávání infuzních roztoků a krevních transfuzí Injekční techniky.
- Obvazová technika, různé způsoby imobilizace.
- Základní technika ošetření ran.
- Péče o stomie, dekubity.
- Provedení komplexního interního vyšetření.
- Zajištění periferního žilního katetru, péče o centrální žilní katetr, včetně podávání infuzních roztoků.
- Injekční techniky – subkutánní, intramuskulární, intravenózní, intradermální.
- Zavedení nasogastrické sondy, močového katetru, odběr biologického materiálu, odsávání sekretu z dýchacích cest.

### Příloha č. 3 – dotazník

Dobrý den, jmenuji se Magdalena Burešová a jsem studentkou magisterského oboru Veřejná a sociální politika na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy.

V rámci mé diplomové práce bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který se věnuje tématu kompetencí všeobecných zdravotních sester pracujících v nemocnicích na odděleních chirurgie a interny a jejich názoru na případné zvyšování jejich kompetencí.

Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné, anonymní a zabere maximálně 10 minut. Vaše účast by mi velmi pomohla. Výsledky budou použity pouze pro potřeby mé diplomové práce.

Pokud byste měli zájem přečíst si výslednou práci, prosím, napište mi na e-mailovou adresu 10614248@fsv.cuni.cz.

Předem děkuji za Váš čas a případnou pomoc.

**1. Než jste nastoupil/a na Vaše současné místo, definoval zaměstnavatel úkony, které budete mít ve své kompetenci?**

- a) Ano, zcela
- b) Ano, zběžně
- c) Ne, vůbec
- d) Nevzpomínám si

**2. Myslíte si, že znáte své zákonem dané kompetence?**

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

**3. V tabulce zaškrtněte, jestli jsou dané úkony ve Vaší kompetenci**

Kompetence	Ano	Ano, bez dohledu, ale na základě indikace lékaře	Ano, pod dohledem	Ne
3a. Provádět hygienickou péči pacienta				

3b. Sledovat fyziologické funkce pacienta				
3c. Katetrizace močového měchýře mužů				
3d. Odsávat sekrety z horních cest dýchacích u pacientů při vědomí starších 10 let				
3e. Odsávat sekrety z dolních cest dýchacích u pacientů při vědomí starších 10 let				
3f. Zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve				
3g. Pečovat o vyprazdňování pacientů				
3h. Aplikovat teplo a chlad				
3i. Extrakce centrálního žilního katetru				
3j. Rozpoznávat a řešit změněné úrovně kognice pacientů				
3k. Doprovázet pacienta na vyšetření				
3l. Upravovat lůžko pacienta				
3m. Předepisovat pacientům léky				
3n. Vypisovat žádanky na vyšetření				
3o. Vyhodnocovat EKG				

**4. V jakém zákoně naleznete úkony, které máte ve své kompetenci?**

- a) V zákoně č. 372/2011 Sb. (Zákon o zdravotních službách)
- b) V zákoně č. 96/2004 Sb. (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
- c) Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. (Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)
- d) Ve vyhlášce č. 39/2005 Sb. (Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání)

**5. Chtěl po Vás v posledních 5 letech lékař, abyste provedl/a úkon, který není ve Vaší kompetenci?**

- a) Ano, vícekrát
- b) Ano, jednou
- c) Ne, nikdy
- d) Nevzpomínám si

**6. Chtěla po Vás v posledních 5 letech vedoucí sestra, abyste provedl/a úkon, který není ve Vaší kompetenci?**

- a) Ano, vícekrát
- b) Ano, jednou
- c) Ne, nikdy
- d) Nevzpomínám si

**7. Vykonal/a jste v posledních 5 letech činnost, která není ve Vaší kompetenci, na základě žádosti lékaře?**

- a) Ano, vícekrát
- b) Ano, jednou
- c) Ne, nikdy
- d) Nevzpomínám si

**8. Vykonal/a jste v posledních 5 letech činnost, která není ve Vaší kompetenci, na základě žádosti vedoucí sestry?**

- a) Ano, vícekrát
- b) Ano, jednou
- c) Ne, nikdy
- d) Nevzpomínám si

**9. Vykonal/a jste v posledních 5 letech činnost, která není ve Vaší kompetenci, z vlastní iniciativy?**

- e) Ano, vícekrát
- f) Ano, jednou
- g) Ne, nikdy
- h) Nevzpomínám si

**10. Pokud jste v posledních 5 letech vykonala činnost, která není ve Vaší kompetenci, jaký byl nejčastější důvod, proč jste to udělal/a? (lze zvolit více možností)**

- a) Nechtěl/a jsem zpochybňovat autoritu lékaře/vedoucí sestry
- b) Ušetřil/a jsem čas
- c) Je to zvyklost pracoviště
- d) Vzhledem ke své délce praxe nemám problém provádět výkony nad rámec svých kompetencí
- e) Nechtěl/a jsem „dělat problémy“
- f) Nedostatek personálu
- g) V tu dobu jsem nevěděl/a, že to není v mé kompetenci
- h) Jiný, uveďte.....

**11. Nastala někdy situace, kdy jste překročení svých kompetencí litoval/a?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

**12. Kontroluje někdo, zda na oddělení dochází k dodržování kompetencí?**

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, občas
- c) Ne, vůbec

**13. Pokud někdo kontroluje, zda na oddělení dochází k dodržování kompetencí, kdo to je? (lze zvolit více možností)**

- a) Vrchní sestra
- b) Staniční sestra
- c) Primář
- d) Jiný lékař
- e) Management nemocnice (ředitel, náměstek apod.)
- f) Někdo jiný, uveďte...



**14. V posledních 5 letech, byl někdo z Vašeho týmu, nebo přímo vy, potrestán za překročení kompetencí?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

**15. Považujete současné nastavení Vašich kompetencí za dostatečné?**

- a) Ano, zcela
- b) Ano, z větší části
- c) Ne, v nastavení je více nedostatků
- d) Ne, vůbec

**16. Pokud jste odpověděl/a ne, chtěl/a byste více, nebo méně kompetencí?**

- a) Rozhodně více
- b) Spíše více
- c) Spíše méně
- d) Rozhodně méně

**17. Za jakých podmínek byste byl/a ochoten/na převzít více kompetencí? (lze zvolit více možností)**

- a) Vyšší plat
- b) Delegace jiných úkol na níže postavené
- c) Právní ochrana
- d) Větší respekt
- e) Jiné, uveďte.....
- f) Nechci více kompetencí za žádných podmínek

**18. Pokud byste chtěl/a více oficiálních zákonných kompetencí, jaké by to byly?**

Uveďte.....

**19. Myslíte si, že jste vzhledem ke svým současným kompetencím dostatečně finančně ohodnocen/a?**

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

**20. Pobíráte mzdu, nebo tabulkový plat?**

- a) Mzdu
- b) Tabulkový plat
- c) Jiné, uveďte.....

**21. Myslíte si, že by sestry, absolventky bakalářského studia (Bc.), měly mít navýšené kompetence oproti sestrám, které mají titul z vyšší odborné školy (DiS.)?**

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

**22. Chodíte na semináře, konference, přednášky a další akce kontinuálního vzdělávání?**

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, občas
- c) Ne, nikdy

**23. Je něco, co byste chtěla ke kompetencím sester zmínit, a v dotazníku to nezaznělo?**

Uveďte.....

**Sociodemografické otázky**

**24. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Žena
- b) Muž
- c) Jiné

**25. Kolik je Vám let?**

- a) Do 29 let
- b) 30-34 let
- c) 35-44 let
- d) 45-54 let
- e) 55 a více let

**26. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské s maturitou
- b) Vyšší odborné (DiS.)
- c) Vysokoškolské (Bc.)
- d) Vysokoškolské (Mgr.)
- e) Postgraduální (Ph.D.)

**27. Na jaké pracujete oddělení?**

- a) Na interním
- b) Na chirurgickém
- c) Na jiném, uveďte.....

**28. Jak dlouhá je Vaše praxe?**

- a) Do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21-30 let
- e) 31-40 let
- f) 41 a více let

**29. Jak dlouho pracujete na současném oddělení?**

- a) Do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21-30 let
- e) 31-40 let
- f) 41 a více let

**30. V současné době pracujete...**

- a) Ve fakultní nemocnici
- b) V krajské nemocnici
- c) V okresní nemocnici
- d) V městské nemocnici
- e) V soukromé nemocnici

**31. Pracoval/a jste i v jiné nemocnici, než v současné?**

- a) Ano
- b) Ne

**32. V jaké jiné nemocnici, mimo současné, jste pracoval/a? (lze vybrat více možností)**

- a) Ve fakultní nemocnici
- b) V krajské nemocnici
- c) V okresní nemocnici
- d) V městské nemocnici
- e) V soukromé nemocnici

#### **Příloha č. 4 – Facebookový příspěvek s žádostí o vyplnění dotazníku**

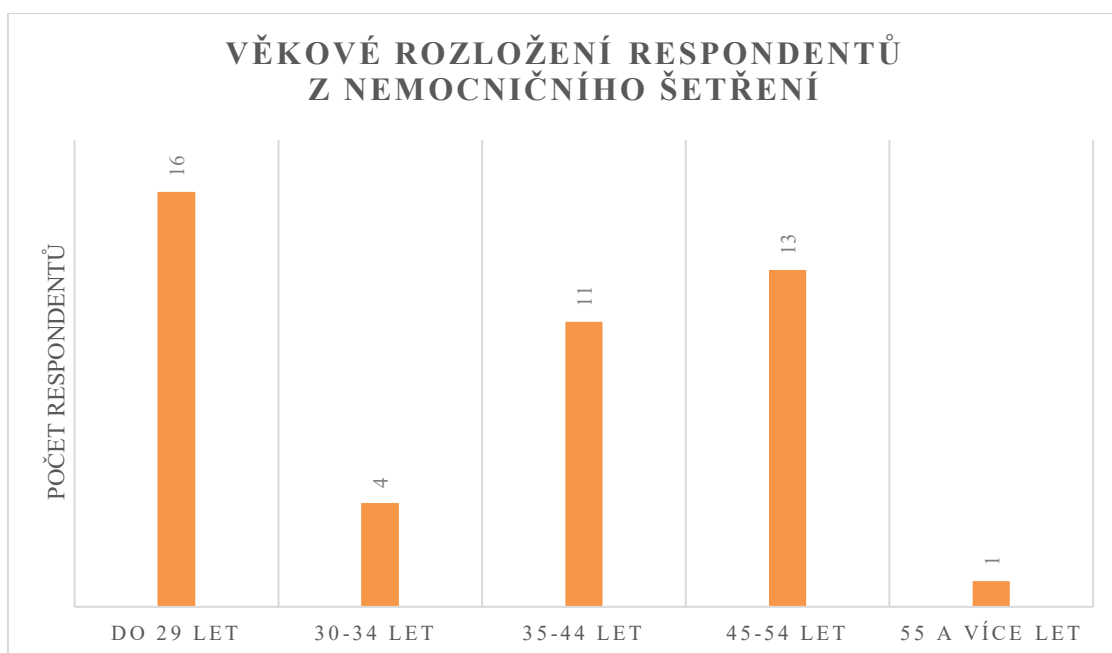
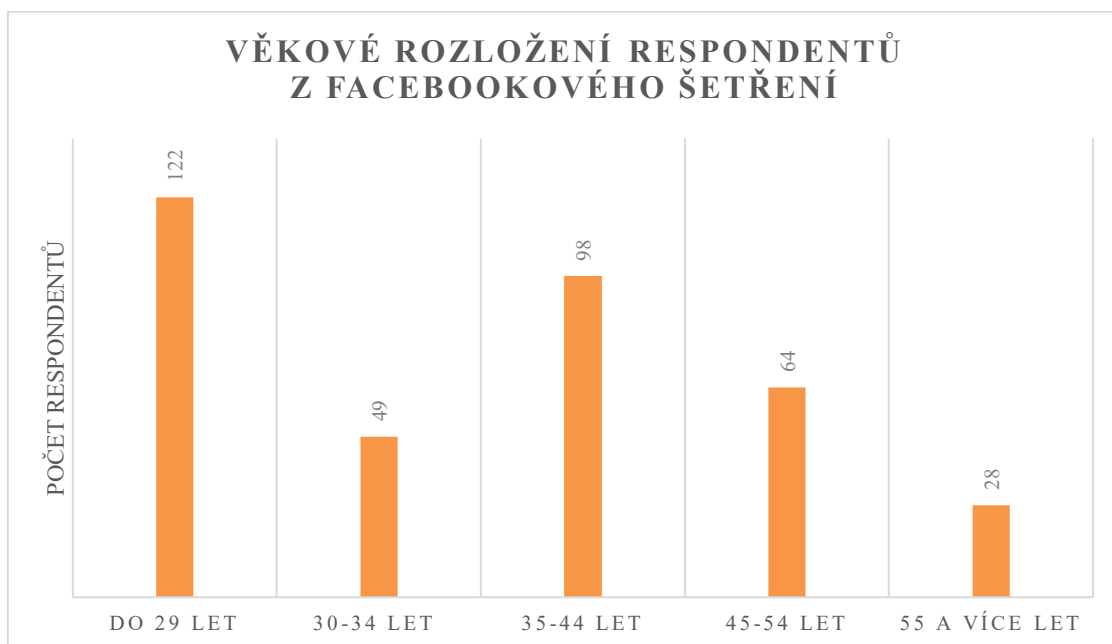
Hezký den všem!

Pro potřeby mé diplomové práce na téma kompetence zdravotních sester sháním všeobecné sestry (DiS., Bc., Mgr.) z nemocnic z oddělení chirurgie nebo interny, které by věnovaly 10 minut svého času pro vyplnění následujícího dotazníku:

<https://www.click4survey.cz/s4/54199/e8422c32>

Předem všem mockrát děkuji!

**Příloha č. 5 – věkové rozložení respondentů oslovených skrze nemocnice a skrze Facebook**



Pozn. Jedná se o všechny respondenty, kteří se šetření zúčastnili, tedy před vyřazením praktických sester a všeobecných sester z oddělení mimo internu a chirurgii.