

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních  
a zdravotnických organizacích

Bc. Marcela Šašková

**Dodržování legislativy zdravotnickými pracovníky na  
anesteziologicko – resuscitačním oddělení**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Blanka Tollarová, Ph.D.

Praha 2015

**Prohlášení:**

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

V Litvínově dne 5. ledna 2015

Marcela Šašková

**Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Blance Tollarové, Ph.D. za cenné rady a trpělivé odborné vedení při vypracování této diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, za jejich čas a ochotu, kterou mi věnovali.

## Obsah

ÚVOD.....	9
1 Terminologie .....	11
1.1 Vzdělání a kvalifikace sester.....	11
1.2 Legislativní rámec .....	12
1.3 Kompetence.....	14
1.3.1 Kompetence jako pojem .....	14
1.3.2 Kompetence sester v literatuře.....	15
1.3.3 Kompetence všeobecné sestry a sestry specialistky .....	16
2 Popis jednotlivých výkonů .....	18
2.1.1 Aplikace transfuzních přípravků.....	18
2.1.2 Intubace a extubace tracheální kanyly .....	20
2.1.3 Punkce artérie k jednorázovému odběru krve .....	21
2.1.4 Aplikace nitrožilních injekcí a infuzí u dětí do 3 let.....	22
2.1.5 Čerpání žaludečního obsahu u dětí do 10 let .....	23
2.1.6 Výměna a ošetřování tracheostomické kanyly .....	24
2.1.7 Katetrizace močového měchýře mužů.....	25
2.1.8 Dávkování léků v lineárních dávkovačích.....	26
2.1.8.1 Vazopresory.....	27
2.1.8.2 Inzulín.....	27
2.1.8.3 Analgosedace.....	28
2.1.9 Změna ventilačního režimu .....	28
2.1.10 Odstranění centrálního žilního katetru.....	29
3 Kvalita ve zdravotnictví .....	30
3.1 Kvalita jako systém .....	30
3.2 Hodnocení kvality.....	31
3.2.1 Ošetrovatelské standardy .....	32
3.2.2 Audit .....	33
4 Výzkum .....	35
4.1 Cíl výzkumu, formulace výzkumného problému a výzkumné otázky ..	35
4.2 Sběr dat a metodologické poznámky .....	36
5 Anesteziologicko – resuscitační oddělení .....	39

5.1	Popis oddělení .....	39
5.2	Organizace práce na oddělení .....	41
5.2.1	Náplň práce sester .....	43
5.2.2	Adaptační proces.....	45
5.2.3	Hodnocení pracovníků.....	47
5.2.4	Pracovní porady .....	48
5.2.5	Ošetrovatelské standardy .....	48
5.2.6	Audit .....	49
5.2.7	Denní záznam pacienta.....	50
5.3	Shrnutí .....	51
6	Výsledky výzkumu .....	52
6.1	Jak to vidí sestry .....	52
6.1.1	Znalost svých kompetencí .....	52
6.1.2	Význam vzdělávání .....	54
6.1.3	Chtějí sestry rozšiřovat své kompetence? .....	56
6.2	Jak to vidí lékaři .....	58
6.3	Jak to vidí vedení oddělení? .....	61
7	Celková situace – propojení, shrnutí.....	66
7.1	Sestra jako „středobod“ .....	66
7.2	Zájem sester .....	69
7.3	Vztah sestra x lékař.....	70
7.4	Chybí systém nastavení kvality .....	72
7.5	Zvyk, tradice a norma skupiny .....	74
7.6	Shrnutí .....	77
8	Doporučení pro vedení oddělení.....	78
8.1	Intervence na oddělení.....	78
8.1.1	Oddělit sesterské a lékařské činnosti .....	78
8.1.2	Spolupráce mezi sestrami a lékaři.....	81
8.1.3	Dokumentace .....	82
8.1.3.1	Náplně práce .....	82
8.1.3.2	Standardy ošetrovatelské péče.....	82
8.1.3.3	Denní záznam nemocného.....	83
8.1.4	Adaptační proces.....	83
8.1.5	Posílit a podporovat pozici vedoucí směny.....	84

8.1.6	Pravidelná setkání, semináře .....	85
8.1.7	Motivace .....	86
8.1.8	Spolupráce s jinými odděleními .....	87
8.2	Podněty na management organizace.....	87
8.2.1	Zřízení oddělení kvality.....	88
8.2.2	Zajistit personální obsazení .....	88
8.3	Podnět na odborné společnosti.....	89
8.4	Nejdůležitější doporučení.....	90
8.4.1	Vyvolejte vědomí naléhavosti .....	90
8.4.2	Sestavte vůdčí tým .....	90
8.4.3	Formulujte správnou vizi.....	91
8.4.4	Šiřte vizi změny a získávejte stoupence .....	91
8.4.5	Podporujte prostor pro jednání .....	91
8.4.6	Vytvořte krátkodobá vítězství .....	91
8.4.7	Nepolevujte .....	91
8.4.8	Upevňujte změnu v organizační kultuře.....	92
8.5	Shrnutí .....	92
9	Diskuze .....	93
	ZÁVĚR .....	98
	Seznam použité literatury a další zdroje .....	100
	Seznam použitých zkratk .....	104
	Seznam tabulek .....	105
	Seznam obrázků .....	105
	Seznam příloh .....	105

## **Abstrakt**

Tématem diplomové práce je dodržování legislativy v oblasti kompetencí, odborných sesterských výkonů, všeobecných sester a sester pro intenzivní péči na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Cílem šetření bylo zmapovat, jak sestry na anesteziologicko-resuscitačním oddělení dodržují legislativu v oblasti svých kompetencí a zda je situace něčím ovlivňována. Výsledky ukázaly situaci ve dvou směrech – situaci na konkrétním oddělení, tzn., zda sestry své kompetence překračují, zda sestry vědí o svých kompetencích a o kompetencích lékařů, popř. proč sestry kompetence překračují, jaký je názor lékařů na téma dodržování kompetencí zdravotníky, jaký je postoj managementu k překračování kompetencí sestrami. Dále pak situaci celkovou, tj. existenci dalších regulačních opatření, která hrají roli v působení sester na oddělení. Na základě těchto zjištění je vytvořeno doporučení pro vedení oddělení.

V první části práce je vysvětlena legislativa vztahující se k tématu práce, popis jednotlivých výkonů, přehled řízení systému kvality ve zdravotnictví.

V analyticko-výzkumné části je popsán průběh, výsledky výzkumu a na jejich základě doporučení pro vedení oddělení. Pro zjištění souvislostí jevů byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu.

## **Klíčová slova**

Kompetence, všeobecná sestra, sestra pro intenzivní péči, systém kvality ve zdravotnictví, standardy, motivace, management ve zdravotnictví

## **Abstract**

The topic of this diploma thesis is the compliance with legislation in an area of competencies of general nurses and special nurses working in intensive care units (ICU). The aim of the investigation was to map out, how nurses in the ICU comply with legislation in the area of their competencies and whether their work is influenced by anything. The results showed two trends - situation within a specific unit, that means whether nurses contravene their competencies; whether nurses are aware about their competencies and about competencies of doctors and in addition why nurses are contravening their competencies and what is the opinion of doctors on compliance of competencies for medical professionals, what is the position of management towards contravention of competencies by nurses . Furthermore, the situation overall, that means existence of further regulatory measures, which impact on the conduct of nurses within units. On the basis of those findings the following recommendations are made for leaders of department.

The first part explains the legislation that relates to the topic of the work, description of the performance, overview of the management of quality system in health care.

The analytic investigation part describes the process, result of investigation, and recommendations based on the results for leaders of department. Qualitative research was used in order to establish relationship between their individual phenomena.

## **Key words:**

Competencies, general nurse, nurse for intensive care, quality system in healthcare, standards, motivation, healthcare management



# ÚVOD

V této diplomové práci se zabývám tématem dodržování kompetencí zdravotnickými pracovníky na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Ve zdravotnictví se pohybuji 18 let a to v pozici sestry pro intenzivní péči. Pracovala jsem na několika odděleních, vždy v oblasti intenzivní akutní péče. Během tohoto působení se změnila legislativa regulující povolání zdravotních sester. Zajímá mne tedy, jak pracují sestry dnes, zda měly změny v legislativě dopad na práci sester.

Povolání zdravotní sestry je velice náročné. Dle mého názoru klade současná odborná i laická společnost na sestru nároky v mnoha oblastech. Sestra by měla mít teoretické odborné znalosti, praktické dovednosti, měla by dodržovat etická pravidla, měla by mít umění empatie, měla by být psychologem pro pacienta i jeho blízké, měla by umět pečovat o sebe sama. A v neposlední řadě by se měla orientovat v oblasti práva, a to hlavně v sesterských kompetencích, tzn., měla by vědět, které výkony sestra smí vykonávat a které výkony náleží lékaři. Z vlastní zkušenosti vím, že tato oblast je často sestrami opomíjena, podceňována a znalosti legislativy jsou minimální. Následky neznalosti svých kompetencí mohou být dosti vážné a to jak pro pacienta, tak pro sestru, zdravotnický tým i management organizace. Proto mne toto téma zajímá a chci se na něj více zaměřit.

V současné době probíhá u odborné veřejnosti mnoho diskusí o zaměstnanosti, přetěžování zdravotních sester. Zajímá mne, zda sestry opravdu dělají „jen“ svoji sesterskou práci nebo zda jejich činnost pokrývá i práci ostatních členů zdravotnického týmu, např. lékařů. A pokud jejich činnost přesahuje sesterské kompetence, proč to dělají. Zajímá mne i postoj managementu k dané situaci.

Tématem diplomové práce je dodržování legislativy v oblasti kompetencí, odborných sesterských výkonů, všeobecných sester a sester pro intenzivní péči na vybraném anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO). Přesně se jedná o kompetence v oblasti specializované ošetrovatelské péče, která je definována vyhláškou č. 55/2011 Sb. Podrobněji popíši rozsah kompetencí v kapitole 1.3.3. Kompetence všeobecné sestry a sestry specialistky. Zajímalo mne, jací pracovníci s jakou specializací vykonávají dané kompetence, zda je praxe v souladu s vyhláškou, a zda zdravotničtí pracovníci vykonávají kompetence mimo svou specializaci. Zkoumala jsem stávající reálnou situaci na vybraném oddělení. Nezaměřila jsem se jen na výčet a popis jednotlivých úkonů, zajímaly mne postoje jednotlivých zúčastněných skupin, a to sester,

lékařů a vedení oddělení. Dále mne zajímalo, zda svoji roli hraje i zdravotní pojišťovna, vedení celé nemocnice a to ve smyslu, zda existují nějaká regulační opatření ovlivňující působení sester na oddělení. Obě tyto skupiny se v různé působnosti spolupodílejí na provozu oddělení, potažmo na péči o pacienta. Zdravotní pojišťovna jako subjekt, který vyžaduje pro svého klienta kvalitní odbornou péči, kterou hradí. A vedení nemocnice, které zodpovídá za chod celého zdravotnického zařízení, kde se pacient (který je zároveň i klientem zdravotní pojišťovny) aktuálně nachází. Zajímalo mne, zda jsou v organizaci pracovníci, kteří pečují a řídí kvalitu, garantují dodržování legislativy.

Předmětem práce není výklad zákona, nebo předvedení právnických „kliček“, jde především o popis reálné situace. Vzhledem ke snaze zjistit vztahy a postoje jednotlivých skupin byla použita metoda kvalitativního výzkumu.

Cílem šetření je zmapovat, jak sestry na vybraném ARO jedné regionální nemocnice dodržují legislativu v oblasti svých kompetencí a jaké faktory mají vliv na dodržování legislativy. Výsledky by měly ukázat situaci ve dvou směrech – situace na konkrétním oddělení, tzn., zda sestry své kompetence překračují a za jakých okolností, zda sestry vědí o svých kompetencích a o kompetencích lékařů, popř. proč sestry kompetence překračují, jaký je názor lékařů na téma dodržování kompetencí zdravotníků, jaký je postoj managementu k překračování kompetencí sestrami. Dále pak situace celková, tj. jaká další regulační opatření hrají roli, v působení sester na oddělení, vedle jasně dané legislativy, např. smluvní pravidla se zdravotní pojišťovnou.

Diplomová práce je rozdělena do 9 kapitol. Nejprve objasním terminologii, teoretické podklady, které se vztahují k tématu práce. Ve výzkumné části popisují vybrané oddělení, metodologické poznámky a výsledky výzkumu. V závěru práce se věnuji doporučením pro vedení oddělení a diskuzi.

# 1 Terminologie

V následujících podkapitolách vysvětlím odborné termíny, formulace a legislativu vztahující se k tématu práce.

## 1.1 Vzdělání a kvalifikace sester

Profesní vzdělávání sester vychází z požadavků Evropské Unie. Vstup České republiky do Evropské Unie přinesl významné změny ve způsobu vzdělávání zdravotnických pracovníků. Přijetí zákona č. 96/2004 Sb., spolu s dalšími souvisejícími předpisy napomohlo vytvořit poprvé v historii českého ošetřovatelství komplexní právní rámec pro poskytování ošetřovatelské péče. Dále pak toto právní ustanovení staví obor ošetřovatelství na místo, které odpovídá vývoji a postavení tohoto oboru ve vyspělých zemích (Jurásková, 2011).

Vzdělávání sester lze rozdělit na 2 etapy:

1. Kvalifikační vzdělání – studiem získá absolvent odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra. Studium probíhá na VOŠ a VŠ, program musí splňovat požadavky, které jsou dané platnými právními normami. Podmínkou přijetí k tomuto studiu je úspěšné složená maturitní zkouška. Do roku 2004 probíhala současně i výuka na středních zdravotnických školách, studium bylo zakončeno maturitní zkouškou, absolvent vykonával povolání všeobecné sestry i bez dalšího pokračujícího studia. Kvalifikace těchto absolventů je i dnes uznávána (Zákon č. 96/2004 Sb.). Dnešní absolventi středních zdravotnických škol pracují jako zdravotničtí asistenti.
2. Pokračující, celoživotní vzdělání – k zajištění profesionálního růstu sestry a udržení odborné erudice sestry.

Do celoživotního vzdělání lze zahrnout:

1. Specializační studium – je zaměřeno na oborovou ošetřovatelskou péči. Studium probíhá v MZ akreditovaných zařízeních, např. v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Specializaci Sestry pro intenzivní péči lze získat po absolvování vzdělávacího programu Intenzivní péče. Program je zakončen Atestační zkouškou

(NCONZO, 2014). Studium je děleno do tematických modulů dle zaměření (např. kardiologie, anestezie, dialýza), celková délka studia je 36 měsíců, obsahuje alespoň 360 hodin výuky, praxe je alespoň v rozsahu 50% (Věstník MZ č. 2/2006).

Další možností jak získat kvalifikaci sestry pro intenzivní péči je absolvovat studium na VŠ, např. na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy, Masarykově univerzitě v Brně, Lékařské fakultě Ostravské univerzity. Studium je zakončeno státní zkouškou a přidělen titul Bc., Mgr.

2. Univerzitní vzdělání – probíhá na lékařských či zdravotně-sociálních fakultách. Lze studovat všeobecné ošetrovatelství nebo specializační programy (např. intenzivní péče, porodnictví). Studium je zakončeno státní zkouškou, je přidělen titul Bc., Mgr. (Jarošová, 2006).
3. Kontinuální vzdělávání – jde o celoživotní vzdělávání zdravotnických nelékařských pracovníků, slouží k udržování a prohlubování znalostí. Vzdělávání probíhá na vzdělávací akci, ty jsou různě pojmenovány a mají různý charakter, např. kongres, sympozium, konference, pracovní den, ale i stáž, vědecko-výzkumná činnost, poster, e-learningové kurzy. Akce jsou akreditovány MZ, účastníkům akce jsou udělovány kreditní body. Ty jsou nástrojem průkaznosti účasti sestry na akci (Jarošová, 2006).

Účast na dalším vzdělávání je tedy prokazována kreditním systémem, který určuje předepsaný počet bodů za určité období. Tento kreditní systém je využíván v „Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“. Je to vlastně registr sester, které splňují podmínky pro výkon zdravotnické profese. Registr vydává osvědčení k výkonu zdravotnického povolání, sestra je označována jako „Registrovaná sestra“ (NCONZO, 2013).

## **1.2 Legislativní rámec**

V České republice je profese zdravotní sestry regulována. Regulovaná profese je ta, u níž právní závazné předpisy určují podmínky vzdělání, označení odbornosti, kompetence a také sankce za neoprávněný výkon. Stěžejním právním předpisem

regulujícím zdravotnická povolání v České republice je Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. (dále již pouze zákon č. 96/2004 Sb.). Dalším důležitým dokumentem je vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky stanovující činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Prošková, 2010). Ještě do nedávna byly tyto činnosti upravovány vyhláškou č. 424/2004 Sb. Po dlouho připravované novelizaci byla však od 1. března 2011 přijata nová vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (dále jen vyhláška č. 55/2011 Sb.) s datem účinnosti od 14. března 2011. Tato vyhláška je vydána na základě zákona č. 96/2004 Sb., a dnem účinnosti ruší vyhlášku č. 424/2004 Sb. a vyhlášku č. 401/2006 Sb. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Výčet nejdůležitějších právních ustanovení regulující povolání nelékařských zdravotnických pracovníků uvádím zde.

**Zákon č. 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. (dále již pouze zákon č. 96/2004 Sb.).

**Zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách. Upravuje hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

**Vyhláška č. 423/2004 Sb.**, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

**Vyhláška č. 55/2011 Sb.**, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

**Vyhláška č. 470/2004 Sb.**, kterou se stanoví seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a

k výkonu povolání dalšího zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, druhu, četnosti a obsahu lékařských prohlídek a náležitosti lékařského posudku (o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka).

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

**Vyhláška č. 134/1998 Sb.**, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

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

**Věstník MZ ČR č. 9/2004**, koncepce ošetrovatelství.

**Nařízení vlády č. 564/2006 Sb.**, o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.

## **1.3 Kompetence**

### **1.3.1 Kompetence jako pojem**

Se slovem kompetence se v dnešní době setkáváme velmi často, a to ve smyslu pravomoc, oprávnění, povinnost, způsobilost, schopnost, dovednost. Definic pojmu „kompetence“ se objevuje mnoho. Některé se více soustředí na vlastnosti, některé více na chování jedince (Hroník, 2007). Prošková (2010) popisuje kompetence jednak jako pravomoc výkony vykonávat a jednak jako vědomost a dovednost. Mezinárodní rada sester (ICN) definuje kompetence sestry jako úroveň práce, kde se účinně používají znalosti, dovednosti a úsudek (Alexander, Runciman, 2003).

### 1.3.2 Kompetence sester v literatuře

Téma kompetence sester a jejich dodržování, překračování jsem našla zpracované především v bakalářských a diplomových pracích. Většina z nich je zpracována před rokem 2011, tj. při platnosti vyhlášky č. 424/2004 Sb. V těchto pracích byly použity techniky kvantitativního výzkumu, jde vlastně o výčet výkonů a jejich monitorace, kdo výkon vykonává. V pracích nejsou popsány další vztahy a návaznosti.

Vlček se ve své disertační práci z roku 2010 věnuje řízení kompetencí a to především u lékařských povolání. Poukazuje na to, že ve zdravotnických zařízeních není běžným postupem, aby na základě hodnocení zaměstnanců docházelo k přidělování a odebrání kompetencí.

Bartlová s Hajdukovou se ve své práci (Bártlová, Hajduková, 2010) zabývaly předáváním kompetencí mezi lékaři a sestrami. Vyplynulo, že sestry jsou nejčastěji pověřovány úkoly administrativní povahy a že větší část sester, je výkon schopna odmítnout, pokud není v její kompetenci.

Hledala jsem i v zahraničních zdrojích. Všechny informace se však týkaly popisu kompetencí sester v jednotlivých zemích, návaznost na studijní plány. Nenašla jsem žádný materiál k tématu překračování, kontinuální porušování sesterských kompetencí.

Po roce 2000 byly vydány 2 články týkající se problematiky pochybení ve zdravotnické péči. Autorem prvního textu s názvem „Chybovat je lidské“ je Kohn (2000), druhým textem je „Kultura bezpečí“ od Coopra (2002) (Ivanová, 2006). Oba články vzbudily v západních zemích neobvyklý a bouřlivý zájem, jež vyústil v určitá opatření (Ivanová, 2006). Naopak v ČR, jak uvádí Škrla (in Ivanová, 2006), „ *se řada lékařů a sester tváří, jako by se jich tento problém netýkal*“.

Nenašla jsem žádný zdroj, který by se přímo týkal zaměření této diplomové práce. Většina textů pojednává o vztazích mezi lékařem a sestrou. Diplomové a bakalářské práce zpracovávají téma kompetence sester kvantitativním způsobem.

Plynule tedy přejdu k další kapitole, kde popíši kompetentnost sester u výkonů, které jsem vybrala pro tuto práci.

### 1.3.3 Kompetence všeobecné sestry a sestry specialistky

Vyhláška č. 55/2011 Sb. přesně definuje činnosti všeobecné sestry a sestry specialistky. Část druhá § 4 popisuje činnosti zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí všeobecná sestra, část čtvrtá § 55 popisuje činnosti zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti pro sestru intenzivní péče. Vyhláška rozděluje vykonávání činnosti do třech kategorií, u každé kategorie uvádím příklad činnosti sestry:

1. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře – např. sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacienta, hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy
2. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře – např. provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů
3. Pod odborným dohledem lékaře - např. aplikovat nitrožilně krevní deriváty

Považuji za důležité zmínit odstavec 2 v § 4 – všeobecná sestra. Ten říká, že všeobecná sestra může provádět pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru specializovanou ošetrovatelskou péčí. Tzn., že specializované výkony, které může vykonávat sestra specialistka a to bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, může vykonávat i všeobecná sestra, ale pod dohledem sestry specialistky. Tyto výkony nejsou u popisu činností všeobecné sestry vyjmenovány.

V tabulce 1 uvádím výkony, na které jsem se zaměřila během šetření. Jsou to výkony, se kterými se sestry na ARO denně setkávají. Je zde uveden název výkonu, kompetentnost všeobecné sestry a sestry specialistky. Výkony, které může vykonávat všeobecná sestra pod dohledem sestry specialistky, jsou zbarveny zeleně. Výkony, které všeobecná sestra provádět nesmí, jsou zbarveny červeně.



Tabulka 1 Přehled výkonů a sesterských kompetencí

NÁZEV VÝKONU	VŠEOBECNÁ SESTRA	SESTRA SE SPECIALIZACÍ
APLIKACE TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVKŮ	Pod odborným dohledem lékaře může asistovat. Dále tento výkon může všeobecná sestra vykonávat pod odborným dohledem sestry specialistky.	Pod odborným dohledem lékaře
EXTUBACE TRACHEÁLNÍ KANYLY	Ve vyhlášce č.55/2011 Sb. není jmenován	Pod odborným dohledem lékaře
PUNKCE ARTÉRIE K JEDNORÁZOVÉMU ODBĚRU KRVE	Ve vyhlášce č.55/2011 Sb. není jmenován	Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
APLIKACE NITROŽILNÍCH INJEKcí A INFUZÍ U DĚTÍ DO 3 LET	<b>NESMÍ PROVÁDĚT!!!</b>	O tomto výkonu není žádná zmínka, tudíž <b>NESMÍ PROVÁDĚT!!!</b>
ČERPÁNÍ ŽALUDEČNÍHO OBSAHU U DĚTÍ DO 10 LET	<b>NESMÍ PROVÁDĚT!!!</b>	O tomto výkonu není žádná zmínka, tudíž <b>NESMÍ PROVÁDĚT!!!</b>
VÝMĚNA A OŠETŘOVÁNÍ TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY	Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře	O tomto výkonu není žádná zmínka, takže platí to, co pro všeobecnou sestru, tj. bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE MUŽŮ	Ve vyhlášce č.55/2011 není jmenován	Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

## **2 Popis jednotlivých výkonů**

V této kapitole vysvětlím jednotlivé výkony a kompetentnost všeobecné sestry a sestry pro intenzivní péči (dále i termín sestra specialista) k jejich provedení. Pro přehlednost již zde popíši, jak je výkon uveden v náplních práce pro všeobecné sestry a pro sestry specialista na zkoumaném oddělení a jak je prováděn. A to na lůžkové části a na anestezii zkoumaného oddělení.

Dále v této části přiblížím výkony, které nejsou přímo jmenovány v zákoně, ale s kterými se sestry na zkoumaném ARO každodenně setkávají. Jsou to výkony, o kterých se legislativa upravující kompetence sestry nezmiňuje, a není tedy důvod si myslet, že by je mohla provádět sestra. Stejně tak nejsou jmenovány v náplni práce sester na daném oddělení.

Popis a organizaci práce vybraného ARO uvedu v samostatné kapitole 5 Anesteziologicko – resuscitační oddělení.

### **2.1.1 Aplikace transfuzních přípravků**

Transfuze znamená převod krve nebo krevních přípravků do krevního oběhu druhého člověka. Transfuzní přípravky se podávají při větších krevních ztrátách (krvácení) nebo při některých krevních chorobách (Rozsypalová, Šafránková, 2002). Před vlastní aplikací si sestra připraví pomůcky k aplikaci, tj. krevní konzervu, dokumentaci pacienta, záznam o transfuzi, testovací séra a sklíčka, transfuzní set, dezinfekci, popřípadě pomůcky k zajištění žilního vstupu (Rozsypalová, Šafránková, 2002). Na ARO jsou pacienti většinou v bezvědomí, proto zde odpadá příprava nemocného ve smyslu poučení nemocného o průběhu transfuze. Sestra změří fyziologické funkce – krevní tlak, puls, teplotu a vše zapíše do dokumentace (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

Po přípravě pomůcek a přípravě pacienta lékař vizuálně zkontroluje krevní konzervu, kompatibilitu krevních skupin, expiraci. Po této kontrole se musí provést test krevních skupin u lůžka pacienta a to krevní skupina konzervy a krevní skupina pacienta (tzv. křížení). Toto se provádí pomocí sér sangvitetů, lékař smíchá kapku séra s kapkou krve z konzervy a v jiném testu s kapkou krve od pacienta. Provede se záznam

o výsledcích testů do záznamu o transfuzi. Po těchto kontrolách se může přistoupit k vlastní aplikaci (Rozsypalová, Šafránková, 2002). Toto křížení krevní konzervy se vzorkem pacientovy krve smí provádět pouze lékař.

Kompetentnost k výkonu aplikace transfuzních přípravků upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb. Sestra pro intenzivní péči může aplikovat transfuzní přípravky pod dohledem lékaře. Tzn., že na zkoumaném oddělení může sestra při anestezii krevní přípravek aplikovat a lékař je přítomen. Na lůžkové části sestra aplikuje transfuzní přípravek, lékař je přítomen přímo u lůžka pacienta nebo na resuscitačním pokoji, tzn., že v případě potřeby je ihned k dispozici. V obou případech jsou prakticky splněny podmínky vyhlášky č.55/2011 Sb.

Všeobecná sestra může pod odborným dohledem lékaře asistovat u aplikace transfuzních přípravků. Dále vyhláška č. 55/2011 Sb. § 4 všeobecná sestra, odstavec 2 uvádí, že všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, tj. sestry pro intenzivní péči, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče, tzn., i aplikace transfuzních přípravků.

Když si tuto situaci představíme v praxi, znamenalo by to, že sama všeobecná sestra smí u aplikace transfuzních přípravků pouze asistovat lékaři. Pokud bude dohlížet sestra specialista, může aplikovat všeobecná sestra, ale ještě pod dohledem lékaře.

V náplni práce pro všeobecnou sestru se na zkoumaném oddělení uvádí: *„Spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.“* Z této formulace není patrné, s kým a jak má sestra spolupracovat. Není uvedeno, že může asistovat a to pod dohledem lékaře. Pod dohledem specializované sestry může transfuzní přípravky aplikovat.

V náplni práce pro sestru specialistku se na zkoumaném oddělení uvádí: *„Spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.“* A jako další bod je uvedeno: *„Aplikuje nitrožilně krevní deriváty.“* Z těchto formulací opět není patrné, že se sestra specialista může aplikovat krevní deriváty, ale pod dohledem lékaře.

Na oddělení, kde proběhlo šetření, se všichni členové týmu jednohlasně shodli, že křížení krve provádí vždy lékař. Krevní transfuzi aplikuje sestra (všeobecná i specialista), lékař je vždy v blízkosti pacienta. Buď na anesteziologickém pracovišti,

nebo na resuscitačním pokoji, takže v případě potřeby je lékař ihned v dosahu. Tato situace je v souladu s vyhláškou č.55/2011 Sb., ale za předpokladu, že všeobecná sestra je vždy pod dohledem specializované sestry.

### **2.1.2 Intubace a extubace tracheální kanyly**

Tracheální kanyla (roura, rourka) je pomůcka k zajištění dýchacích cest. Jedná se o anatomicky zakřivenou rourku, která se zavádí ústy nebo nosem do průdušnice. Zavedení tracheální kanyly se nazývá intubace. Odstranění, vyjmutí tracheální kanyly se nazývá extubace.

Intubace se provádí při indikaci umělé plicní ventilace, u závažných šokových stavů, při nebezpečí aspirace do dýchacích cest, při obstrukci dýchacích cest (Kapounová, 2007). Výkon indikuje a provádí pouze lékař, sestra připraví pomůcky, zajistí správnou polohu pacienta. Všichni respondenti se jednohlasně shodli, že tento výkon vždy a za každé situace provádí lékař.

K extubaci se přistupuje tehdy, když pacient splňuje kritéria pro odpojení od ventilátoru, tzn. – má dostatečnou sílu na udržení si průchodnosti dýchacích cest, má polykací a kašlací reflex, odkašlává, při polykání nedochází k aspiraci do dýchacích cest (Kapounová, 2007). Výkon indikuje lékař. Sestra připraví pomůcky a pacienta.

Samotný výkon extubace může provést lékař za asistence sestry, nebo sestra při splnění následujících podmínek. Kompetentnost sester k tomuto výkonu upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb. Sestra pro intenzivní péči může extubovat tracheální kanylu pod dohledem lékaře. Při anestezii tedy může sestra extubovat a lékař je přítomen. Na lůžkové části sestra extubuje pacienta, lékař je přítomen přímo u lůžka pacienta nebo na resuscitačním pokoji, tzn., že v případě potřeby je ihned k dispozici.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. § 4 všeobecná sestra, odstavec 2 uvádí, že všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, tj. sestry pro intenzivní péči, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče, tzn., i extubace tracheální kanyly.

Když si tuto situaci představíme v praxi, znamená to tedy, že sama všeobecná sestra smí u extubace asistovat lékaři nebo výkon provést, ale pod dohledem sestry specialistky. A i v tomto případě musí být lékař v dosahu.

V náplni práce pro všeobecnou sestru na zkoumaném oddělení není o extubaci žádná zmínka. Není tedy zdokumentováno, jak mají všeobecné sestry pracovat, zda výkon smí provádět či nikoliv.

V náplni práce pro sestru specialistku se na zkoumaném oddělení uvádí: „*Provádí extubaci tracheální rourky.*“ Z tohoto však není patrné, že sestra smí provádět extubaci, ale pouze pod dohledem lékaře. Náplň práce není v tomto případě vodítkem, jak má sestra pracovat.

Na zkoumaném oddělení není přesně určeno, kdo bude pacienta extubovat, zda lékař nebo sestra, není vypracován žádný standard, popis, který by provedení výkonu definoval. Rozhodnutí, kdo výkon provede, tedy není standardně dáno, děje se dle aktuální situace – vyčíženosti lékařů a sester, stavu pacienta. Extubuje sestra, která o konkrétního pacienta pečuje, nerozlišuje se, zda se jedná o všeobecnou sestru nebo sestru specialistku. Všichni členové týmu se ale shodli, že lékař je vždy v bezprostřední blízkosti pacienta (na resuscitačním pokoji), který je připraven k extubaci. Zajímavé je, že většinou sestry mají pocit, že by lékař nemusel u extubace být, že by výkon zvládly samy. Argumentují tím, že poznají, jestli je pacient schopný extubace a že pokud by došlo ke komplikacím, tak lékaře zavolají. Naopak lékaři k extubaci přistupují tak, že když už tam musí být, tak mohou pacienta rovnou extubovat samy. Dle lékařů je žádoucí, aby byl ošetřující lékař v blízkosti výkonu a to právě pro možné nastalé komplikace.

### **2.1.3 Punkce artérie k jednorázovému odběru krve**

Punkce artérie znamená napíchnutí tepny. V tomto případě se jedná o jednorázovou punkci, kdy je zavedena jehla do konkrétní artérie, je odebráno požadované množství krve, pak se jehla odstraní a místo vpichu se patřičně ošetří. Nejčastějším místem k odběru je artérie radialis (vřetenní tepna), artérie femoralis (stehenní tepna) a artérie brachialis (pažní tepna) (Kapounová, 2007).

Kompetentnost sester k tomuto výkonu upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb. Sestra pro intenzivní péči může punktovat artérii na základě indikace lékaře sama, bez dohledu lékaře. Je zde výjimka – sestra nesmí punktovat artérii femoralis, jiné specifikace vyhláška nezmiňuje. Vyhláška č. 55/2011 Sb. § 4 všeobecná sestra, odstavec 2 uvádí, že všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou

způsobností v oboru, tj. sestry pro intenzivní péči, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče, tzn., i punktovat artérii k jednorázovému odběru krve.

Když si tuto situaci představíme v praxi, znamenalo by to, že sama všeobecná sestra může punktovat artérii, ale pod dohledem sestry specialistky.

V náplni práce pro všeobecnou sestru na zkoumaném oddělení není žádná zmínka o tomto výkonu.

V náplni práce pro sestru specialistku na zkoumaném oddělení je uvedeno: „*Provádí punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku.*“ Toto je v rozporu s vyhláškou č. 55/2011 Sb., poněvadž sestra specialistka smí punktovat artérie pouze k jednorázovému odběru krve, s výjimkou artérie femoralis.

Na tomto oddělení sestry výkon neprovádějí. Z rozhovorů vyplynulo, že nikdo z členů týmu, s výjimkou vrchní sestry, neví, že jsou sestry k punktování artérií kompetentní. Sestry by se výkonu nebály, ale dle nich už mají kompetencí dost, nemají zájem o další činnost. Lékaři byli překvapeni zjištěním, že sestry mohou punktovat artérie, ihned všichni jmenovali možné nastalé komplikace.

#### **2.1.4 Aplikace nitrožilních injekcí a infuzí u dětí do 3 let**

Infuze je vpravení většího množství roztoku do organismu, aplikuje se většinou přes žilní vstup do krevního řečiště. Důvodem podání je nejčastěji ztráta tekutin, zajištění výživy nemocného a potřeba udržet v organismu dítěte určitou hladinu léku (např. anestetika) (Rozsypalová, Šafránková, 2002). Výkon, druh a množství léku indikuje lékař.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. uvádí, že všeobecná sestra smí podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let. Ve výčtu činností sestry pro intenzivní péči není o aplikaci nitrožilních injekcí a infuzí u dětí do 3 let zmínka, platí tedy stejné pravidlo jako pro všeobecnou sestru. Z toho vyplývá, že všeobecná sestra ani sestra specialistka nesmí aplikovat nitrožilní injekce a infuze dětem do 3 let a tento výkon je plně v kompetenci lékaře. Sestra pouze připraví pomůcky a pacienta k výkonu.

V náplních práce na zkoumaném oddělení je pro všeobecnou sestru i sestru specialistku uvedeno: „*Podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let.*“ Z tohoto je jasné, že sestry na oddělení nesmí aplikovat nitrožilně injekce a infuze u dětí do 3 let.

Na zkoumaném oddělení se děti zpravidla ošetřují jen na anesteziologické části. Na resuscitační části se děti ošetřují velmi výjimečně, např. při akutním primárním ošetření dítěte do doby, než se předají na příslušné dětské oddělení.

Všichni členové týmu se shodli na tom, že pokud dítě do 3 let podstupuje anestezii, již přichází se zajištěným žilním vstupem z dětského oddělení. A že tedy na ARO nikdo nekanyluje žíly u takto malých dětí. Zajímá mne postup zdravotníků, jak by zareagovali, kdyby sice dítě přišlo se zajištěným žilním vstupem, ale ten byl nefunkční. Toto je situace, která nemusí být výjimečná. A zde už byli členové týmu v rozporu. Sestry i lékaři se shodli, že by dítě začala napichovat sestra a kdyby se jí nevedlo výkon zvládnout, osloví lékaře a ten se pokusí výkon provést. Záměrně zde používám slovo „*pokusí*“. Jednak bylo respondenty několikrát použito a také – lékař se opravdu pokusí, poněvadž, jak z rozhovorů vyplynulo, s výjimkou jednoho lékaře, který se specializuje na dětskou anestezii, že lékaři nemají prakticky žádnou praxi v kanylování periferních žil, ani u dospělých ani u dětí. Vrchní sestra a primář by situaci vyřešili tak, jak legislativa požaduje. A to tak, že by měl výkon zajistit lékař, sestry nesmí u dětí do 3 let výkon provést.

### **2.1.5 Čerpání žaludečního obsahu u dětí do 10 let**

Čerpání žaludečního obsahu se provádí pomocí sondy, která se zavede ústy do žaludku, odtud se odčerpává žaludeční obsah do baňky, která je napojena na sondu. Tento výkon se provádí např. po požití škodlivých látek nebo při nutnosti odčerpání žaludečního obsahu před anestezií (Rozsypalová, Šafránková, 2002). Výkon indikuje lékař.

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. může všeobecná sestra provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let. Sestra pro intenzivní péči poskytuje ošetrovatelskou péči pacientům, kteří jsou starší 10 let. Z tohoto vyplývá, že všeobecná sestra ani sestra pro intenzivní nesmí čerpat žaludeční obsah dětem do 10 let. Tento výkon je v kompetenci lékaře, sestra připravuje pomůcky a pacienta.

V náplních práce na zkoumaném oddělení pro všeobecnou sestru i pro sestru specialistku je uvedeno: „*Provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.*“ Z tohoto je jasné, že sestry nesmí čerpat žaludeční obsah u dětí do 10 let.

Tento výkon se na tomto pracovišti zpravidla neprovádí. Pokud by však bylo nutno výkon provést, provedl by jej lékař.

## **2.1.6      Výměna a ošetřování tracheostomické kanyly**

Tracheostomie znamená operativní vytvoření otvoru na průdušnici, otvor je umístěn vpředu na krku, do tohoto otvoru se zavádí tracheostomická kanyla. Tracheostomie slouží k dlouhodobému zajištění dýchacích cest, je zajištěn přístup do dýchacích cest, je usnadněna toaleta o dýchací cesty (Kapounová, 2007). Tracheostomické kanyly jsou různého typu, v intenzivní péči se nejčastěji používá tracheostomická kanyla s obturační manžetou, která slouží ke správné fixaci kanyly a minimalizuje riziko aspirace do dýchacích cest.

Výkon tracheostomie se provádí v celkové anestezii, provádí jej 2 lékaři, sestra připravuje pomůcky a pacienta.

Ošetřování tracheostomické kanyly zahrnuje odsávání z dýchacích cest, ošetřování stomatu, fixace kanyly, péče o kanylu jako takovou (kontrola celistvosti, funkčnosti, kontrola tlaku v manžetě).

Plánovaná výměna kanyly se provádí dle standardu oddělení, intervaly se pohybují kolem 7 dní. Při výskytu komplikace tracheostomie, např. obturace kanyly, se musí kanyla akutně vyměnit. Při výměně kanyly může dojít ke komplikacím výkonu – nemožnost zavedení nové kanyly, zavedení kanyly mimo tracheu, krvácení, hypoxie pacienta. Po každé výměně kanyly je nutná pečlivá kontrola správného zavedení kanyly.

Vyhláška č.55/2011 Sb. stanoví, že všeobecná sestra může provádět výměnu a ošetřování tracheostomické kanyly a to bez odborného dohledu, ale na základě indikace lékaře. V popisu činností sestry specialistky není tento výkon jmenován, tudíž platí to, co pro všeobecnou sestru, tj. může výkon provádět bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.

V náplni práce na zkoumaném oddělení pro všeobecnou sestru není žádná zmínka o tracheostomii, i když dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. je všeobecná sestra k tomuto výkonu na základě indikace lékaře kompetentní.



V náplni práce na zkoumaném oddělení pro sestru specialistku se uvádí: „*Provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly.*“ Z tohoto je patrné, že sestra může vyměňovat tracheostomickou kanylu, není ale jasné, zda na základě indikace lékaře nebo dle svého uvážení.

Z rozhovorů vyplývá, že sestry ošetřují okolí tracheostomické kanyly. Výměnu však vždy provádí lékař. Na tomto se shodli všichni členové týmu. Nikdo ze sester ani lékařů nevěděl, že legislativa umožňuje provedení tohoto výkonu sestrami. Sestry i lékaři se shodují a jsou si vědomi možných náhlých komplikací vzniklých při výměně kanyly. Sestry neprojevily zájem o vykonání tohoto výkonu samostatně. Lékaři se nechtějí „vzdát“ tohoto výkonu, poukazují na riziko možných komplikací.

### **2.1.7 Katetrizace močového měchýře mužů**

Katetrizace močového měchýře znamená zavedení sterilní cévky (katetru) močovou trubicí do močového měchýře. Močový měchýř se katetrizuje buď jednorázově (např. k jednorázovému odběru sterilní moče) nebo permanentně (k dlouhodobému zajištění odvádění moče z močového měchýře) (Rozsypalová, Šafránková 2002).

Na lůžkové části ARO jsou pacienti v bezvědomí nebo v těžkém stavu, zpravidla všichni tito pacienti mají zavedený močový katetr, nejčastěji cestou močové trubice. Výkon indikuje lékař.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. uvádí, že sestra pro intenzivní péči může bez dohledu lékaře na základě jeho indikace katetrizovat močový měchýř mužů. V popisu činností všeobecné sestry není tento výkon jmenován, avšak vyhláška č. 55/2011 Sb. § 4 všeobecná sestra, odstavec 2 uvádí, že všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, tj. sestry pro intenzivní péči, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče, tzn., i katetrizovat močový měchýř mužů.

Na oddělení pracují 3 sestry s letitou praxí z urologického oddělení. Jedná se o všeobecné sestry bez specializace. Během této praxe získaly na vzdělávací akci, semináři pro sestry, certifikát – cévkování muže. Tento certifikát však není legislativním oprávněním k výkonu, tyto sestry nemohou tento výkon provádět.

V náplni práce na zkoumaném oddělení pro všeobecnou sestru není zmínka o katetrizaci močového měchýře mužů.

V náplni práce na zkoumaném oddělení pro sestru specialistku je uvedeno: „*Provádí katetrizaci močového měchýře mužů.*“ Z tohoto však není patrné, zda výkon provádí na základě indikace lékaře nebo dle vlastního rozhodnutí.

Na oddělení katetrizují močový měchýř mužů všechny sestry. Výkon provádějí samy, bez dohledu. Indikace lékařem vlastně ani není, pokud přichází na ARO pacient k přijetí a nemá zaveden močový katetr, nikdo sestry ke katetrizaci nevyzývá, sestry samy katetr zavedou. Je to jakási tichá dohoda mezi lékaři a sestrami. Všichni členové týmu se shodli, že katetrizovat začne sestra. Pokud dojde k situaci, že katetr nelze zavést nebo i k jiné komplikaci, sestra volá lékaře. Ten se pak rozhoduje, buď provede výkon, nebo volá lékaře specialistu – urologa. Lékaři poukázali na skutečnost, že pokud se výkon nedaří provést sestře, oni raději volají rovnou urologa. Nemají tolik zkušeností s katetrizací jako sestry. Ptala jsem se mladého lékaře, zda někdy muže katetrizoval, odpověděl, že jen jednou, sám se o výkon přihlásil. Katetrizace se na tomto oddělení považuje za sesterský výkon, tudíž mladí lékaři nemají povinnost si výkon procvičit. Což je vlastně paradox, poněvadž lékaři výkon denně neprovádějí, ale mají řešit vzniklé komplikace. Při nástupu nové sestry nikdo neprověřuje, zda sestra výkon ovládá, spíše je to na ni, aby si v případě nutnosti řekla o pomoc.

### **2.1.8 Dávkování léků v lineárních dávkovačích**

Léky v intenzivní medicíně jsou nejčastěji aplikovány přímo do žilního řečiště, dosáhne se tak přesného dávkování a rychlého nástupu účinku léku. Je nutná kombinace několika léčiv, různých skupin. Aby byly léky přesně dávkovány, využívá se k aplikaci infuzních pump a lineárních dávkovačů. Lékař ordinuje a písemně zaznamenává název léku, sílu, případné jeho ředění, rychlost jakou má být lék dávkovačem podán. Sestra lék připraví, aplikuje, zaznamená, je zodpovědná za správnost aplikace. Během aplikace je úkolem sestry sledovat pacienta, jeho celkový stav a odezvu na podané léčivo. Při nutnosti, domněnce, že je nutné změnit dávkování léku, musí sestra volat lékaře. Nikde v legislativě, ani v náplni práce není uvedeno, že by sestra mohla nastavovat rychlost léku v dávkovači bez předchozí ordinace lékaře.

Na zkoumaném oddělení lékaři připisují do denního záznamu k ordinaci léku v dávkovači ještě ideální dosaženou danou hodnotu u pacienta (střední arteriální tlak, glykémie). Podrobněji se tomuto tématu věnuji u jednotlivých lékových skupin v podkapitolách a také v diskuzi.

Na resuscitačním oddělení mají pacienti v dávkovačích nejčastěji tyto léky – vazopresory, inzulín, analgosedaci. Každé skupině léků se budu věnovat zvlášť.

### **2.1.8.1 Vazopresory**

Vazopresory je skupina léků, které ovlivňují tlak krve a to za účelem jeho zvýšení. Pacienti s těmito léky mají většinou zavedenou kanylu v artérii, ta slouží k přímému měření tlaku krve. Hodnoty krevního tlaku jsou vidět na monitoru. Krevní řečiště reaguje do několika vteřin na změnu rychlosti dávkování léku. Odezva organismu na léčbu je prakticky hned znázorněna na monitoru a to bez dalšího zatěžování pacienta. V denním záznamu pacienta je vedle ordinace tohoto léku připsán požadovaný střední arteriální tlak. Hodnota aktuálního středního arteriálního tlaku je zobrazena na monitoru. Je žádoucí, aby se aktuální hodnota co nejvíce přibližovala hodnotě požadované.

V praxi na oddělení to vypadá tak, že sestry nastaví na dávkovači požadovanou rychlost dle indikace lékaře a dále dávkují množství léku dle aktuální hodnoty, dle stavu pacienta. Zajímalo mne, jak sestra pozná o kolik má množství léku snížit nebo zvýšit. Shodly se, že se to časem okouká, naučí se to zkoušením rychlosti nebo si navzájem poradí.

### **2.1.8.2 Inzulín**

Inzulín je lék, který snižuje glykémii, tj. hladinu krevního cukru v krvi. Podává se u pacientů, kteří přijímají léčebnou výživu do krevního řečiště přes žilní vstup. Opět je jasná požadovaná hodnota, tu však lze zjistit pouze z odběru krve. Krev se buď pošle do laboratoře, nebo se vyšetří na oddělení pomocí glukometru. Glukometr je malá krabička, kam se založí příslušný diagnostický proužek, na něj se kápne malé množství kapilární krve a do několika vteřin se ukáže hodnota glykémie.

Na oddělení se na základě indikace lékaře provádí odběry krve 3 – 4 x denně, dle výsledků si sestra sama reguluje dávkování inzulinu. Z rozhovorů vyplývá, že v noci si sestry dělají glykémii samy, třeba 3x během služby, bez indikace lékaře. Odebírají

kapilární krev z prstu pacienta, pomocí glukometru zjistí hodnotu, poté upraví dávkování inzulínu. Sestry regulují dávkovač zkusmo (proto navazuje i opakované odebírání a tím zatěžování pacienta), popřípadě dávkují po společné sesterské dohodě. O těchto odběrech lékaři i vedení ví, nijak se nad tím nepozastavují. Jedná se o rutinní záležitost, neděje se tak ve výjimečných případech.

### **2.1.8.3 Analgosedace**

Dle primáře oddělení je analgosedace jednou z priorit péče o pacienta na tomto oddělení. U tohoto tématu je důležité zmínit nový lékařský směr, myšlenku, postoj k dávkování těchto léků. Z rozhovorů s lékaři jsem se dozvěděla, že bývalo zvykem, že pacient na ARO byl utlumen léky, v lůžku se nehýbal, nekomunikoval. Vzhledem k výzkumům a prospěšnosti pro pacienta je novým trendem pacienty tolik netlumit. Tím dochází k tomu, že pacienti se v lůžku dle možnosti pohybují, zvedají končetiny, sahají si na katetry, kanyly. To je velice náročné na práci sester, sestry musí ochránit pacienta před sebepoškozením. Primář oddělení zastává myšlenku nového trendu. Z rozhovorů však vyplynulo, že sestry a starší lékaři se sice řídí novou metodikou analgosedace, ale vnitřně s tímto stavem nejsou smířeni. To se pak projevuje jistou netrpělivostí personálu a následným utlumením pacienta. Naopak mladší lékaři souhlasili s novým trendem a poukazovali na častější ordinace analgosedace než jejich starší kolegové. Zajímavé bylo, že indikace tlumících léků jsou spíše na naléhání sester než, že by se lékař rozhodl sám.

### **2.1.9 Změna ventilačního režimu**

Pacienti s nedostatečným dýcháním jsou tzv. připojeni k ventilátoru. To znamená, že pacient má zajištěny dýchací cesty pomocí endotracheální roury nebo tracheostomické kanyly, ty jsou napojeny na hadice vedoucí do dýchacího přístroje – ventilátoru. Ten zajišťuje dostatečné dýchání pacienta, lze na něm nastavit různé režimy a parametry dýchání. Ty se regulují dle stavu pacienta a ordinace lékaře, nastavuje je lékař. Z rozhovorů vyplynulo, že ventilační režim je zapsán v denním záznamu pacienta. Všichni členové týmu potvrdili, že se stává, že ventilační režim nebo parametry režimu mění sestra. A to buď na základě písemného pověření v denním záznamu pacienta – dle stavu, při potřebě. Nebo dokonce i bez tohoto pověření, např. v noci sestry nevolají lékaře ve službě. Děje se tak u pacientů, kteří jsou na oddělení

delší dobu, spíše ve stabilizovaném stavu. Při rozhovorech se nad touto praxí žádný z respondentů nepozastavoval, prý to takto bylo vždy.

V legislativě ani v náplních práce pro všechny sestry však není žádná zmínka o nastavování parametrů na ventilátoru, nelze se tedy domnívat, že jsou sestry kompetentní tento výkon provádět.

### **2.1.10 Odstranění centrálního žilního katetru**

Stav pacientů na resuscitačním oddělení vyžaduje, aby byl zaveden centrální žilní katetr. Jedná se o katetr, který je zaveden do centrální žíly, nejčastěji do veny subclavia (podklíčková žíla) nebo do veny jugularis interna (vnitřní krční žíla). Výkon indikuje a provádí lékař, sestra připraví pomůcky, pacienta a u výkonu asistuje (Kapounová, 2007). Katetr je zaveden různě dlouhou dobu, od několika dní až po celou délku pobytu pacienta na oddělení. Odstranění katetru indikuje lékař. O tom, že by výkon (odstranění katetru) měly provádět sestry, není žádná zmínka v žádném zákoně ani vyhlášce, není tedy důvod se domnívat, že by výkon sestry měly provádět.

Žádná zmínka není ani v náplních práce sester na zkoumaném oddělení.

Na oddělení výkon běžně provádí sestry. Nikdo nepochyboval, že by jej provádět neměly, vždy jej prováděly sestry.

### 3 Kvalita ve zdravotnictví

Kvalita ve zdravotnických zařízeních je ukazatelem pro všechny zúčastněné, zdravotníky, pacienta a plátce péče, tedy zdravotní pojišťovny. A právě pro zdravotní pojišťovny začíná být průkaznost kvality parametrem k uzavírání smluv a nastavení plateb za vykonanou péči.

Kvalita je systém činností, který zahrnuje definování parametrů, norem, ale také zjišťování a vyhodnocování aktuální situace. Kvalita ukazuje na systém řízení v organizaci a je schopna odhalit skrytá rizika. Správným nastavením procesů kvality je možno dosáhnout přijatelného fungování celé organizace. Kvalita se týká i personálního řízení, tedy i řízení kompetencí personálu, proto zde toto téma zmiňuji. V této části práce popíši základní principy kvality ve zdravotnictví.

#### 3.1 Kvalita jako systém

Kvalita má být řízena systémově, důležité jsou všechny části, které na sebe navzájem navazují. Gladkij a kolektiv (2003) definuje systém kvality ve zdravotnictví jako „*souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. Systém kvality tedy zahrnuje celý proces tvorby postupů*“.

Ve zdravotnictví je za kvalitní považována péče, která je:

- vykonávána kvalifikovanými pracovníky
- poskytována s přiměřeným přístrojovým vybavením
- poskytována přiměřeně ke stavu pacienta
- přínosem pro zdraví nebo kvalitu života pacienta
- přijatelná z hlediska hodnotové a emocionální rovnováhy
- řádně dokumentována a lékařsky zdůvodněna
- ekonomicky efektivní ve vztahu účinku a nákladů

Donabedian (in Gladkij a kolektiv, 2003) uvádí 3 vzájemně spjaté prvky kvality:

- 1) Struktura péče – souhrn zdrojů, podmínky péče
- 2) Vlastní proces – činnost zdravotnických pracovníků

- 3) Výstupy a výsledky péče – počet určitých vyšetření, počet vyléčených pacientů

Za základní postup při zvyšování kvality je považován Demingův model (Gladkij a kolektiv, 2003), který zahrnuje:

- 1) Definici cílů kvality
- 2) Dokumentaci údajů a informací
- 3) Analýzu výsledků
- 4) Kontinuální sledování a kontrola, zda jsou plněny určené cíle
- 5) Přizpůsobování cílů a postupů dle aktuální situace

Jako hlavní bod při implementaci a použití systému kvality je *nové chápání vedoucích úloh řídicích pracovníků*. Úkolem managementu organizace je zavést proces soustavného zlepšování kvality a řídit ho, úkolem vedoucích pracovníků (středního managementu) oddělení je rozšířit participaci na programech soustavného zvyšování kvality (Gladkij a kolektiv, 2003).

Rychlik (in Gladkij a kolektiv, 2003) analyzoval a popsal překážky při zavádění systému kvality ve zdravotnictví. Mezi hlavní překážky zařadil:

- *Navyklé strmé hierarchie a ztuhlé struktury*
- *Nedostatečná koordinace napříč jednotlivými postaveními*
- *Částečné i podstatné nedostatky ve společenské a provozně ekonomické kompetenci jinak vysoce odborně kvalifikovaných vedoucích pracovníků*
- *Chybějící manažerské systémy*
- *Nedostatečná pohotovost pracovníků na vyšších řídicích úrovních k zavedení systémů řízení kvality*

Předpokladem minimalizace výskytu těchto faktorů je sice zakotvení systému řízení kvality v legislativě, ale vlastní odpovědnost za konkrétní zavádění nástrojů řízení a zlepšování kvality závisí na zdravotnických zařízeních (Gladkij a kolektiv, 2003).

## **3.2 Hodnocení kvality**

K hodnocení kvality potřebujeme určité indikátory, standardy, parametry. Tato pravidla musí být dopředu stanovena. Dle nich můžeme požadovaný jev změřit, porovnat a určit, zda skutečnost vyhovuje nastaveným pravidlům a jedná se tedy o

kvalitní postup či nikoliv. Deming (in Škrála, Škrlová, 2003) říká: „*Co nelze měřit, neexistuje.*“

Vlastní proces zjišťování skutečnosti a její hodnocení je audit.

V následujících kapitolkách popíší blíže ošetrovatelské standardy a audit ve zdravotnictví. Tyto nástroje definují, jak mají a jak fungují činnosti na oddělení. Ze získaných informací se dá vyčíst rozdíl mezi nastavením a realitou. Proto s nimi pracují.

### **3.2.1 Ošetrovatelské standardy**

Ošetrovatelské standardy jsou dohodnutá pravidla kvality, jsou určitou normou ošetrovatelské péče, kterou sestra poskytuje (Grohar-Murray, DiCroce, 2003). Standardy mají sloužit sestřím jako jakýsi manuál, jsou určitou normou, která říká, jak se výkon provádí, jsou zárukou kvality. Toho se dá využít při auditech, ale i běžných kontrolách, jsou ochranou pro nemocného, pro sestru i organizaci.

Standardy lze rozdělit dle druhu do 3 skupin:

1. Strukturální standardy – stanovují vybavení prostředí, kvalifikaci personálu, počet zaměstnanců, způsob komunikace. Standardy se opírají o platnou legislativu a stanovené normy.
2. Procesuální standardy – zaměřují se na činnosti, které vykonávají sestry, tj. jednotlivé úkony ošetrovatelské péče.
3. Standardy výsledků, cílů – standardy určují, jak se bude provádět kontrola a monitorace správného provedení ošetrovatelské péče. Standardem je např. „sledování výskytu mimořádných událostí na oddělení“ (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Každý standard má své pojmenování, číslo, označení, typ standardu (např. procesuální), kde má být standard používán, pro koho je určený (sestry), autor standardu, datum vytvoření, součástí standardu bývá i cíl a kontrola provedení (propojení se standardem výsledků a cílů) (Plevová, 2012).

Vytváření a existence ošetrovatelských standardů je dobrovolný proces. Žádná legislativa neurčuje povinnost používání standardů. V České republice nejsou ani definovány celonárodní standardy ošetrovatelské péče, každé zařízení si je musí samo vytvořit. Je tedy na samotné organizaci a oddělení, zda přistoupí na tvorbu a používání ošetrovatelských standardů a budou mít podloženo, jak se u nich pracuje, nebo



standards mít vytvářeny nebudou, ale nebude jasné, jak se v dané organizaci pracuje, kdo a jak co dělá.

### 3.2.2 Audit

Audit je proces, jehož cílem je, aby se vyhodnotil skutečný stav věcí. Jde o nástroj měření kvality. Audit se netýká jen určité skupiny pracovníků, ale celého pracoviště. Ve zdravotnictví se tedy netýká jen sester, ale všech pracovníků na oddělení, tedy lékařů, ošetrovatelek, sanitářů, uklízeček. Audity lze dělit na audit interní a audit externí. Interní audit je prováděn v rámci organizace, provádí jej komise interních auditorů. Komise je sestavena z řad zaměstnanců organizace. Interní audit slouží k prozkoumání skutečností v rámci organizace a jejich dalšímu řešení. Externí audit je prováděn externí společností, která se audity zabývá. Audit provádí komise složená z externích auditorů. Externí audit se provádí např. při akreditaci, certifikaci zařízení. O průběhu a výsledcích auditu se provede záznam (Škrála, Škrlová, 2003).

Hodnocení kvality je legislativně zakotveno v zákoně 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jiné podmínky platí pro interní hodnocení a jiné pro externí hodnocení kvality.

Externí hodnocení kvality je dobrovolné, není povinné.

Interní hodnocení je povinné, poskytovatel musí mít zaveden interní systém hodnocení kvality. „*Minimální požadavky*“ a specifikace jsou uvedeny ve Věstníku MZ č.5/2012. Proces interního hodnocení probíhá jako sebehodnocení dle určitých standardů. „*Podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.*“

Pro poskytovatele lůžkové péče je ve Věstníku č.5/2012 uvedeno 7 standardů, tedy minimálních požadavků, které musí poskytovatel splňovat. Uvádím ten, který se vztahuje k tématu této práce. Je to standard č. 6, dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče. „*Cílem standardu je zpracovat popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka. Stanovit systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů, včetně přijímání opatření k*

*odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků. Stanovit program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu celoživotního osobnostního rozvoje. Standard je splněn, jestliže poskytovatel:*

- *Má zaveden způsob rozdělení pracovních míst v souladu s požadavky na personální zabezpečení zdravotní péče.*
- *Má stanovená pravidla pro zapracování pracovníků při jejich zařazení na pracovní místo.*
- *Má zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.*
- *Má zaveden systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů a způsob přijímání opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků.*
- *Má zpracován program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu osobnostního rozvoje.“*

MZ tedy zveřejňuje i na svých webových stránkách parametry řízení kvality. Management organizace, ale i vrchní sestra mohou sledovat stránky ministerstva a řídit se dle těchto dostupných informací. Standard by se měl odrazit ve vedení sester, proto jsem ho zde uvedla.

## 4 Výzkum

### 4.1 Cíl výzkumu, formulace výzkumného problému a výzkumné otázky

Téma této diplomové práce jsem si vybrala na základě svých zkušeností. Ve zdravotnictví pracuji 18 let, vždy v oblasti intenzivní medicíny, nyní v ambulantní složce. Během své práce se setkávám se svými kolegyněmi sestrami z jiných oddělení, s jejich pacienty. Všimla jsem si, že na každém oddělení je jiná organizace práce, jiný styl vedení dokumentace a to i v případech, že se jedná o oddělení z jedné organizace. Dle mého názoru, jsou zjevné rozdíly v péči o pacienty na těchto odděleních. Proto mne zajímalo, jak v dnešní době sestry pracují, zda jsou něčím ovlivňovány.

Nezajímalo mne jen výčet výkonů, které sestry provádějí, ale souvislosti a postoje sester. Proto jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je charakterizován Dismanem (2011) jako nenumerné šetření, jehož posláním je porozumění lidem v sociálních situacích.

Cílem šetření je zmapovat, jak sestry na anesteziologicko-resuscitačním oddělení dodržují legislativu v oblasti svých kompetencí a zda je situace něčím ovlivňována. Výsledky by měly ukázat situaci ve dvou směrech – situace na konkrétním oddělení a situace celková, tj. zda jsou i další vlivy, které ovlivňují dodržování kompetencí.

Základní výzkumnou otázku: „Jak sestry na anesteziologicko-resuscitačním oddělení dodržují legislativu v oblasti svých kompetencí?“ jsem rozdělila do dalších podotázek.

- Jaké výkony sestry provádějí?
- Existuje závislost mezi provedením výkonu a okolností, kdy je výkon prováděn? Např. při výjimečné situaci, akutnosti provedení?
- Ovládá sestra požadovaný výkon?
- Znají sestry své kompetence?
- Jaký je postoj lékařů ke kompetencím sester?
- Jaký je postoj vedení, primáře a vrchní sestry, ke kompetencím sester?
- Existují ještě další regulační opatření v působení sester na oddělení než jen jasně daná legislativa?

Předmětem práce není výklad zákona a předvést právnické „kličky“, jde spíše o popis reálné situace.

## 4.2 Sběr dat a metodologické poznámky

Při přemýšlení nad tématem práce jsem čerpala ze svých pracovních vzpomínek, vyprávění svých kamarádek – sester z jiných nemocnic. Aby nedošlo ke zkreslení šetření mými zkušenostmi z oddělení, rozhodla jsem se oslovit ke spolupráci pana primáře z jiného anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Jedná se o pracoviště průměrné velikosti, dá se říci oddělení „okresního“ typu. Toto oddělení disponuje pracovišti anestezie, resuscitace, ambulance bolesti a anesteziologická ambulance. Do budoucna se počítá s rozšířením oddělení o dospávací pokoj.

Jako první počín práce v terénu bylo telefonické oslovení pana primáře. Vysvětlila jsem mu, že bych ráda provedla tematické šetření na „jeho“ oddělení za účelem zpracování diplomové práce. K mému překvapení proběhl rozhovor velice hladce, získala jsem příslib spolupráce, mohla jsem uskutečnit rozhovory s kýmkoliv z oddělení, s kým budu potřebovat. Jedinou podmínkou celé akce byl požadavek na úplnou anonymitu organizace, oddělení i osob. Tomuto požadavku jsem vyhověla, proto nikde v práci oddělení nekonkretizuju. Primář mi předal kontakt na vrchní sestru, bude ji informovat, další dění kolem mého působení a dle mých potřeb bude koordinovat tato sestra.

Představa o mé výzkumné práci byla, že povedu rozhovory se sestrami z oddělení, staničnými sestrami, lékaři a na konec vrchní sestrou a primářem. Aby byla data relevantní potřebovala jsem zastoupení všech skupin personálu a všech podskupin. To znamená, skupina sester se specializací, sester bez specializace, mladší lékaři - délka praxe přibližně 5 let, starší lékaři – délka praxe přibližně 20 let a více.

V mezičase jsem se připravila na první rozhovory (připravené strukturované otázky). Mezi požadovaná získaná data patřily informace o délce praxe, vzdělání – s atestací nebo bez atestace, předchozích zkušeností. Zaměřila jsem se na výčet výkonů, které jsou jasně definovány v zákoně, tj. aplikace transfuzních přípravků, extubace tracheální kanyly, punkce artérie k jednorázovému odběru krve, aplikace nitrožilních injekcí a infuzí u dětí do 3 let, čerpání žaludečního obsahu u dětí do 10 let, výměna a ošetřování tracheostomické kanyly, katetrizace močového měchýře mužů. U všech

výkonů mne zajímalo, kdo je dělá, za jakých okolností (vždy nebo jen při akutním příjmu?), jejich časová závislost, tzn., zda se výkony provádí jen o službu, když na oddělení není vedení a také, jestli si sestry myslí, že jsou k těmto výkonům kompetentní, jinými slovy – jestli je smí dělat.

S vrchní sestrou jsem si telefonicky domluvila schůzku, na ni jsme projednaly detaily naší spolupráce. Ten samý den jsem uskutečnila první 3 rozhovory a to se staniční sestrou z resuscitace, sestrou směnařkou z resuscitace a sestrou směnařkou z anestezie. Konkrétní osoby byly vybrány vrchní sestrou, můj požadavek byl v této chvíli jen typologický – sestra z resuscitace, sestra z anestezie. Rozhovory byly polostrukturované, nejdříve jsem využila své připravené strukturované otázky a v návaznosti na odpovědi jsem dále vedla rozhovor nestrukturovaně. První rozhovory sloužily hlavně k vytipování problematických oblastí, navázání kontaktu s oddělením. Zkušenosti byly velice přínosné pro přípravu a realizaci dalších rozhovorů, např. konkrétněji se doptat na jisté nabídnuté situace, doptat se i na zjevně jasné skutečnosti, nenechat se odbýt stručnou odpovědí. Rozhovory jsem si celé pečlivě přepsala a již při přepisování jsem zjišťovala nedostatky ve vedení rozhovorů.

Na základě těchto prvních třech rozhovorů jsem zjistila, že to není ten pravý směr kudy dál a že téma dalších rozhovorů bude muset být zčásti pozměněno. Prohloubila jsem dotazování a soustředila jsem se na výkony, o kterých legislativa nemluví. Do otázek jsem zařadila – dávkování léků v injektomatech (analgoedace, vazopresory, inzulin), změna ventilačního režimu u pacienta na ventilátoru, intubace, odstranění centrálního žilního katetru. Až tyto otázky přinesly výsledky a hlavně ukázaly další souvislosti v dodržování kompetencí. Takto proběhly rozhovory s dalšími sestrami i se staničními sestrami a s lékaři.

Po rozhovorech se všemi dosavadními respondenty jsem hovořila s vrchní sestrou a s primářem oddělení. Tato jednání jsem rozdělila do dvou částí. Nejdříve jsem se dotazovala stejně jako ostatních respondentů na téma kompetence sester, zajímalo mne, zda se informace od nich budou shodovat s ostatními členy týmu. Druhý rozhovor s primářem a vrchní sestrou byl proveden s odstupem, až po zpracování dat. Primář a vrchní sestra byli seznámeni s výsledky šetření, seznámila jsem je s doporučením a společně jsme hledali vhodná řešení.

Všechny rozhovory probíhaly v odpoledních hodinách, tedy v čase, kdy na oddělení neprobíhají plánované činnosti. Celkem jsem provedla 14 rozhovorů – 7 se sestrami (se specializací i bez specializace), 2 se staničními sestrami, s 3 lékaři, s vrchní

sestrou, s primářem. Zpočátku byli respondenti, dle mého požadavku, osloveni vrchní sestrou. V postupu šetření byly sestry vybírány anonymně, pro ně nepřípraveně, sestry jsem oslovovala já. Vrchní sestra neví, s kterými sestrami jsem hovořila. Snažila jsem se zajistit objektivnost, validitu dat a také anonymitou ochránit respondenty. Rozhovor jsem si po souhlasu respondenta nahrála, přepsala jej a analyzovala data. V datech jsem hledala jevy a souvislosti dodržování legislativy. Svá zjištění jsem rozdělila do kapitol dle zúčastněných skupin, tedy sestry, lékaři a vedení. V další části jsem se snažila ukázat jevy v souvislostech a na jejich základě jsem vypracovala doporučení pro vedení oddělení.

Další výzkumnou metodou se nabízí pozorování. Tuto metodu jsem nechtěla použít pro její časovou náročnost. Zmiňované výkony se sice u pacientů na ARO provádí běžně, nejsou však předvídatelné. Vždy závisí na aktuálním stavu pacienta. Dalším faktorem mé snad „nechuti“ zvolit tuto metodu byla etická stránka situace. Objevovala se otázka, jestli je eticky správné, abych byla přítomna u tak složitých a hygienicky náročných výkonů, když data mohu získat z rozhovorů. Navíc u pacientů v bezvědomí, kteří nemohou nesouhlasit, ale ani souhlasit. Po zvážení všech pro a proti jsem metodu pozorování opustila. Avšak při vedení jednoho z rozhovorů byl respondent odvolán k akutnímu příjmu. Využila jsem situace a po svolení primáře jsem vše z povzdálí sledovala jako tichý pozorovatel.

Na základě analýzy dat z rozhovorů jsem zjistila důležitost existence dokumentů, které mohou ovlivňovat kompetence sester. Všechny dokumenty mi poskytla vrchní sestra. Jedná se o náplň práce všeobecných sester, náplň práce sestry specialistiky, protokol o adaptačním procesu sester, ošetřovatelské standardy, záznam o zdraví a nemoci. Analýza těchto dokumentů doplnila a potvrdila získaná data z rozhovorů.

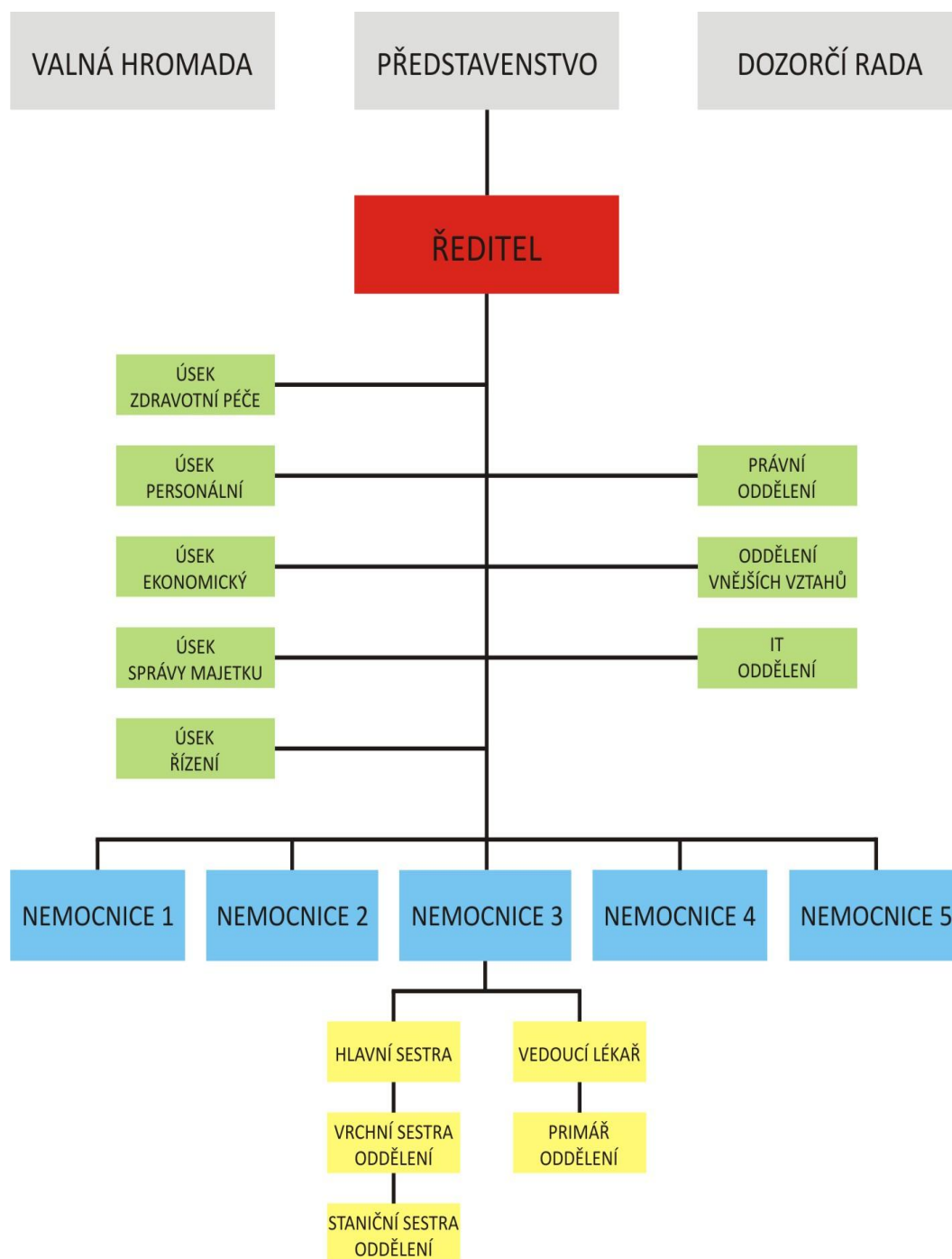
## **5 Anesteziologicko – resuscitační oddělení**

Šetření jsem provedla na anesteziologicko - resuscitačním oddělení (dále jen ARO). V následující kapitole popíši toto oddělení z hlediska typu a organizace práce. Pro zajištění anonymity zařízení i jednotlivých respondentů není nemocnice konkretizována. Na oddělení pracují muži i ženy, v popisu však z důvodu anonymity nespécifikuji pohlaví respondentů, v pojmenování jednotlivých pracovních pozic se držím tradičního pojetí generových rolí ve zdravotnictví a to – primář oddělení – muž, vrchní sestra – žena, lékaři – muži, sestry – ženy.

### **5.1 Popis oddělení**

ARO se nachází v nemocnici, která je součástí větší akciové společnosti. Tato akciová společnost sdružuje 5 nemocnic okresního typu, působí v jednom regionu. Na obrázku 1 je schematicky znázorněna struktura organizace. V čele společnosti stojí valná hromada, představenstvo, dozorčí rada a ředitel. Ten je zaměstnancem společnosti, najímá jej představenstvo. Ředitel přímo řídí úsek zdravotní péče, personální úsek, ekonomický úsek, úsek správy majetku, úsek systému řízení. Každý z těchto úseků řídí náměstek. Dále ředitel řídí další oddělení, jako jsou právní oddělení, oddělení vztahů s dodavateli a se zákazníky, oddělení informačních technologií. V každé nemocnici je vedoucí lékař zdravotní péče a hlavní sestra, ti jsou řízeni náměstkem úseku zdravotní péče. Vedoucí lékař řídí primáře v konkrétní nemocnici. Hlavní sestra řídí vrchní sestry jednotlivých oddělení, ty pak řídí staniční sestry. Staniční sestry jsou zodpovědné za chod jednotlivých stanic oddělení.

Obrázek 1 Struktura organizace



Popisované oddělení je běžným ARO střední velikosti, s okresní spádovostí. Oddělení se skládá ze dvou částí - resuscitační části a části anestezie.

Anesteziologická část oddělení zajišťuje během dne 6 pracovišť, jde vlastně o operační sály. Spolupráce je s chirurgickými obory, gynekologií, očním oddělením,



ortopedií, radiodiagnostickým oddělením. Na každém provozním pracovišti je během dne přítomen anesteziologický tým – sestra a lékař. Spolupráce mezi odděleními je nejen během anestezie na operačním sále, ale je zde i spolupráce o pooperační péči o pacienty v těžkém stavu a o pacienty s protražovanou bolestí. Tuto péči zajišťuje lékař anesteziolog, působí jako konzultant pro dané oddělení. Během služby, tj. od 15.30 do 7.00 hodin, pracuje anesteziologický tým – lékař anesteziolog a sestra. Každá z ambulančí – ambulance bolesti a anesteziologická ambulance – je v provozu 2 dny v týdnu, přítomen je lékař a sestra. Do budoucna se počítá s rozšířením oddělení, projektuje se dospávací pokoj.

Resuscitační, lůžková, část oddělení disponuje 5 lůžky. Poskytuje intenzivní a resuscitační péči pacientům se selhávajícími orgánovými funkcemi, zejména srdečně - oběhovým, dechovým a ledvinovým selháním po náročných operačních zákrocích či v důsledku akutního zhoršení závažných onemocnění. Dále poskytuje péči pacientům ve vážném zdravotním stavu - s poruchami vědomí různého původu, při vážných neurologických onemocněních, pacientům s akutně zhoršeným základním interním onemocněním, intoxikovaným pacientům a pacientům s mnohočetnými poraněními.

## **5.2 Organizace práce na oddělení**

Na oddělení pracuje celkem 11 lékařů. Vedoucím lékařem oddělení je primář, každá stanice má svého staničního lékaře. Během ranní směny jsou na resuscitační části přítomni 2 lékaři, o službu tj. ve všední dny od 15.30 do 7.00 hod a o víkendy a svátky, je přítomen 1 lékař. Na každém anesteziologickém pracovišti pracuje během dne anesteziologický tým – sestra a lékař. Během služby, tj. ve všední dny od 15.30 do 7.00 hod a o víkendy a svátky, je k dispozici jeden lékař anesteziolog a jedna sestra.

V sesterské linii je vedoucí oddělení vrchní sestra, ta řídí staniční sestry. Obě části oddělení (anestezie, resuscitace) mají svou staniční sestru. Celkem pracuje na oddělení 32 sester, všechny sestry jsou registrované, z toho je polovina specializovaných. Sestry nejsou trvale rozdělené na části oddělení – anestezie, resuscitace. Požadavek vedení oddělení (vrchní sestra i primář) je, aby se sestry pravidelně po 3 měsících střídaly na stanicích, což zajišťuje vysokou odbornou způsobilost sester a minimalizuje se rivalita mezi sestrami z jednotlivých částí oddělení. Výjimku mají pouze 3 sestry, ty pracují na anestezii v ranních směnách. Důvodem je jejich rodinná situace, kdy se samy starají o malé děti.

Na lůžkové části oddělení slouží sestry 12 hodinové směny, ve službě pracuje tým 3 sester. Na ranní směnu je přítomna ještě staniční sestra, ošetřovatelka a sanitář. Plán služeb sestavuje staniční sestra, je snaha, aby v každé službě byla přítomna specializovaná sestra. Ta je v rozpisu označena zeleně a působí jako vedoucí směny. Jak však vrchní i staniční sestra připouští, ne vždy je tento požadavek splněn. K tomu dochází v době dovolených, pracovních neschopností sester specialistek. Sestry mají rozdělené pacienty, tzn., že každá sestra má od staniční sestry určeno, o které pacienty se během služby bude starat a zodpovídat za ně. Zpravidla se jedná o jednoho až dva pacienty. Sestra je podepsána v denním záznamu pacienta. Pokud lékař naordinuje výkon, medikaci, odběr u pacienta, vždy osloví sestru starající se o konkrétního pacienta, a to i v případě, že se jedná o neobvyklou situaci.

Zajímalo mne, jak jednotlivé skupiny, tedy sestry, vrchní sestra, staniční sestra, lékaři a primář vnímají statut vedoucí směny. Již jsem zmínila, že vedoucí směny je specializovaná sestra, v rozpisu služeb je označena zeleně. Plán je sestavován na kalendářní měsíc. Od vrchní a staniční sestry jsem se dozvěděla, že vedoucí směny zodpovídá za chod resuscitační části oddělení v dané službě. Jednak za podpůrný servis péče o pacienty, tj. doplnění materiálu a léků, kontrola pomůcek a přístrojů, počítání prádla apod. Ale také za péči o pacienty, má hlavní slovo v jejich ošetřovatelské péči, tzn. v ošetřování ran, kdy se bude volat lékař, jakou rychlostí budou aplikovány léky v lineárních dávkovačích, zda pacient toleruje nastavený ventilační režim. Dále jsem se ptala sester z oddělení. Ty berou vedoucí směny, jako někoho, kdo zodpovídá za podpůrné činnosti, nemusí práci samy vykonávat, ale musí být hotovy. O zodpovědnosti vztahující se k pacientům není žádná zmínka, za pacienta si dle sester zodpovídá přidělená sestra, a to i když není specializovaná. Na druhou stranu, ale berou vedoucí směny jako někoho, kdo by měl všechno vědět a při nejasnostech se ji mohou zeptat. Sestry stále hovoří o tom, jak si navzájem pomáhají, jak si radí a že není problém se kdykoliv kohokoliv zeptat a konzultovat problém. Zajímavé je, že takto odpovídaly všechny sestry, všeobecné i specializované, tedy i vedoucí směny. Lékaři o statutu vedoucí směny ví, ale v zásadě jej neřeší, potřebují mít vykonané naordinované výkony a nezáleží jim na tom, kdo je provede. Primář oddělení bere vedoucí směny stejně jako sesterské vedení jako záruku toho, že je vše pořádku, že za oddělení někdo zodpovídá a že je na koho se obrátit v případě nejasností. Hovořil o obou oblastech zodpovědnosti – podpůrný servis i přímá péče o pacienta.

Z šetření tedy vyplývá, že sestry vnímají pozici vedoucí jinak, než vedení oddělení, vrchní sestra a primář. Neexistuje žádný dodatek k pracovní smlouvě, pověření o této činnosti, popis práce vedoucí směny, fakticky pro sestry není ani žádné oficiální pověření. Není žádné finanční ohodnocení této pozice. Jméno sestry je jen zazeleněno v plánu služeb. Sestry pracují dle zvyku, tak, jak si ústně předávají mezi sebou. Vedení oddělení, ani staniční sestra, nekontrolují a přesně nepožadují po vedoucí směny plnění dle jejich představ. Fungují dvě linie pozice vedoucí sestry, které nejsou propojené, linie sester a linie vedoucích oddělení. Každá skupina má svou představu o náplni práce, formálně není žádný záznam, tím, že není kontrola vedoucí sestry od vedení, není názorové propojení. Důsledkem je možný výskyt konfliktních situací a to různého rozsahu.

V literatuře se setkáváme s pojmem dvojí vedení sester (Bartlová 2005). Je to situace, kdy sestry jsou vedeny jak nadřízenými sestrami, tak ale i lékaři. Sestrami jsou vedeny hlavně v oblasti manažerské – postupy, standardy, rozpis směn. Lékaři jsou vedeny v oblasti medicínské, což zahrnuje např. ordinace, akutní intervence u pacienta. Je popisováno, že tato situace může narušit vztah sestra-lékař.

### **5.2.1 Náplň práce sester**

Pracovní poměr vzniká podepsanou písemnou pracovní smlouvou. Tato smlouva musí obsahovat druh vykonávané práce, místo práce, den nástupu do práce, délku pracovního poměru (doba určitá nebo doba neurčitá), délku zkušební doby a další ujednání (např. podmínky práce přesčas). Další pravomoci a povinnosti každého pracovníka uvádí náplň práce. V té je nutno přesně definovat skutečné činnosti pracovníka, nestačí pouhé vyjmenování dle katalogu prací. Nestačí jen odkaz na příslušnou regulující legislativu, zákon nebo vyhlášku, činnosti musí být popsány. Náplň práce je pro zaměstnance závazná (Plevová, 2012).

Ve zkoumané nemocnici přijímání nových pracovníků administrativně zajišťuje personální oddělení. Zde nová sestra podepíše pracovní smlouvu, náplň práce, kartu osobního prádla. Pak je odeslána na příslušné oddělení za vrchní sestrou.

Náplň práce slouží jako doplněk k pracovní smlouvě, průběžně je dle potřeb aktualizována a sestrami podepisována. To už zajišťuje vrchní sestra oddělení,

předepsané náplně práce obdrží e-mailem od hlavní sestry nemocnice, předá je sestrám k podepsání.

Na zkoumaném oddělení mi bylo umožněno nahlédnout do aktuálních dokumentů (z důvodu anonymizace oddělení nejsou náplně práce v příloze). V náplni práce je uvedeno jméno sestry, datum od kdy je pracovní náplň platná, osobní číslo sestry, oddělení. Dále je dokument rozdělen do dvou částí a to – charakteristika pozice a požadavky na zaměstnance. Náplň práce je ve dvou variantách. Jedna pro platovou třídu 10, ta je dle vrchní sestry určena pro všeobecnou sestru a další varianta pro platovou třídu 11, určena pro sestry specialistiky.

Oba dokumenty jsou seznamem sesterských výkonů. Nikde není specifikováno, zda výkon provádí sestra sama po vlastní úvaze nebo na základě indikace lékaře. Dále není u žádného z výkonu uvedeno, zda je nutný dohled lékaře nebo v případě všeobecné sestry dohled sestry specialistiky. Vyskytují se i věcné nesrovnalosti, např. „*Provádí punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku.*“ Dle vyhlášky č.55/2011 Sb. smí sestry provádět jednorázovou punkci arterie, ale s výjimkou punkce arterie femoralis.

Další věcnou nesrovnalostí je: „*Byla seznámena a pracuje v souladu se zněním vyhlášky 424/2004 Sb.*“ Tato vyhláška v současnosti není platná, je už 3 roky nahrazena vyhláškou č. 55/2011 Sb.

V části „Požadavky na zaměstnance“ jsou nereálné požadavky pro vzdělání v oboru. V náplni práce pro platovou třídu 10 se uvádí: „*Vysokoškolské vzdělání v bakalářském studijním programu nebo vyšší odborné vzdělání – v oboru.*“ V náplni práce pro platovou třídu 11 se uvádí: „*Vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu nebo vysokoškolské vzdělání v bakalářském studijním programu – v oboru.*“ Není však specifikováno v jakém oboru. Dle těchto požadavků by vzdělanost sester na oddělení vypadala tak, že všechny sestry specialistiky budou vysokoškolsky vzdělané, ostatní sestry budou alespoň diplomovaní specialisti. Ve skutečnosti nejsou požadavky na zkoumaném oddělení splněny, všechny sestry nemají splněno vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání.

Žádná z respondentek – sester – se nepozastavila nad obsahem své náplně práce, nemají k ní žádné připomínky.

## 5.2.2 Adaptační proces

Bedrnová (2002) uvádí, že adaptační proces je proces zapracování nového pracovníka, umožňuje zaměstnanci seznámit se s pracovními postupy, vytvořit vztahy se spolupracovníky, seznámit se s organizační kulturou pracoviště. Cílem adaptačního procesu je, aby pracovník co nejlépe a co nejrychleji zvládl pracovní požadavky, začlenil se do pracovního týmu. Pověřený vedoucí sestaví plán adaptačního procesu, ten může obsahovat školení, stáže, studium. Zároveň určí školícího pracovníka, který je zodpovědný za koordinaci celého procesu, vedení nového zaměstnance a za závěrečné hodnocení. Adaptační proces trvá od 3 do 12 měsíců. Délka závisí na charakteru práce a na dosavadních zkušenostech nového pracovníka. Účinnost adaptačního plánu je podmíněna prováděním průběžných kontrol zadaných úkolů. Po uplynutí adaptační doby proběhne závěrečné hodnocení adaptačního procesu. Hodnocení je přítomný nový pracovník, vedoucí pracovník a školitel. O průběhu a úspěšnosti adaptačního procesu se provede písemný záznam (Bedrnová, 2002).

Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2009 metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Jedná se o metodický pokyn, slouží jako návod postupu, nejedená se o legislativní nařízení. Podrobně popisuje adaptační proces ve zdravotnictví. Metodický pokyn byl zveřejněn ve Věstníku MZ ČR, ročník 2009, částka 6, je dostupný i na webových stránkách ministerstva.

V pokynu se doporučuje, aby si zdravotnické zařízení vytvořilo vlastní standardní postup včetně potřebné dokumentace. Dále se říká, že zdravotnické zařízení „*ve vnitřním předpisu popíše proces oběhu dokumentů a definuje odpovědnost vedoucích zaměstnanců za celou realizaci adaptačního procesu*“.

Pokyn je přehledně rozdělen dle tematiky a přesně popisuje postup adaptačního procesu. Zde uvedu formulace, které se obzvlášť vztahují k tématu práce. Jsou to:

- Cílem procesu je poznat, prověřit, zhodnotit, popřípadě doplnit znalosti, dovednosti a schopnosti nelékařských zdravotnických pracovníků
- S průběhem a kritérii bude pracovník seznámen při nástupu prostřednictvím vedoucího pracovníka
- Proces absolvuje pracovník, který přechází na jiné pracoviště a charakter jeho nové práce se výrazně liší

- Vedoucí pracovník sestaví písemný Plán adaptačního procesu, určí školícího pracovníka a seznámí účastníka s průběhem a organizací
- Délka procesu může být až 12 měsíců
- Průběh a hodnocení je realizováno formou hodnotícího rozhovoru nebo prověřením praktických dovedností, včetně zápisu do dokumentace a to 1x za týden, nejméně však 1x za měsíc
- Je vytvořen záznam o ukončení procesu, ten je předán minimálně účastníkovi (nové sestře) a personálnímu oddělení
- Po úspěšném ukončení procesu vypracuje vedoucí pracovník novou náplň práce

Toto jsou vybraná doporučení, která specifikují proces ve zdravotnictví a vztahují k tématu práce. Obzvláště dávám důraz na realizaci procesu u účastníka, nové sestry, která přichází z jiného pracoviště. Práce sestry na ARO je velice specifická, proto se proces týká všech nově nastupujících sester.

Na ARO zkoumané nemocnice žádný protokol, standard o adaptačním procesu neexistuje, není ani součástí řídicí dokumentace pro celou nemocnici. Záznam o průběhu adaptačního procesu by měl být ochranou a důkazem pro 3 zúčastněné strany – nastupující sestra, vrchní a staniční sestra, organizace jako celek.

Vrchní sestra provede novou sestru oddělením, proškolí ji o bezpečnosti práce. Nová sestra je přidělena staniční sestře, pracuje nejdřív v ranních směnách. Poté je přidělena sestře specialiste do denních a nočních směn. Nastupující sestru nikdo neprověřuje, zda ovládá jednotlivé výkony, které nejsou specifické pro oddělení ARO. Toto je např. u katetrizace močového měchýře mužů, pokud je potřeba výkon provést, sestra jde a udělá to. Jen pokud si není jistá nebo má pochybnosti, může se zeptat své vedoucí sestry nebo kterékoliv jiné sestry. Tím dochází k tomu, že vlastně není žádný formální přehled, záznam o tom, zda sestra už výkon prováděla a je schopná jej zvládnout v požadované kvalitě. Závisí tedy spíše na samotné nově nastupující sestře, zda si řekne vedoucí nebo staniční sestře o dohled při vykonávání pro ni problematického výkonu.

Zpravidla zůstává nová sestra na každé stanici 3 měsíce, v průběhu se uskutečňují schůzky se staniční a vrchní sestrou, ústně se zhodnotí dosavadní práce. Hodnotí hlavně vedoucí sestra ve spolupráci staničních sester. Po 6 měsících se uzavře adaptační proces

(ve zdravotnictví se užívá termín nástupní praxe), opět ústně, neprovádí se žádný záznam o průběhu adaptačního procesu.

Sestry hodnotí tento postup přijímání nových kolegyně jako přijatelný, nemají ale zkušenosti s jiným typem nástupní praxe. Sestry se shodly, že přijetí od kolegyně bylo vřelé, neobjevovalo se nadřazené chování, pokud se nová sestra potřebovala na něco zeptat, všechny ochotně odpovídaly.

Toto je vlastně tradiční model zapracování nové sestry ve zdravotnictví, neodpovídá však uvedeným manažerským poznatkům (Bedrnová, 2002) a doporučením MZ o průběhu adaptačního procesu, která jsou výše uvedena.

### **5.2.3 Hodnocení pracovníků**

Hodnocení pracovníků je jedna z činností vedoucího pracovníka. Pojem zahrnuje zjišťování, jak pracovník vykonává svou práci, sdělování výsledků zjištění jednotlivým pracovníkům a hledání způsobu ke zlepšení pracovního výkonu (Koubek, 2001). Koubek rozděluje hodnocení na neformální a formální. Neformální hodnocení je průběžné, každodenní hodnocení, zpravidla probíhá ústně, jde o součást průběžné denní kontroly. Formální hodnocení je standardizované, v určitých časových intervalech (např. 1x za 6 měsíců), zaznamenává se do dokumentu. Tento dokument se zakládá do složky zaměstnance a je využíván k další personální činnosti.

Na zkoumaném oddělení neprobíhá formální písemné hodnocení sester. Neformální ústní hodnocení probíhá nahodile při nebo po situaci, která vyvolá zhodnocení pracovníka, většinou se jedná o výtku, upozornění o nesplnění nebo špatného provedení nějaké činnosti, např. pravidelné nedoplnění materiálu. Jak jsem popsala v kapitole 3.2.2. Adaptační proces, ani u nově nastupující sestry neproběhne formální hodnocení a vytvoření záznamu pro pozdější dohledání.

Tím, že neprobíhá pravidelné hodnocení pracovníků, nedochází k monitoraci, jak sestry pracují, zda dodržují své kompetence a zda se jejich činnosti mění.

Dle vrchní sestry je formální hodnocení sester zbytečné. Vrchní sestra uvádí, že nemá nástroj, kterým by motivovala sestry k lepším výkonům. Nemá k dispozici finanční částku, kterou by rozdělila mezi sestry jako osobní ohodnocení, tedy pohyblivou část platu, která by sestry motivovala. O jiném druhu motivace vrchní sestra nehovoří.

## 5.2.4 Pracovní porady

Porady jsou setkání pracovníků, kde se účastníci seznamují s problémy a novinkami vlastního pracoviště, ale i celé organizace. Pracovníci si zde vyměňují zkušenosti, prezentují své názory. Častým problémem je časové naplánování porady, tak aby se porady mohli účastnit všichni dotyční pracovníci (Koubek, 2001).

Na zkoumaném oddělení probíhá každé ráno v 7.15 hodin „hlášení“, jedná se o setkání všech lékařů oddělení v poradní místnosti, ze sester je přítomna pouze vrchní sestra. Lékaři, kteří jsou „po službě“ (tzn., pracovali předešlou noc na oddělení) referují o průběhu směny. Dále primář oddělení ostatním sdělí plán dne, přidělí lékařům operační programy. S lékaři, kteří pracují na resuscitační části oddělení, zkonzultuje stav pacientů a stanoví další léčebný postup.

Vrchní sestra předá operační programy staniční sestře z anestezie, ta rozdělí programy jednotlivým sestřám.

Lékaři z resuscitační části odcházejí po konzultaci s primářem na lůžkovou část oddělení, zde informují o léčebném postupu ošetřující sestru. Staniční sestra je v toku informací prakticky vynechána. O dalších léčebných se dozvídá až po intervenci ošetřující sestry nebo po vlastním dotazu.

Na oddělení se nekonají žádné sesterské porady, schůze, setkání. A to ani přímo v sesterské linii ani ve spolupráci sestra – lékař. Není vytvořen žádný formální prostor na předávání informací a řešení organizačních záležitostí. Pokud se vyskytne neobvyklá situace, mimořádná událost, řeší se ústně, bez písemného záznamu, přítomný je jen personál, kterého se situace bezprostředně týká.

## 5.2.5 Ošetřovatelské standardy

Na ARO jsem zjišťovala, zda jsou vypracovány ošetřovatelské standardy. Zaměřila jsem se na zpracování výkonů, které jsem sledovala, tj. výše zmíněné výkony. Teorie definuje ošetřovatelské standardy jako dohodnutá pravidla kvality, jsou určitou normou ošetřovatelské péče, kterou sestra poskytuje (Grohar-Murray, DiCrocce 2003). Mají sloužit sestřám jako jakýsi manuál, jsou určitou normou, která říká, jak se výkon provádí, jsou zárukou kvality.

Na každé stanici (lůžková část i anestezie) jsou standardy v písemné i elektronické podobě. Složka s názvem „Standardy postupů ošetřovatelské péče“ obsahuje standardy v deskách, řazení je dle data vytvoření. Jedná se o všeobecné



ošetřovatelské výkony, které se provádějí i na jiných odděleních nemocnice (např. aplikace injekcí, lumbální punkce, ošetřování zemřelého apod.), byly vytvořeny vedením celé nemocnice. Ve standardech není zmínka, zda je sestra kompetentní vykonávat výkon sama nebo pod dohledem lékaře. K sledovaným výkonům v této diplomové práci jsem našla tyto standardy:

- Standard ošetřovatelské péče při aplikaci krevních derivátů a transfuzních přípravků – je uvedeno, že kompetentní je všeobecná sestra. Dle legislativy je, ale pod dohledem lékaře. Kompetentnost sestry specialistky uvedena není.
- Standard ošetřovatelské péče při nitrožilních injekcích a infuzích – je uvedeno rozlišení aplikace u dospělých a dětí do 3 let. U dospělých je kompetentní všeobecná sestra, u dětí dětská sestra. Toto je dle legislativy vyhovující.
- Standard ošetřovatelské péče při katetrizaci močového měchýře – není rozlišeno, zda se jedná o katetrizaci dětí, ženy nebo muže. Kompetentní je všeobecná sestra. Dle legislativy je, ale jen ke katetrizaci žen a dívek nad 10 let. U dětí, dívek mladších 10 let a mužů je nutný dohled sestry specialistky.

Další standardy, které by se vztahovaly k výkonům zmíněných v této práci, jsem nenalezla.

Z šetření tedy vyplývá, že zdaleka nejsou zpracovány všechny standardy, postupy sesterských výkonů. A ty, které zpracovány jsou, obsahují nedokonalosti. Ztrácí se tedy smysl přínosnosti těchto dokumentů. Tím, že postupy chybí, nemají sestry k dispozici přesný popis vykonávaných činností, vedení oddělení nemá nástroj ke kontrole, pacient nemá záruku kvality, není jasné, jak má být výkon prováděn.

## **5.2.6 Audit**

Audit je proces, jehož cílem je, aby se vyhodnotil skutečný stav věcí. Jde o nástroj měření kvality.

Z rozhovoru s vrchní sestrou zkoumaného oddělení vyplynulo, že audity probíhají na oddělení přibližně 1x ročně. Jedná se o interní audit. V organizaci není jmenována komise interních auditorů, audity provádí hlavní sestra nemocnice a vedoucí lékař nemocnice. Po domluvě s vrchní sestrou se určí datum, kdy auditoři přijdou na

oddělení. Vrchní sestra ráno informuje ostatní sestry o auditu. Audit probíhá tak, že hlavní sestra s vedoucím lékařem zkontrolují dokumentaci na oddělení – hlášení sester, opiátovou knihu. Nahlédnou na resuscitační pokoj, náhodným výběrem prohlédnou záznam o zdraví a nemoci u jednoho pacienta. Dávají důraz, aby byla vedena sesterská část. Ale dle slov vrchní sestry se už ale nezjišťuje, zda zapsané údaje odpovídají realitě. Přímo k lůžku pacienta auditoři nechodí. Na anesteziologická pracoviště také nechodí. Pak proběhne diskuze mezi auditory a vrchní sestrou. Časové rozpětí auditu je většinou do 2 hodin. O průběhu auditu zpracuje hlavní sestra zprávu, ta je pak interní elektronickou poštou zaslána vrchní sestře. Dle vrchní sestry většinou nejsou nalezeny pochybnosti. Pokud se ve zprávě nějaká pochybení objeví, nikdo nekontroluje jejich nápravu, je pouze na vrchní sestře, jak se k zaznamenané chybě postaví. Zpráva je dle vrchní sestry spíše potvrzením, že audit proběhl.

### **5.2.7 Denní záznam pacienta**

Denní záznam pacienta je součástí dokumentace pacienta, zapisuje se do něj lékařská vizita, veškeré ordinace, výživa, ventilační režim. Sestry zaznamenávají fyziologické funkce, ošetrovatelskou péči o pacienta. (Handl, 1999).

O zdravotnické dokumentaci pojednává zákon č. 372/2011 Sb., část šestá. § 54 říká, že zdravotnická dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována. U každého zápisu musí být datum provedení, podpis a razítko se jmenovkou zdravotnického pracovníka, který zápis provedl (Zákon č. 372/2011 Sb.). Zákon nevyjmenovává konkrétní výkony, uvádí jen termín zápis.

Zajímalo mne, zda je na ARO provedení určitého výkonu zpětně dohledatelné, tzn., zda je sestra pod příslušným výkonem podepsána a je jasné, kdo výkon provedl. Zjistila jsem, že vzhledem k organizaci práce na oddělení, se sestry podepisují do záznamu vždy za celou jejich službu. Zvláště podepisují akorát podané lékové ordinace a to do záznamu pacienta, kterého mají na starost. Pokud však u pacienta proběhne sled akutních událostí, např. u příjmu pacienta na oddělení, resuscitace apod., a u pacienta musí najednou pracovat více sester, nejsou podepsány jednotlivé výkony, např. defibrilace. To může mít při zpětné kontrole vážné důsledky pro ošetřující sestru, poněvadž ta sice výkon neprovedla, ale je podepsána v záznamu pacienta za celou

službu. Tyto kontroly jsou většinou prováděny z důvodu např. pozdně se vyskytlé komplikace daného výkonu.

Identifikace sester s provedeným výkonem není řízena žádným standardem.

### **5.3 Shrnutí**

V této části jsem chtěla ukázat fungování zkoumaného ARO. Nejdříve jsem popsala strukturu celé organizace a oddělení, ve druhé části je popsala organizaci práce na oddělení. Zmínila jsem základní prvky, které se objevují v personálním řízení a vztahují se k tématu této diplomové práce, je to náplň práce sester, adaptační proces, hodnocení pracovníků, pracovní porady. Dále jsem popsala základní nástroje kvality vztahující se k této práci, jsou to ošetřovatelské standardy a audit.

V další části práci uvedu výsledky výzkumu. Nejdříve popíši postoje jednotlivých zúčastněných skupin, tedy sestry, lékaři a vedení oddělení. Pak uvedu souvislosti.

## **6 Výsledky výzkumu**

V této části práce uvedu výsledky výzkumu. V podkapitolách popíši postoje jednotlivých zúčastněných skupin, tj. sester, lékařů, vedení oddělení, vedení nemocnice a postoj pojišťovny.

### **6.1 Jak to vidí sestry**

V této části popíši jevy, které se týkají hlavně sester a jak o nich sestry hovoří.

#### **6.1.1 Znalost svých kompetencí**

Z rozhovorů vyplynulo, že sestry se neorientují v platné legislativě. Některé ze sester neví o platnosti jakékoliv vyhlášky, neví, že sesterské kompetence jsou vyhláškou určeny a že by se podle ní měly řídit. Většina sester ví, že nějaká vyhláška existuje, neznají ale její obsah, číslo, rozdíly v kompetencích všeobecné sestry a sestry specialistky. Sestry by si vůbec neporadily, kde by znění vyhlášky dohledaly. Při nutnosti by oslovily vrchní sestru. Sestry ale nemají vnitřní potřebu se s vyhláškou č. 55/2011 Sb. seznámit, spoléhají na vedení, tedy vrchní sestru, že vše sleduje a že by při nutnosti změny vše zařídila. Sestry na oddělení nikdo s žádnou vyhláškou nikdy neseznamoval, neproběhl žádný seminář, porada na téma legislativy. A to ani na oddělení, ani v celé organizaci. Sestry si tedy myslí, že tak, jak se vše provádí u nich na pracovišti, že je správné. Žádná ze sester nikdy nepracovala v pracovním poměru na jiném ARO, jiná oddělení navštěvovaly pouze v rámci předepsané praxe v rámci specializačního studia, nebo mají informace od svých kamarádek – sester, které na jiných odděleních pracují. Jedná se o oddělení podobné velikosti, ale i o pracoviště ve fakultních nemocnicích. Sestry potvrzují, že na odděleních stejného typu je praxe podobná, jen s malými rozdíly a to spíše v oblasti patientské dokumentace, předávání služby. Provádění výkonů a péče o pacienta je vcelku stejná. Naopak na odděleních ve fakultních nemocnicích provádějí, dle respondentek, sestry více výkonů, jako je například punkce artérie, extubace, změna ventilačního režimu pacienta, což také není v přesném souladu s legislativou. Sestry to odůvodňují tím, že je to způsobeno charakterem pracoviště, tzn. velké oddělení, těžce nemocní pacienti, vyšší četnost výkonů, zaneprázdněnost lékaře a důvěra v ošetřující sestru. Sestry neví, jestli je praxe na fakultních odděleních správná, připouští, že zřejmě ano, když to takhle funguje.

Respondentky vyprávěním potvrzují, že se i na jiných odděleních nepracuje přesně podle legislativy. To je pro ně odůvodněním, že je u nich na oddělení vše v pořádku. Je zjevné, že sestry porovnávají se známou, nebo z doslechu známou, praxí, ne se psanými pravidly. Sestry vůbec nevyužívají platnost a požadavky vyhlášky, na vyhlášku se neodvolávají, nevedou ji vůbec v patrnosti, nepracují s ní. Je tedy patrné, že se sestry vůbec neorientují v sesterských kompetencích. Kompetentnost k výkonům posuzují dle zvyku, pravidel, praxe oddělení.

Příčinu rozdílu mezi těmito dvěma typy oddělení popisují, jak už jsem zmínila výše, vyšší četností výkonů, zaneprázdněností lékaře, důvěrou v sestru. Pocit důvěry je praktické odůvodnění, které je vede k akceptaci, že dělají činnosti, které dle legislativy dělat nemají. Po krátkém přemýšlení sestry přiznávají, že jde hlavně o zvyk oddělení, ten je dán historickým vývojem ARO. V době vzniku tohoto (zkoumaného) oddělení si personál vybírali lékaři ze sester, které již byly v praxi, většinou na chirurgických odděleních a které byly považovány za spolehlivé, pracovité sestry. Stejný trend zachovávala i vrchní sestra, která dbala na výborné studijní výsledky nastupujících absolventek nebo na dobrou pověst nově nastupující sestry.

Z rozhovorů vyplynulo, že rozdělení kompetencí mezi sestrou a lékařem je stále stejné, rozdělení není závislé na akutnosti nebo výjimečnosti situace.

Sestry, které pracují na oddělení delší dobu (přes 10 let) nehodnotí změnu práce sestry v čase, během jejich dlouholeté praxe, jako příliš dynamickou, kompetence narůstají spíše pozvolna, jsou závislé na nových léčebných metodách. Při rozhovorech sestry vždy hovoří nejdřív o lékařských výkonech, až poté o ošetrovatelských. Poukazují na medicínský posun, standardem se staly jednorázové pomůcky, začaly se používat nové převazové materiály, ale výrazné změny v oblasti kompetencí nenastaly. Vyhláška č. 55/2011 Sb. se nestala mezníkem ve změně práce sester na tomto oddělení, neměla žádný vliv na změnu kompetencí sester na zkoumaném oddělení. To potvrzují všichni respondenti.

Z rozhovorů vyplynulo, že největší změnou v práci sester v poslední době je nárůst dokumentace. Sestry si stěžují, že záznamů je mnoho, že se musí všechno zapisovat, je to pro ně velká časová zátěž. Žádná z respondentek nezdůraznila ochranný význam dokumentace v případě soudních sporů. Na oddělení se ještě neřešila žádná událost, kdy by bylo nutno dohledat zpětně dokumentaci pacienta, sestry nemají zkušenost s řešením případných sporů, to může být důvod, proč sestry nepřikládají dokumentaci patřičný význam.

Ukazatelem, že sestry se nezajímají o své kompetence, jsou pracovní náplně. V kapitole 3.2.1. Náplně práce jsem popsala záznamy ze zkoumaného oddělení. V dokumentu je mnoho nesrovnalostí, je uvedeno, že sestry mají pracovat a řídit se vyhláškou č. 424/2004 Sb. Tento dokument byl a je předkládán sestřám k podpisu, sestry jej bez zaváhání podepíší. Toto vypovídá o organizační kultuře na oddělení, kdy sestry slepě poslušně podepisují dokumenty, které neprostudují.

Dalším ukazatelem, že sestry neznají a nepracují dle kompetencí, je systém vedoucí směny. V kapitole 3.2. Organizace práce jsem popsala, jak pozici vedoucí směny vnímají jednotlivé skupiny, tzn. lékaři, vedení oddělení a sestry. Vedení oddělení, tedy vrchní sestra a primář, mají představu, kdo je vedoucí směny, co vykonává. Tato představa však není nikde zaznamenána, neexistuje žádný dokument popisující práci vedoucí směny, takže sestry si nemohou dohledat, přechíst, za co vedoucí směny zodpovídá. Dle vedení má být vedoucí směny sestra specialistka, která zodpovídá za chod resuscitační části v dané službě, je oporou a dohlíží na všeobecné sestry. Sestry přesně neví, za co má vedoucí směny přesně zodpovídat, sestry a vedení mají jinou představu. Pokud nastoupí nová sestra, je ji s dalšími mnoha informacemi sdělen i systém vedoucí sestry. Nová sestra v této pozici není, není určeno, po jaké době a za jakých okolností se může sestra stát vedoucí směny. Pokud tak nastane, její jméno je v rozpisu služeb zazeleněno. Nikdo však dotyčné sestře jasně nevysvětlí, co pozice obnáší, sestra vykonává to, co „okoukala“ od již fungujících vedoucích směny. A sestra se také nikoho neptá, co má dělat. Činnost vedoucí směny nikdo nekontroluje, ani staniční sestra ani vrchní sestra. Je tedy vytvořena funkce vedoucí směny, ale každá skupina má svou představu.

### **6.1.2 Význam vzdělávání**

Na zkoumaném oddělení pracuje 32 sester, všechny jsou registrované, polovina z nich absolvovala specializační studium v oboru Sestra pro intenzivní péči. Dle slov všech respondentů má zdravotní pojišťovna podmínku, aby alespoň polovina sester na ARO byla specializována v oboru. Musím se zastavit u jevu, že si všichni respondenti, včetně vedení, si myslí, že toto nastavení, podmínku definovala zdravotní pojišťovna. Skutečnost je ovšem ta, že je v platnosti vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. V této vyhlášce je uvedeno, jaký personál musí být na jakém oddělení, včetně jeho vzdělání. To platí i pro zkoumané

oddělení, tedy intenzivní péče 3. stupně - resuscitační péče. Tato oddělení musí splňovat podmínku, že na oddělení bude vedeno 50% sester pro intenzivní péči. Není to tedy podmínkou zdravotní pojišťovny, jak se o to mezi zdravotníky běžně hovoří, ale legislativou, která je platná pro všechny. Tento požadavek je splněn. Vedení celé nemocnice ale nemá zájem na dalším vzdělávání, specializaci, pro ostatní sestry.

Z rozhovorů se staršími sestrami jsem se dozvěděla, že po vzniku ARO byla pro sestry velká prestiž na tomto oddělení pracovat. Podle vypravěček potřebovali lékaři vzdělanou sestru, přistupovali k ní jako k rovnocennému partnerovi. Prakticky všechny sestry absolvovaly tehdy nástavbové studium ARJIP, sestry byly atestované. Podle slov sester *„měly zájem o studium, byly aktivní a to i přes to, že v té době byly mladé a doma měly malé děti“*. Zájmem vedení bylo mít vzdělané sestry, lékaři sestry velice podporovali, průběžně jim vysvětlovali lékařské diagnózy a postupy léčby. Tuto situaci sestry datují do 80. a 90. let 20. století, tedy doby, kdy došlo, dle vypravěček, k významnému rozvoji medicíny a technických možností, jako třeba používání počítačů. Nutno podotknout, že zdravotní pojišťovny vznikají až v 90. letech 20. století, do této doby nebyla zdravotní péče a podmínky provozování nemocnic tak přísně regulovány, jako v dnešní době.

Z rozhovorů se staršími sestrami vyplynulo (a mladší respondentky toto potvrzují), že dnes je situace zcela odlišná. Jsou přesně dána pravidla, kolik sester na oddělení má být specializovaných. Ředitelství nemocnice nemá zájem o navyšování tohoto počtu, důvodem jsou následně vzniklé vyšší mzdové náklady. Od tohoto se odvíjí i počet platových tříd 11, tedy třída určená pro sestru specialistku. Všechny platové třídy 11 jsou rozděleny mezi sestry specialistky. Pokud by nastoupila nová sestra specialistka, vykonávala by práci specialistky, ale v nižší platové třídě. Toto platí i pro všeobecnou sestru, která již pracuje na oddělení. Tato sestra si může doplnit specializační studium, ale zařazena bude stále v nižší platové třídě.

Všechny sestry se v této nemocnici řídí platnými platovými tabulkami ve zdravotnictví. V současné době se rozdíl mezi platovou třídou 10 a 11 ve stejném platovém stupni pohybuje od 1400 – 2000 Kč. Přibližnou částku věděly všeobecné sestry, sestry specialistky neměly ponětí, jaká je hodnota peněžního rozdílu. Po porovnání nákladů na studium není tato částka pro všeobecné sestry motivující k započítí studia.

Vzhledem k tomu, že ve skutečnosti vykonávají všechny sestry na oddělení stejnou práci, v praxi nejsou žádné rozdíly v kompetencích všeobecné sestry a sestry

specialistky, není pro všeobecné sestry žádná motivace ke studiu. Samy všeobecné sestry se vyjadřují, že už je jim vlastně všechno tak nějak jasné a že nepotřebují být specializované. Zaměstnavatel po sestrách specializaci nevyžaduje, a zároveň dovoluje všeobecným sestřím vykonávat činnosti sestry specialistky. Zákon neudává, že by všeobecné sestry nemohly pracovat na ARO.

Zdá se, že obě skupiny sester, všeobecné i specializované, nepocítují rivalitu mezi sebou ve smyslu míry vzdělanosti. Všeobecným sestřím nevádí, že provádí stejné výkony jako sestra specialistka, ale za nižší mzdu. To se dá vysvětlit vnitřní motivací vyrovnat se ostatním. A specializovaným sestřím nevádí, že všeobecné sestry provádí stejně výkony jako ony, ale bez specializačního vzdělání. Na oddělení se pracuje dle zvyku, do praxe se neodráží nově platná legislativa, kompetence sester setrvávají. Tomuto stavu jistě přispívá skutečnost, že sestry neznají své kompetence, náplně práce nejsou v praxi naplňovány, a tedy neví, která sestra může který výkon provádět. Pro vedení je toto vyhovující situace, kdy nikdo (např. zdravotní pojišťovna) nekontroluje skutečnou kompetentnost, výkonnost sester, management organizace nezavádí do praxe novinky v legislativě, sestry nepožadují vlastní kompetentnost dle legislativy. Tím nevzniká na oddělení napjatá konfliktní situace, praxe pokračuje dle zvyku.

Sestry přiznaly, že ani přesně neví, která kolegyně je všeobecná sestra a která je sestra specialistka. Zde opět narážím na situaci, že některé výkony může všeobecná sestra provádět pouze pod vedením sestry specialistky. Pokud sestry nevědí, kdo je jak vzdělán, nemohou toto pravidlo dodržovat, neví na koho se obracet. Na oddělení se pracuje stejně s všeobecnými i specializovanými sestrami, není žádný rozdíl ve vzdělanosti, sestry nikdo o rozdílu vzdělání neinformuje.

Na všeobecné sestry není vyvíjen žádný tlak k doplnění specializačního studia, nemají ani vnitřní motivaci studium absolvovat.

### **6.1.3 Chtějí sestry rozšiřovat své kompetence?**

Z rozhovorů vyplynulo, že sestry tohoto zkoumaného oddělení nemají zájem o rozšiřování svých kompetencí, vyhovuje jim nastavený systém práce a množství činností, které nyní vykonávají. Vzhledem k tomu, že sestry neznají legislativu a neví, že kompetence mohou být v legislativě zakotveny, hovoří tedy o rozšíření kompetencí a činností sestry ve své praxi.



Sestry se shodují, že míra kompetencí, tedy úkonů, které provádějí, je vzhledem k jejich vzdělání a typu oddělení vcelku dostačující, sestry jsou spokojené. A to všeobecné sestry i sestry specialistiky. Po seznámení s přesnými kompetencemi sestry hodnotily, který výkon, z výkonů, který smí provádět, ale neprovádí jej, by chtěly a zvládly provádět.

Jediným výkon, který by rády vykonávaly, na který by si troufaly, byla jednorázová punkce artérie. Tento postoj sestry odůvodňovaly svými zkušenostmi při punktování žil, proto si myslí, že by punkci artérie zvládly.

Větší pozornost přinesl výkon ošetřování a výměna tracheostomické kanyly. Tracheostomickou kanylu a její okolí sestry ošetřují běžně. Výměnu tracheostomické kanyly provádí na zkoumaném oddělení lékař. Vyhláška č. 55/2011 Sb. umožňuje, aby kanylu na základě indikace lékaře vyměňovala všeobecná sestra, toto tedy platí i pro sestru specialistku. Žádná ze sester nikdy nebyla prakticky proškolená o tomto výkonu. Sestry přiznávají, že ve zdravotnických školách pro všeobecné sestry se s tématem tracheostomie seznámily jen teoreticky, na praxi pacienta s tracheostomií ošetřovaly jen výjimečně. Ve specializačním studiu bylo tématu tracheostomie věnováno více pozornosti. Sestry si prohloubily teoretické znalosti, na praxi ošetřovaly pacienty s tracheostomií, kanylu se však nikdy vyměňovat neučily. Všechny sestry si myslí, že u výkonu mohou nastat nepředpokládané akutní komplikace a že výkon by měl vykonávat lékař nebo být alespoň přítomen přímo u dotyčného pacienta. Sestry mají obavy z provádění tohoto výkonu, nemají zájem o jeho provádění a to ani při předpokladu, že by si výkon pod dohledem několikrát procvičily.

Všechny sestry zdůraznily, že další navýšení kompetencí by se muselo odrazit ve finančním ohodnocení sester. Sestry poukazují, že již nyní mají velkou zodpovědnost a že další navyšování kompetencí a pracovních povinností není pro ně za současných podmínek přijatelné. Žádná ze sester nezmínila návaznost rozšířených kompetencí na doplnění dalšího vzdělání, stáží, školení. Vrchní sestra zdůraznila zakotvení nových kompetencí v legislativě. A to hlavně v návaznosti na různorodost vzdělání sester, kdy dnes můžeme v praxi najít všeobecné sestry s maturitou, diplomované specialistiky, sestry bakalářky a sestry magistry. Tato poznámka je od vrchní sestry zarážející, vzhledem k tomu, že na oddělení není přesně dodržována legislativa.

## 6.2 Jak to vidí lékaři

Většina lékařů nikdy nepracovala na jiném ARO v pracovním poměru, jiná oddělení podobného typu znají jen z povinných praxí. Domnívají se, že rozložení kompetencí mezi lékařem a sestrou jsou všude přibližně stejné.

Jak jsem již zmínila, na oddělení se vždy přijímaly sestry, které byly považovány za spolehlivé, pracovité, s výbornými studijními výsledky. Lékaři sestry průběžně seznamovali s lékařskými diagnózami, postupy. Sestry prováděly vyšší počet a jiný druh výkonů, než sestry na standardních odděleních. Vzhledem k tomu, že nebyla legislativa popisující sesterské kompetence (datováno do konce 70. let 20. století), náplň práce se odvíjela od aktuálních potřeb oddělení. Sestry i lékaři vyprávějí, že sestry běžně katetrizovaly močový měchýř mužů, punktovaly periferní žíly, aplikovaly nitrožilně injekce. Nezřídka zastoupily lékaře, a to v případě, že lékař byl na konziliu na jiném oddělení, na výjezdu rychlé záchranné služby apod. Např. pokud bylo nutno pacienta intubovat a lékař nebyl v dosahu, intubovala sestra za pomoci svých kolegyně. Lékař po příchodu na oddělení pacienta zkontroloval. Toto se dá považovat za základ tradičního modelu chování personálu na oddělení, který funguje do dnes.

V dnešní době už se nestává, že by lékař nebyl na oddělení k dispozici. To je dáno tím, že záchranná služba je jiným subjektem, lékař tedy nemusí odcházet z oddělení k akutním výjezdům. Další výhodou je rozvoj moderní techniky ve smyslu mobilních telefonů, pagerů. Pokud je lékař na konziliu na jiném oddělení, je i tak stále v dosahu a může se v případě potřeby ihned vrátit zpět. To vylučuje, aby sestry prováděly výkony, které jim nenáleží, v akutních situacích, např. intubovat. Dle lékařů je nyní více určeno, co dělá sestra a co lékař. Sice to není nikde napsáno, ale lékaři uvádí, že je to tiché pravidlo oddělení, všichni jej dodržují.

Žádný z lékařů nevěděl, že specializovaná sestra je kompetentní jednorázově punktovat artérii, s výjimkou artérie femoralis. Všichni lékaři si mysleli, že tento výkon smí provádět pouze lékař. Mladší lékaři tuto skutečnost přijali bez dalších komentářů, starší lékaři oponovali udáváním a vysvětlováním případně vzniklých komplikací. Považují za důležité, aby tento výkon i nadále prováděli lékaři. Zde se tedy lékaři rozchází s názorem sester, ty by byly naopak pro přijetí tohoto výkonu za sesterský.

Lékaři byli překvapeni, stejně jako sestry, že výkon ošetřování a výměna tracheostomické kanyly může provádět všeobecná sestra. Souhlasí s ošetřováním tracheostomie, to sestry dělají. Absolutně ale vylučují, že by výměnu kanyly měla

provádět všeobecná sestra, tedy sestra bez specializace. Poukazují na množství a vážnost vyskytlých komplikací, tyto komplikace mohou pacienta ohrozit na životě. V tomto se lékaři shodly se sestrami, sestry prezentují stejný názor.

Lékaři přiznávají, že jsou výkony, v kterých mají sestry větší zkušenosti jak oni. Takovým výkonem je katetrizace močového měchýře mužů. Již od vzniku oddělení připadl tento výkon sestram a je jim stále ponechán, bez rozdílu vzdělání sestry. Lékaři nemají povinnost si výkon procvičit. Což je vlastně paradox, poněvadž lékaři výkon denně neprovádějí, ale mají řešit vzniklé komplikace. Lékaři připouštějí, že pokud se výkon nedaří sestře, oni se o další pokus nesnaží a raději hned volají urologa. Výzkumné rozhovory přivedly některé lékaře k úvaze, že by se měli na výkon opět zaměřit a získat zkušenosti.

Dalším výkonem, který by lékaři měli provádět a neprovádějí, je aplikace nitrožilních injekcí a infuzí u dětí do 3 let. Děti do 3 let přicházejí k anestezii se zajištěným žilním vstupem, může se ovšem stát, že je nutno zajistit nový žilní vstup. Vzhledem k tomu, že lékaři nemají dostatek zkušeností s kanylací žil u dětí, nechávají výkon na sestře. Argumentují tím, že dříve (tedy před legislativní úpravou) sestry běžně zajišťovaly žilní vstupy u dětí.

Nad skutečností, že výkony, které vyhláška č. 55/2011 Sb. nejmenuje a není tedy důvod se domnívat, že by jej mohly vykonávat sestry, jako je regulace lineárních dávkovačů, změna ventilačního režimu pacienta, odstranění centrálního žilního katetru, a provádí je sestry, se lékaři nijak zvlášť nepozastavili. Všechny tyto výkony berou jako rutinní záležitost, tak jak se to na oddělení dělá dlouhá léta. Lékaři tvrdí, že nikdy nenastala situace, že by sestry tyto výkony nezvládly, není důvod se obávat případných rizik.

Lékařům tento systém rozdělení kompetencí vyhovuje, i když nyní, při výzkumu, zjišťují, že není přesně dodržována legislativa.

Z rozhovorů vyplynulo, že lékaři vědí, jak je v současné době nastaven systém vzdělávání sester, že sesterské povolání je regulováno legislativou. Znění vyhlášky č. 55/2011 Sb. neznají. Lékaři vědí, že se mohou setkat se sestrou magistrou, bakalářkou, diplomovaným specialistou, že se sestry mohou specializovat v oboru. Mají představu, jak takové studium probíhá, že studium probíhá několik let, že zahrnuje i praktickou část. Nevědí však, zda a jaký je rozdíl v kompetencích těchto sester a přiznávají, že nemají zájem to zjišťovat, že je to nezajímá, ale zároveň spoléhají, že sestra výkony ovládá a že je dobře provede. Lékaři potřebují a snaží se přistupovat k sestře jako ke

spolehlivému partnerovi. Zájmem lékaře je, aby byly provedeny všechny úkony a postupy, které naordinuje. Lékař provede zápis o ordinaci do denního záznamu pacienta, informuje sestru, popřípadě zkontaktuje se sestrou možnosti plnění ordinace, vždy osloví sestru, která má dotyčného pacienta na starosti. Rozhodnutí, zda výkon provede či ne, zda je k výkonu kompetentní, ponechává na sestře. Lékaři přesně neví, které výkony sestry smí a nesmí provádět, pracují podle toho, jak je na oddělení zvykem a takto jim to vyhovuje.

Lékař nezjišťuje, která sestra je jak vzdělaná, zda je sestra k výkonu kompetentní. Mladší lékaři jsou k sestrám více kritičtí než lékaři, kteří jsou v praxi více jak 10 let. Poukazují na to, že vzdělání sester není pro ně směrodatné, že záleží více na projevu sestry v praxi, na rychlosti, ochotě, vstřícnosti, komunikaci, spolehlivosti. Pokud toto splňuje všeobecná sestra, pracuje se s ní lépe, než s více vzdělanou sestrou. Lékař toto odůvodňuje tím, že za pacienta plně zodpovídá lékař, zodpovědnost sestry je zcela minimální a to za provedení konkrétního výkonu, splnění ordinace, ne za celkovou situaci, kdy byl výkon proveden. Lékař tedy potřebuje a chce spolehlivou sestru, plně ji však nedůvěřuje. Mladší lékaři vůbec nehovoří o ošetrovatelských, tedy sesterských, výkonech, např. ošetřování dekubitů nebo polohování pacienta. Tyto činnosti berou jako doplňkové, hovoří o nich, že jsou důležité pro pacienta, ale neřeší je lékař. Spoléhají na staniční sestru, že tyto činnosti koordinuje.

Starší lékaři nejvíce spoléhají na specializované sestry. Důvodem je, že je předpoklad, že sestra specialista má teoretické znalosti, umí tedy předpokládat možné komplikace, více se orientuje v anatomii, fyziologii, farmakologii, alespoň teoreticky se při studiu setkala s velmi výjimečnými situacemi. Tím jsou sestry považovány za spolehlivější a důvěryhodnější. Tito lékaři také mají pocit, že za pacienta zodpovídá hlavně lékař. Už ale připouští, že se během let objevily čistě sesterské činnosti, které lékaři tolik neovládají a za ty si má nést zodpovědnost sestra. Jedná se např. o ošetřování ran a dekubitů při použití moderních preparátů a materiálu. Sestry tuto situaci vidí tak, že starší lékaři si jsou vědomi důležitosti sester, sesterské práce a vývoje ošetrovatelství jako oboru a jeho přínos pro pacienta, berou sestru jako nezastupitelného člena týmu. Mladé lékaře sestry prezentují jako sebevědomé, spolupracují se sestrou, ale stále ji kontrolují, více rozdělují sesterské a lékařské činnosti. To je patrné, když dojde k akutní situaci, kdy lékař musí zastat sestru, např. při punkci periferní žíly, odsátí hlenu z dýchacích cest pacienta. Mladí lékaři tak zjistí nezastupitelnost sestry

v pracovním týmu. Narůstajícím počtem těchto situací se lékař stává pokornějším, jistějším ve spolupráci se sestrou, více pracuje s názorem sestry na péči o pacienta.

### **6.3 Jak to vidí vedení oddělení?**

Pod vedením oddělení mám na mysli primáře a vrchní sestru. Primář je zodpovědný za chod celého oddělení, je řízen vedoucím lékařem nemocnice. Vrchní sestra je řízena dvojím způsobem. V sesterské linii je řízena hlavní sestrou nemocnice, na oddělení je podřízena primáři. Od hlavní sestry dostává pokyny ohledně ošetrovatelské péče, novinek v legislativě, personální činnosti, informace o situaci celé nemocnice. Primář spolupracuje s vrchní sestrou na řízení odborných činností oddělení, sledují ekonomickou situaci, personální situaci. Rozhovory s vrchní sestrou a primářem byly rozděleny do dvou částí. Nejdříve jsem chtěla zjistit, jak se dívají oni na téma kompetence sester. Poté jsem je seznámila s výsledky šetření, navrhla jsem doporučení pro změnu.

Z důvodu anonymity nepopisuji přesně délku praxe a pracovní pozice nynější vrchní sestry. Vrchní sestra pracuje na oddělení několik let, vystřídala několik pracovních pozic, práci sester zná velice dobře. Na žádném jiném oddělení vrchní sestra nikdy nepracovala. Ve funkci vrchní sestry pracuje delší dobu.

O existenci vyhlášky vrchní sestra ví, má představu o jejím obsahu, že jde o specifikaci výkonů jednotlivých odborností sester. O změně legislativy a jejím dopadu do praxe ji nikdo neinformoval. Neproběhlo žádné jednání vrchních sester s hlavní sestrou na toto téma. Počátek platnosti vyhlášky č.55/2011 sb. se jen přešla, nikdo nic neřešil. Nepromítnutí platnosti vyhlášky, do náplně práce sester a praxe, vrchní sestra argumentuje tím, že vzhledem k tomu, že se neuskutečnila žádná oficiální porada, seminář k nové legislativě, nejsou změny tak podstatné a že nynější stav je vyhovující. Předepsané náplně práce dostává vrchní sestra elektronickou poštou z personálního oddělení, vrchní sestra předpokládá, že vyhovují platným legislativním nařízením, sama obsah náplní a vyhlášky neporovnávala. K tomuto poznatku vrchní sestra dodává, že vrchní sestra si nesmí náplně práce svévolně doplnit, dále toto téma nekomentovala. Toto je však mylné přesvědčení, vrchní sestra si může a má doplňovat náplně práce dle potřeb oddělení a zodpovídá za to, že jsou náplně práce dodržovány.

Praxi na oddělení vrchní sestra neměnila. Od managementu nedostala žádný pokyn ke změně praxe a oddělení nyní funguje, dle slov vrchní sestry, dobře, nedochází k pochybení, není zvýšený výskyt nozokomiálních nákaz než v předchozích obdobích.

Z rozhovoru vyplynulo, že vrchní sestra ví, jak sestry na oddělení pracují. Popis jednotlivých výkonů se shodoval s daty od ostatních sester.

Rozpor byl pouze u výkonu aplikace nitrožilních injekcí a infuzí u dětí do 3 let. Vrchní sestra striktně odmítla, aby tento výkon prováděly sestry z oddělení, ví, že tento výkon zde smí provádět pouze lékař. Pokud je nutno katetrizovat dítě do 3 let, má výkon provést lékař, sestra má pouze asistovat. Z rozhovoru vrchní sestra zjistila, jak situace probíhá v praxi na oddělení. Sama poukázala na špatný postup a nutnost zopakovat pravidla aplikace.

Vrchní sestra si je vědoma, že pokud sestra mění ventilační režim pacienta, není dle legislativy přesně stanoveno, zda je sestra oprávněna výkon provést. Potvrzuje, že tento systém provádění výkonů je takto zaveden již dlouhou dobu, už když ona zde pracovala jako sestra u lůžka, sestry takto pracovaly. Tento systém vyhovuje jak sestřám, tak lékařům, vrchní sestra nepocituje, že je nutno něco měnit.

Vrchní sestra připouští, že sestry nejsou v denním záznamu pacienta podepsány, tedy identifikovány, pod jednotlivými výkony. Pokud tedy nastane akutní situace se sledem několika výkonů, např. resuscitace a u pacienta pracuje více sester, není dohledatelné, která sestra který výkon provedla. V záznamu je podepsána pouze ošetřující sestra, tzn., že odpovědnost za všechny výkony padá na tuto sestru. Vrchní sestra preferuje, že důležitější je pacient a ne záznam do dokumentace. Tento postoj je správný z poloviny, kdy pacient samozřejmě je důležitý, ale dokumentace je jasným důkazem k prokázání průběhu celé situace. Tímto svým přístupem není vrchní sestra dobrým příkladem pro své podřízené, ti by měly vidět a následovat správný vzor.

Vrchní sestra charakterizuje vedoucí směny jako sestru specialistku, která zodpovídá za chod celého oddělení, za doplnění materiálu, správnost dokumentace, správné provedení veškeré ošetrovatelské péče u všech pacientů, za splnění všech ordinací u všech pacientů. Kdyby došlo k neobvyklé situaci a vedoucí směny by si nevěděla rady, má informovat svou nadřízenou, tedy staniční sestru, případně vrchní sestru. Toto sestry neví, tato představa není nikde zaznamenána, vrchní sestra byla překvapena, že sestry neznají přesnou náplň vedoucí směny, přiznává, že sestry nikdo pravidelně o těchto činnostech neinformuje. Zodpovědnost za pacienta nese ošetřující sestra, ale i vedoucí směny, poněvadž ta má dohlížet na všechny sestry ve službě.

Vrchní sestra připustila, že všechny sestry, všeobecné i specializované, vykonávají stejnou práci, rozdíl je jen v zařazení do platových tříd. Počet jednotlivých platových tříd je určen vedením celé nemocnice, vrchní sestra je tlačena tato kritéria administrativně nepřekračovat. Znamená to tedy, že může nastat situace, že pokud bude plný počet (50%) sester specialistek a nastoupí nová sestra specialista, bude zařazena v nižší platové třídě. Dle jejího názoru není ale možné, aby byly činnosti v praxi rozdělené dle vzdělání sester. Tyto změny by mohly způsobit napjaté vztahy mezi sestrami a tím horší spolupráci.

Vrchní sestra si myslí, že se množství sesterských kompetencí během doby významně nezměnilo. Vyhláška č. 55/2011 Sb. neměla žádný vliv na změnu práce sester, na úpravu spektra sesterských kompetencí. Dle vrchní sestry existenci a platnost této vyhlášky nikdo neřešil a ona tedy taky nebyla iniciátorem změny. Práce sester je v čase přibližně stejná, odvíjí se od nárůstu diagnosticko-terapeutických výkonů. V posledních letech přibýlo významně dokumentace a zapisování, to je pro sestry časově náročné. Vrchní sestra upřednostňuje přímou péči o pacienta, je ochotná omluvit nedostatky v dokumentaci, ve smyslu opomenutí zapsání ošetřovatelské péče do denního záznamu pacienta. Zmiňuje průběh interního auditu na oddělení, kdy hlavní sestra s vedoucím lékařem zkontrolují dokumentaci na oddělení – hlášení sester, opiátovou knihu, záznam o zdraví a nemoci u jednoho pacienta. Dávají důraz, aby byla vedena sesterská část dokumentace. Ale dle slov vrchní sestry se už ale nezjišťuje, zda zapsané údaje odpovídají realitě. Přímě k lůžku pacienta auditori nechodí. Na anesteziologická pracoviště také nechodí. Pak proběhne diskuze mezi auditory a vrchní sestrou. O průběhu auditu zpracuje hlavní sestra zprávu, ta je pak interní elektronickou poštou zaslána vrchní sestře. Tento způsob auditu vrchní sestře nevyhovuje, nevidí v něm žádný přínos, není zaměřen na pacienta. Poukazuje na to, že v organizaci není oddělení kvality, audit není auditem v pravém slova smyslu, nejsou nastavena pravidla a postupy péče, není koordinace celého procesu.

Primář oddělení je nadřazený vrchní sestře, spolupracuje na oddělení s ostatními sestrami, řídí činnost lékařů, zodpovídá za chod celého oddělení. Primář nikdy nepracoval v pracovním poměru na jiném anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Primář mluví o sestřích na oddělení jako o důvěryhodných, spolehlivých. Podle něj, je pro lékaře velmi důležité mít na oddělení spolehlivé sestry, lékař je v menším napětí a lépe se mu pracuje.

Primář ví, jak se sestry vzdělávají, neví však, jak jsou rozlišeny kompetence těchto různých sester. Ví, že povolání sester je podobně jako u lékařů legislativně regulováno. Nezná však přesný obsah vyhlášky č. 55/2011 Sb., přiznává, že toto není v rozsahu jeho znalostí, spoléhá na vrchní sestru, že má tuto oblast pod kontrolou. Tak jako ostatní lékaři, tak i primář požaduje, aby byl naordinovaný výkon splněn, spoléhá se na sestru, že sestra ví, ke kterým výkonům je kompetentní.

Rozsah kompetencí sester na oddělení primář hodnotí jako dostatečný a vyhovující. Změnu kompetencí v čase nepocituje, změna legislativy, dle jeho názoru, neměla velký vliv na změnu práce sester. Jiná pravidla jsou při zajišťování žilních vstupů u dětí do 3 let, toto sestra z oddělení dělat nesmí, výkon musí provést lékař.

Výkony, jako změna ventilačního režimu pacienta, regulace lineárních dávkovačů, odstranění centrálního žilního katetru, považuje za ty, které sestry z oddělení zvládnou. Sestry mají plnou důvěru v provádění těchto výkonů.

Primář pochvaluje zaběhnutý pracovní režim na oddělení, kdy všichni vědí, co mají dělat. V akutních naléhavých situacích nevznikají časové prodlevy z nevědomosti členů týmu. Primář přiznává, že nová sestra po nástupu vše okouká a pak začne sama takto pracovat, zda se provádí záznam o průběhu zaškolení, zacvičené nové sestry neví. Vše ponechává na vrchní sestře.

Z rozhovorů s vrchní sestrou a primářem vyplynulo, že zdravotní pojišťovna má jasně nastavená pravidla úhrady péče na ARO. Tato pravidla zahrnují mimo jiné i oblast personálního zajištění oddělení (již jsem v předchozím textu upřesnila, že regulace personálu není nařízením pojišťovny, ale legislativou). Tento dodatek říká, že na oddělení musí být vedeno minimálně 50% sester specialistek. Pro praxi je důležitý fakt, že oddělení musí mít ve stavu, tedy v seznamu, tyto sestry. Nikdo již nekontroluje, zda jsou tyto sestry specialistky na mateřské dovolené, v dlouhodobé pracovní neschopnosti. Dochází pak k tomu, že sice tyto sestry jsou ve stavu oddělení, nejsou však fyzicky přítomné a není tedy organizačně možné, aby v každé službě byla alespoň jedna specializovaná sestra, která by u specifických výkonů mohla vést a dohlížet na všeobecné sestry. Tento stav je dlouhodobý, situaci se snažili řešit i předchozí vrchní sestra a předchozí primář. Nynější vedení s tímto nastavením spokojeno není, ale dle jejich slov „*je to boj s větrnými mlýny*“, situaci musí akceptovat. Management celé nemocnice je neoblomné a trvá na počtu 50% platových tříd 11, tedy platových tříd pro sestry specialistky.



Do dnešní doby ještě nenastal soudní spor, kdy by bylo nutno dokazovat personální zajištění v konkrétní směně, toto vzbuzuje pocit, že není nutné měnit personální ani jiná nastavení.

## **7 Celková situace – propojení, shrnutí**

Grohar-Murray a DiCroce definují organizaci jako společenský systém, který je záměrně založený za splněním určitého cíle. I přes to, že lidé v organizaci fungují rutinně, synchronizovaně, může být jejich chování vůči cíli organizace kontraproduktivní. Aby byly cíle splněny, musí být činnosti efektivně řízeny. Úkolem řízení je řídit pracovní sílu a dostupné zdroje, úkolem vedení je vést a stimulovat konkrétní skupinu (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

Administrativní management je pojem, který zahrnuje řízení organizace z pohledu administrativy a managementu, tedy shora dolů. Skupina kolem Henry Fayola navrhla soubor propozic a zásad organizace. Tyto zásady jsou dodnes v mnoha organizacích využívány, proto jsem je i já vybrala jako oporu. Mezi tyto zásady patří jednotný cíl, podobné úkoly, delegování pravomoci, rozsah kontroly, jednota vedení, komunikace (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

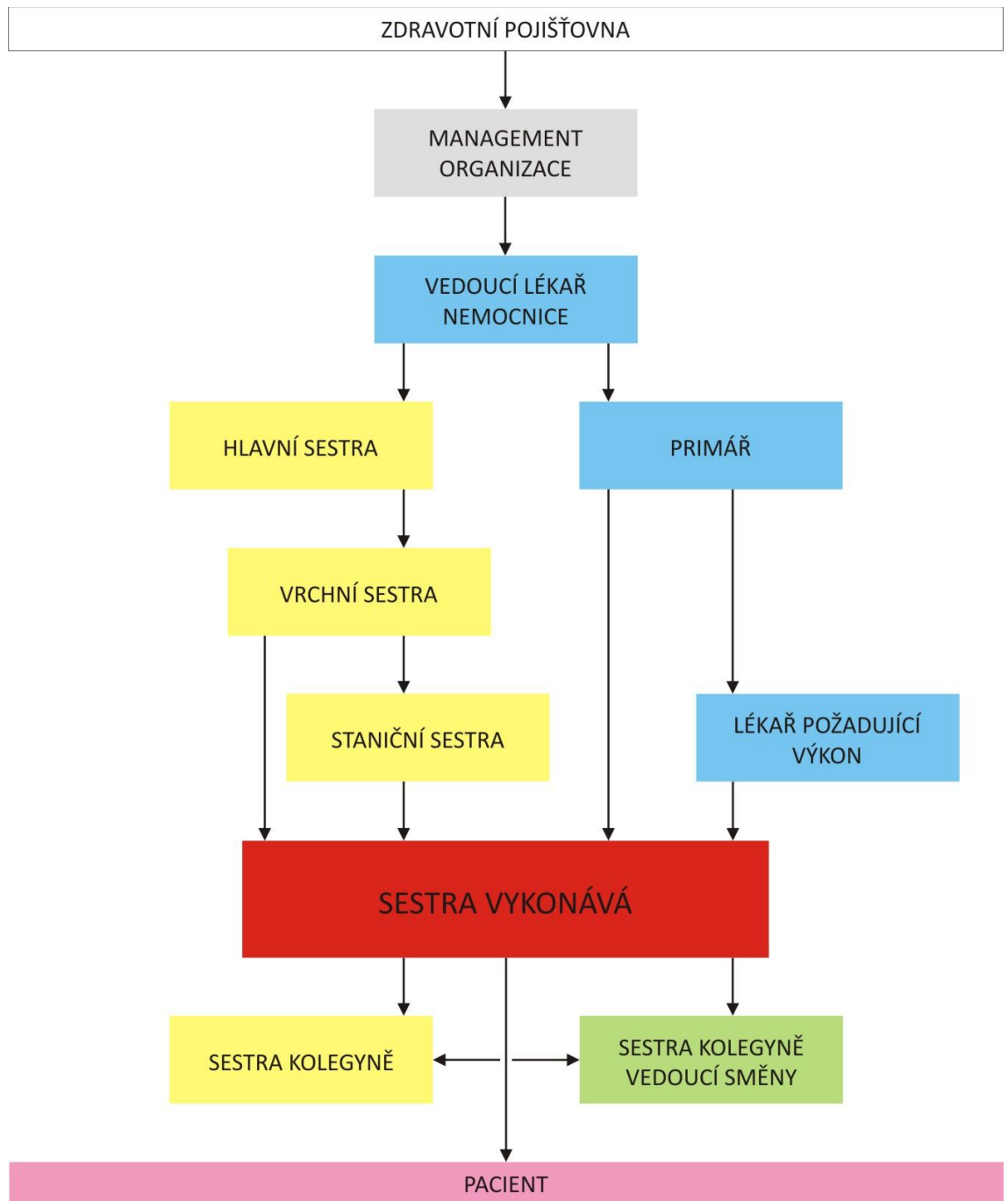
V této kapitole využiji osnovy těchto zásad a popíši jevy, které souvisí s tématem diplomové práce, tedy dodržováním sesterských kompetencí.

Jak jsem již výše popsala, lékaři i primář oddělení vyžadují po sestřích provedení naordinovaného výkonu, neřeší, zda je sestra kompetentní tento výkon provést. Lékař potřebuje, aby byl výkon proveden, výkony ordinuje v souladu zvyklostí na oddělení. Je na rozhodnutí sestry, zda je k výkonu způsobilá a zda výkon provede či ne. Rozdíly v kompetentnosti sester a řešení případných problémů nechává primář zcela na vrchní sestře, touto otázkou se vůbec nezabývá. Z tohoto důvodu se v dalším textu zabývám hlavně sesterským kolektivem.

### **7.1 Sestra jako „středobod“**

Na obrázku 2 je znázorněno, kým je sestra při práci ovlivňována, s kým musí komunikovat a na koho působí sama sestra. Sestra jako vykonavatel, nositel výkonu působí na pacienta, zároveň spolupracuje se svými kolegyněmi – sestrami.

Obrázek 2 Vztah sestry



Tak jak uvádí Bartlová, i zde je možno popsat dvojí vedení sester, v tomto případě potažmo až trojí vedení. Sestra je tedy podřízena ošetřujícímu lékaři, vykonává lékařské ordinace. Zároveň je v sesterské linii podřízena staniční sestře a také vedoucí směny. V praxi tedy sama sestra musí zkoordinovat všechny činnosti, ošetrovatelské i lékařské

ordinace, rozhodnout o prioritách a dle nich pracovat. Sestry ale často neberou, nechápou vedoucí směny jako svou vedoucí, proto této varianty nevyužívají. Myšlenka postu vedoucí směny, jako dohled a garant celé směny na oddělení, není naplněna. Ve skutečnosti za celé oddělení o službu nikdo nezodpovídá, sestry se mají ptát vedoucí směny, místo toho se radí mezi sebou, ale nikdo nechce nést za případné rozhodnutí zodpovědnost. A zároveň tím, že systém vedoucí směny nefunguje a všeobecná sestra se na tuto vedoucí, sestru specialistku neobrací, všeobecná sestra vždy nevykonává výkony pod dohledem specializované sestry. Toto nevádí ani sestřím ani vedoucím směny, které by byly v případě sporu jako první povolány k vysvětlení. Vrchní ani staniční sestra neřídí a nekontroluje fungování vedoucí směny. Na obranu sester nutno podotknout, že vedoucí směny nemají v náplni práce popis této činnosti, není ani žádný další dodatek nebo pověření.

Literatura rozlišuje několik pojmenování pracovních seskupení, každé nese určité charakteristiky. Pro potřebu této práce neuvádím všechny. Pracuji se dvěma, která jsou aplikovatelná pro popis práce sester na oddělení. Jsou to tým a pracovní skupina.

Tým je charakterizován jako seskupení menšího množství lidí, kteří mají společný cíl. Členové týmu jsou disciplinovaní. Tým má často svého vůdce, rozhodující je ale vzájemná odpovědnost všech členů za výsledek (Škrla, Škrlová, 2003).

Pracovní skupina je skupina lidí, kde jeden ze členů pracuje jako vedoucí skupiny. Vedoucí deleguje práci a je zodpovědný za pracovní výsledek skupiny (Škrla, Škrlová, 2003).

Změnu v práci sester a formování skupin na oddělení je možno sledovat v čase, je to dáno historickým vývojem. Po vzniku oddělení byly přijímány již pracující sestry z jiných oddělení. Práce na ARO však byla odlišná od standardních oddělení, sestry vykonávaly jiné a složitější výkony, lékaři sestry zaškolovali, sestry měly u lékařů důvěru, sestry pracovaly společně jako tým, nikdo nenesl za chod oddělení zvláštní odpovědnost. V té době nebyla legislativa přesně definující kompetence sester, ošetřovatelství bylo považováno za okraj medicíny, byl jiný systém financování zdravotnictví.

Situace ve zdravotnictví se stále vyvíjí, ošetřovatelství se stalo vědeckou disciplínou, je platná legislativa přesně určující kompetence sester, změnil se vztah sestra x lékař, změnilo se financování, je velký vliv zdravotních pojišťoven a

v neposlední řadě neopomenutelný vliv laické veřejnosti, tedy potencionálních pacientů. Vzhledem k náročnosti, akutnosti a nepředvídatelnosti práce na ARO, je tedy žádoucí, aby sestry začaly pracovat jako pracovní skupina, kdy jeden za členů bude vedoucí skupiny. Je to model vedoucí směny, kdy sestra specialistka vede a zodpovídá za ostatní sestry a za chod celého oddělení. Příkladem může být situace, kdy jsou na oddělení přivezeni dva pacienti v těžkém stavu, např. po autonehodě. Vedoucí pracovní skupiny, tedy vedoucí sestra musí rozhodnout a delegovat činnosti na ostatní členy skupiny, tedy sestry, pomocný zdravotnický i nezdravotnický personál. A za toto rozhodnutí také nést odpovědnost.

To, že sestry pracují stále ve stejném systému práce, je obrazem organizační kultury oddělení a stylu vedení oddělení.

## **7.2 Zájem sester**

Sestry jsou s rozsahem svých kompetencí na oddělení spokojené. Z rozhovorů však vyplynulo, že sestry neznají své kompetence, neznají obsah příslušné legislativy, nezajímají se o novinky v oboru. Sestry pracují dle pokynů vrchní sestry, nezjišťují, zda pracují správně či nikoli. Na oddělení se nekonají žádné porady, semináře pro sestry, chybí informování sester o novinkách, pracovních postupech, o péči o pacienty. Všechny informace jsou rozšiřovány ústně, kdy vrchní sestra pověří staniční sestry o předání. Ty pak informují přítomné sestry ve službě. Není zaručeno, že sestry, které ve službě právě nejsou, se k informaci dostanou.

Sestry udávají, že nemají motivaci k dalšímu studiu, sledování novinek, k dalším aktivitám. Všechny respondentky udávaly finanční motivaci, včetně vrchní sestry. Žádná ze sester neuvedla jiný motivační faktor, např. znalosti pro ochranu sebe sama, pochvalu, uznání od lékaře, poděkování.

Sestry nejsou ze strany vedení motivovány. Vrchní sestra nemá možnost motivovat sestry finančně, např. formou osobního ohodnocení ani jiným finančním bonusem. Vzhledem k tomu, že na oddělení nejsou žádné porady, semináře apod., není prostor pro nefinanční motivaci ve formě pochval, sdělení úspěchů, přednesení úspěšných kazuistik.

Bednář a kol. (2013) uvádí, že každá skupina, tým chce dosahovat dlouhodobě rovnovážného stavu. „*Dlouhodobě rovnovážný stav je takový, při kterém musí členové skupiny vynakládat co nejmenší energii na zajištění a udržení své pozice v jejím rámci.*“

(Bednář a kol., 2013). Pokud však bude tento stav příliš statický a nebude žádná motivace, nebude možné zlepšování výkonu skupiny. Vztahy v kolektivu se stabilizují, všichni členové zaujmou své role. Pozitivním výsledkem je dlouhodobě udržovaný průměrný výkon. Negativem je úpadek flexibility týmu, úbytek schopností reagovat na výjimečnou situaci (Bednář a kol., 2013).

Z této teorie vyplývá, že sestry zvládají běžné pracovní úkony, nebezpečí však nastává, pokud se vyskytne ojedinělá, zvláštní situace. Toto potvrzují data získaná z rozhovorů. Při neobvyklé situaci, např. příjem pacienta s neobvyklou diagnózou, volají sestry staniční sestru a to i ve večerních hodinách nebo o víkendech. Kontaktování vedoucích sester mimo službu se dá minimalizovat existencí ošetrovatelských standardů. Právě ty mají sloužit sestřím jako opora, manuál při provádění výkonu. A to i u výkonu, který se provádí výjimečně a sestry se s ním ještě nesetkaly. Mohou nahlédnout do standardu a situaci případně vyřešit samy.

### **7.3 Vztah sestra x lékař**

Zajímalo mne, jak se na oddělení předávají informace a zda se vyskytují nějaké faktory, např. vztah sestra x lékař, které by předávání informací ovlivňovaly.

Jak je patrné z obrázku č. 2, sestra spolupracuje v několika úrovních.

Sestra působí na pacienta a dále je podřízena nebo rovnocenná ostatním členům.

S kolegyněmi – sestrami na oddělení komunikuje sestra neformálně ústně, jedná se o běžnou problematiku týkající se pacientů a chodu oddělení.

S vrchní a staniční sestrou probíhá formální i neformální komunikace v oblasti péče o pacienta, organizace oddělení. Jednání jsou pouze ústní, není proveden žádný písemný záznam, např. záznam o hodnocení zaměstnance.

Dále sestra musí komunikovat s ošetřujícím lékařem a primářem, který se také podílí na péči o pacienta. Komunikace se týká péče o pacienta, proces je zcela neformální, spíše náhodný, sestra nikdy neví, zda ji lékař informaci o pacientovi poskytne či ne. Na oddělení není zvykem, aby se po každé lékařské poradě sdělilo sestřím, jak se bude dále pokračovat v postupech péče o pacienty. Informaci dostane pouze ošetřující sestra, ostatní sestry, včetně vedoucí směny i staniční sestry, jsou z této diskuze vynechány. Tento systém komplikuje sestřím plánování ošetrovatelské péče, zhoršuje koordinaci práce na celém oddělení, staniční sestra se později doptává ošetřující sestry, nemá možnost vedení a kontrolu sester.

V literatuře je vztah mezi sestrou a lékařem zkoumán na základě genderového přístupu (Bártlová, 2005). Gender je chápán nejen jako pohlaví, ale jako kulturní, společenský či psychologický smysl. Stein (1967) popisuje vztah mezi lékařem a sestrou jako „komunikační hru“ (in Bártlová, 2005). Jedná se o skryté rozhodování sestry, kdy sestra lékaři radí a informuje ho, ale neohrožuje jeho sociální pozici. Svensson (1996) uvádí, že vzhledem ke změnám ve zdravotnictví mají sestry mnohem větší prostor pro vyjednávání (in Bártlová, 2005).

Bártlová (2005) popisuje ve vztahu sestra x lékař 4 typy interakcí:

- bezproblémové podřízení se - sestra o ničem nerozhoduje, provede to, co ji lékař řekne
- neformální skryté rozhodování – sestra má respekt k lékaři, nenabízí přímá doporučení, ale snaží se lékaře ovlivnit
- neformální neskryté rozhodování – sestra s lékařem otevřeně komunikuje, nabízí své názory a zkušenosti, neskrývá svou roli v rozhodování
- formální neskryté rozhodování – sestra využívá ošetrovatelský proces při rozhodování o léčbě pacienta

Z rozhovorů vyplynulo, že nikdo nepociťuje na oddělení sebemenší výskyt problémů, které by byly genderově biologicky závislé, tedy závislost na pohlaví žena x muž.

Na oddělení probíhá mnoho situací v péči o pacienta, nabízí se tedy různé možnosti ve vztahu sestra lékař.

Lékař ordinuje výkony a medikace, sestry je plní. Sestra se nerozhoduje, zda výkon smí či nesmí provést, dle zvyku jde a výkon provede. Tento postup se dá charakterizovat jako bezproblémové podřízení se. Tato situace je patrná i u nově nastupující sestry, která pracuje dle ostatních, podřídí se zvyklostem oddělení a následuje je. Sestry by jistě měly plnit lékařské ordinace, ale na druhou stranu, pokud výkon sestra provede, nese si za provedení výkonu, který není v její kompetenci odpovědnost a musí si být vědoma, že jedná protiprávně a to s možnými následky.

V kapitole 2.1.8.3. Analgosedace jsem popsala nový lékařský postup dávkování těchto léků. Již jsem zmínila, že podání další medikace často ovlivní sestra, kdy nepřímo naléhá na lékaře, aby lék naordinoval. Jedná se o skryté rozhodování sestry. Toto jednání probíhá až neskrytě, kdy sestra ovlivňuje lékaře argumentací, že neklid pacienta ovlivňuje ošetrovatelský proces a péči o pacienta. Obzvláště starší lékaři sestru

vyslechnou, řídí se těmito „radami“ a naordinují změnu v dávkování analgosedacích léků. Sestrám tato situace vyhovuje, pacient je zklidněn, sestra není v takovém pracovním stresu. Mladší lékaři nesouhlasí s „uposlechnutím“ sestry, názor sestry sice vyslechnou, ale přesto ordinují dle svého uvážení. V jednání starších kolegů vidí mladší lékaři narušení kontinuity péče o pacienta a to, že chtějí být se sestrami „za dobře“ a nechtějí vyvolat konfliktní situaci na pracovišti. Starší lékaři situaci omlouvají tím, že sestra u lůžka sleduje pacienta v čase několik hodin a je schopná rozlišit, zda je nutno dávku léku podat či ne. Také proto sestry hodnotí, že se staršími lékaři je lepší spolupráce, že více pracují s názorem sestry, než mladší kolegové. Vzhledem k tomu, že sestry nikdo pravidelně neinformuje o léčebném plánu pacientů a o novinkách v léčebných postupech, neznají sestry tyto detaily a „radí“ lékařům. Je možné, že pokud by sestry měly znalosti o nových léčebných směrech, že by se zlepšila péče o pacienty ve smyslu přesnějšího dávkování těchto léků a na lékaře by se obracely jen v nejnnutnějších případech. Žádná ze zúčastněných skupin (sestry, mladší a starší lékaři) neinformovala o této problematice primáře. Primář je seznámen, jen zda je pacientovi podávána analgosedace a v jakém dávkování.

Formální neskrývané jednání nemusí být vždy myšleno jen negativně. S rozvojem ošetrovatelství je mnoho oblastí, kde jsou sestry se svými názory plně respektovány. Na oddělení pracují 2 sestry, které se specializují na ošetřování chronických ran a dekubitů, jsou proškoleny v používání moderních převazových materiálů. V této oblasti řídí péči o pacienta plně sestra, volí druh a použití aplikovaného preparátu.

## **7.4 Chybí systém nastavení kvality**

V organizaci není zřízeno oddělení, odbor kvality a kvalita není systematicky řízena. V managementu organizace tedy není nikdo, kdo by proces kvality nastavil, pečoval o ni, sledoval soulad s legislativou a zajišťoval kontinuální předávání informací na jednotlivá oddělení. Nejsou nastavena pravidla kvality, vedení tedy nemá v čem pokračovat. A na oddělení se o nastavení principů kvality také nikdo aktivně nezajímá. Tím nejsou splněny legislativní požadavky na kvalitu. Vrchní sestra dostává informace od hlavní sestry. Jak vyplynulo z rozhovoru s vrchní sestrou, informací je velice málo, skoro žádné, téma kvality není prioritou organizace. Všechny standardy, které jsou v nemocnici a na oddělení k nalezení, byly vytvořeny během roku 2005, od té doby



nedošlo k výrazným změnám. Vrchní sestra ví, že kvalita je zmiňována v legislativě, přesné vymezení ale nezná. Většina sester na oddělení neví, že legislativa upravuje téma kvality, tzn. interní audity, tvorbu standardů. To že na oddělení jsou standardy v elektronické i písemné podobě vědí všechny sestry, neznají však jejich přesný obsah. Sestry nevidí smysl ve vytváření, existenci standardů, stávající standardy nevyužívají, otázka standardů jim připadá zbytečná. Toto pramení z toho, že sestry nemají znalosti ani zkušenosti s tématem kvalita, jejím řízení a nástroji. Pokud nastane nestandardní situace a sestry si neví rady, nehledají postup ve složce se standardy, ale kontaktují staniční sestru.

Vzhledem k tomu, že nejsou dostatečně vytvořeny standardy péče, není žádná norma provedení výkonu, není dle čeho kontrolovat a zaujmout následné stanovisko. Kontrolu v pravém smyslu slova nikdo neprovádí. Průběh interního auditu jsem popsala výše, toto nevyhovuje vrchní sestře, v takovémto auditu nevidí smysl, neodráží péči o pacienta. Sestry průběh auditu nijak zvlášť neovlivňuje. Vzhledem k tomu, že auditoři nechodí přímo na oddělení, neovlivňuje audit aktuální práci sester, sestry z průběhu a výsledku auditu nepocítují nervozitu. Dle vrchní sestry dopadne audit většinou dobře, nevyplývají z něj žádné velké změny, které by ovlivnily další chod oddělení.

Ve Věstníku MZ č. 5/2012 je uveden standard č.6, „Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče“. Standard je splněn, jestliže poskytovatel:

- *Má zaveden způsob rozdělení pracovních míst v souladu s požadavky na personální zabezpečení zdravotní péče.*
- *Má stanovená pravidla pro zapracování pracovníků při jejich zařazení na pracovní místo.*
- *Má zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.*
- *Má zaveden systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pracovníků s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů a způsob přijímání opatření k odstranění zjištěných opodstatněných nedostatků.*

- *Má zpracován program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků včetně plánu osobnostního rozvoje.*“

Tento cíl není na zkoumaném oddělení splněn, nedostatky jsou ve všech předepsaných částech. Nejsou stanovena pravidla pro zapracování nového pracovníka, na oddělení se pracuje dle tradice, tak jak je zvykem už od vzniku oddělení. Není zpracován žádný standard adaptačního procesu, v kterém by se odrážel doporučený postup ministerstva zdravotnictví. Popisy pracovních činností, tak jak jsou v náplních práce, nejsou dobře zpracovány, odkazují se na neplatnou legislativu, popis činností je nepřesný.

Program celoživotního vzdělávání též není stanoven. S tím souvisí strategické personální plánování na oddělení, kdy by měl být plánován počet sester specialistek. A to především s ohledem na mateřské dovolené, odchodem do důchodu. Mělo by být dosaženo stavu, že v každé směně bude alespoň jedna sestra specialista.

V celé organizaci nefunguje nastavení kvality, tedy systém plánovat, provést, kontrolovat, změnit. Nejsou splněny minimální legislativní požadavky.

## **7.5 Zvyk, tradice a norma skupiny**

Několikrát jsem se v práci zmínila, že sestry pracují dle zvyku, tradice, normy. Toto jsou běžně používaná pojmenování. Zajímalo mne rozdíly a souvislosti mezi těmito jevy.

Již jsem popsala, že v organizaci a na oddělení není systematicky řízena kvalita, tzn., nejsou určena pravidla péče. Pokud nejsou sestry řízeny, vedeny, tak pracují dle zvyku. Dle Ivanové (2006) je zvyk ustálený způsob vykonávání činností nebo myšlení.

Normy jsou požadavky skupiny na chování a postoje členů skupiny, určují, co se smí a co se nesmí, fungují jako samozřejmosti (Nakonečný, 2005). Vznikají v nejprve neurčitých situacích, kde je nutno najít správné řešení a shodnout se na něm. Člen, který poruší skupinovou normu, na sebe obrátí pozornost skupiny. Pokud se chování člena nezmění v normativní chování, může se člen dostat až na okraj skupiny či být vyloučen (Nakonečný, 2005). Homans (in Nakonečný, 2005) usuzuje, že „*lidé si přinášejí své normy zvnějšku, vypracovávají ve skupině normy nové na základě svých zkušeností*“.

Tímto přenosem norem se vytváří tradice, která je do určité míry pro skupinu závazná.

Důsledkem vlivu norem je skupinové standardizované chování.

Zde na jednom diskutabilním výkonu předvedu, jak se tato teorie může projevovat v praxi sester na oddělení. Dnes již víme, že sestry mění ventilační režim pacienta, samy, bez lékaře. Ale jak to začalo? To si žádná z respondentek nepamatuje. Jedna z možných variant je níže uvedená. V tomto případě chci demonstrovat skutečnost, jak tenká je hranice mezi kompetencí lékaře a sestry a jak náhle se stane ze zvyku norma.

Je noční služba a zaintubovaný pacient netoleruje ventilační režim. Sestra změní tento ventilační režim, nevolá lékaře. To je zvyk. Normou je, že pro celou skupinu, tedy všechny sestry, je toto vyřešení situace přijatelné, nevybočující, standardní. Pokud by sestra volala lékaře, neodpovídalo by to normě, byla by ostatními minimálně nechápavě dotazována, proč tak činí. Předpokládám, že tato norma vznikla v době vzniku oddělení, kdy lékař nebyl vždy v dosahu, sestry se společně shodly na postupu, změnily po kolektivní shodě, která ani nemusela být explicitní, ventilační režim. Lékař po příchodu na oddělení pacienta zkontroloval. Tento postup všem vyhovoval, lékař byl zastoupen, pacient zajištěn a sestry vlastně provedly výkon za lékaře. Postupem času se zřejmě z výjimečné situace stala situace běžná, tedy normou. V době vzniku oddělení nebyla profese sestry řízena legislativou ve smyslu výčtu kompetencí, bylo tedy jen na rozhodnutí lékařů nebo kolektivní dohodě na oddělení, jak bude péče zorganizována a jak budou kteří aktéři zapojeni. Na současně platnou legislativu nereagoval ani management organizace ani vedení oddělení, praxe tedy zůstala stejná. Tradiční a již vlastně standardizované chování členů skupiny, tedy, že sestry provádějí výkon, který provádět nemají, a lékaři i vedení o tom vědí, respektive to dokonce stereotypně vyžadují, a tím i podporují.

Nakonečný (2005) uvádí, že typickou normou pracovních skupin je solidarita mezi členy skupiny, tedy vzájemná podpora, soudržnost, svornost, která ve sledovaném případě i pomáhá rozkládat i sdílet odpovědnost. To je patrné ve všech výzkumných sesterských rozhovorech, kdy sestry zdůrazňují spolupráci všech sester, vzájemnou podporu, informovanost, pomoc. Sestry také zdůrazňují společné rozhodování, např. při regulaci lineárního dávkovače. Jde opět o standardizované chování u výkonu, který není v kompetenci sester. Sestra zjistí zvýšenou hladinu krevního cukru pacienta, není si jistá přesným dávkováním inzulínu, zeptá se svých kolegyň. Neosloví jen vedoucí směny,

kteřá by správně měla rozhodnout a volat lékaře, ale poradí se všemi sestřami ve službě. Vedoucí směny sama nerozhoduje a toleruje rozhodování skupiny, což odpovídá shora popsanému postavení vedoucí směny.

Nakonečný (2005) popisuje výhody a nevýhody skupinového řešení. Mezi výhody řadí posuzování více hledisek, návrhů, lepší identifikaci problému. Tento přístup je bezesporu významný v ošetrovatelské péči, např. v péči o chronické rány, kdy má přínos zkušenost sester s tímto ošetrováním. I přesto má mít ale rozhodovací slovo vedoucí směny.

Jako nevýhody skupinového řešení uvádí Nakonečný (2005) časovou náročnost rozhodnutí a riziko nižší odbornosti a „špatného kompromisu“. Může dojít k situaci, kdy bude jedna sestra s dobrou myšlenkou „přehlasována“ ostatními členy.

Velkým rizikem jsou dále tradiční a zaužívané normy, které zůstávají nevyřčené, přesto platné. Je pak značným manažerským úkolem do prostředí, které je takto na svých normách sjednoceno a navíc funguje podobně hladce jako sledované oddělení, zavádět změnu, která normám odporuje. Jsou-li sestř navyklé takto jednat, navíc svým kolektivním rozhodováním či touto kolektivní schopností bez rad nadřizené nebo lékaře zvládat běžné situace, zvyšují své profesionální sebevědomí. A ostatním aktérům to prakticky také vyhovuje a myslí si, že takto jsou procesy nastaveny správně, pak ani legislativní nárok není sám o sobě dost silný, aby tento stereotyp oslabil.

V této kapitole jsem chtěla ukázat provázanost zvyku, norem a skupinového chování. A hlavně poukázat na to, že pokud nebudou normy jasně standardně nastavené, skupina si je postupně vytvoří sama. Po jejich vzniku však nastává další manažerská výzva k jejich změně. To už ale není předmětem této kapitoly.

## 7.6 Shrnutí

V praxi je činnost sestry ovlivňována několika faktory:

- vyhláškou č. 55/2011 Sb.
- vyhláškou č. 99/2012 Sb., aby alespoň 50% sester na oddělení bylo specializováno
- managementem celé organizace – dodržuje určený počet sester specialistek, nejsou nastaveny procesy kvality v celé organizaci
- vedením oddělení – nejsou nastaveny procesy kvality na oddělení, nejsou pravidelné porady, přístup vedení k sestřám

Na zkoumaném oddělení se nedodržují kompetence sester přesně dle legislativy. Sestry jsou nositelkami sesterských výkonů, nejsou seznámeny s problematikou nastavení kompetencí, sestry nemají zpětnou vazbu na svou práci. V organizaci není nastaven a řízen systém kvality, na oddělení nejsou zpracovány standardy, neprobíhá kontrola, jak se výkony provádějí. Existují tradiční postupy, které vždy nevyhovují legislativním nařízením. Nová pravidla nejsou, z důvodu absence porad, pečlivě předávána dalším členům. Sestry pracují rutinně, dle tradice oddělení, provádění výkonů není závislé na akutnosti či výjimečnosti situace, rozdělení výkonů mezi lékaře a sestry je stále stejné. Sestry nejsou nijak motivovány k dalšímu vzdělávání se. Vzhledem k tomu, že ještě nebylo nutno prokazovat, která sestra provádí který výkon, nikdo není vnitřně nucen měnit zaběhlé normy a tradice.

Zdá se, že celkově funguje oddělení dobře, nedochází k mimořádným událostem ve smyslu špatného podání léků, pochybení, poškození pacienta. Celkově na mne personál působil vcelku klidně, spokojeně. To je zřejmě pozůstatek doby, kdy nebylo tak silné legislativní ukotvení sesterských kompetencí, organizace práce se tradičně vytvořila a upravuje se postupně, spíše jen dle nových přístrojů, léků a postupů léčby.

Definování a nastavení všech procesů (procesů kvality, personálních, procesy strategického plánování apod.) je v kompetenci vrcholného managementu organizace. Všechna vedení oddělení v nemocnicích by měla vykonávat a pokračovat v nastavených procesech. Je možné, že management je spokojen se zdánlivou situací v organizaci, že vše funguje. Neřeší tak personální otázku řízení kvality, v organizaci není koordinátor, který by sledoval novinky v legislativě a následně je aplikoval do praxe.

## **8 Doporučení pro vedení oddělení**

V této kapitole popíši doporučení, která vyplývají ze zjištěných skutečností. Dále doporučení vycházejí z aktuální situace na oddělení, tedy stanoveného počtu sester, přístupu lékařů k sestřám, dostupným motivačním nástrojům. Doporučení jsou určena pro vedení oddělení, tedy pro vrchní sestru a primáře a jsou rozdělena do 3 oblastí. A to intervence přímo na oddělení, tzn. co je v možnostech vrchní sestry a primáře, doporučení se týkají většinou práce přímo na oddělení. Dále pak podněty pro management organizace, tzn. činnosti, které vedení oddělení může managementu navrhnout, usilovat o ně. A podněty pro odborné společnosti, tzn. záležitosti, které nemůže změnit ani vedení oddělení, ani management organizace, lze na ně spíše upozornit.

### **8.1 Intervence na oddělení**

V této části jsem navrhla doporučení pro vedení oddělení. Jde o doporučení, která mohou být aplikovatelná přímo na oddělení, jsou v silách vrchní sestry a primáře, nejsou závislá na managementu organizace, změně legislativy.

#### **8.1.1 Oddělit sesterské a lékařské činnosti**

Veškerý zdravotnický personál na oddělení by měl vědět, jaké kompetence má, tedy jaké výkony a za jakých okolností je smí provádět. Kompetentnost k výkonu všeobecných sester i sester specialistek definuje vyhláška č.55/2011 Sb.

Vzhledem k tradici a zvykům na oddělení by měli vrchní sestra spolu s primářem stanovit, v návaznosti na legislativu, výkony, které bude provádět sestra a které lékař. Na oddělení by se standardně neměly stávat situace, kdy lékař deleguje na sestru lékařské činnosti. Záměrně uvádím standardně, poněvadž může nastat situace, kdy sestra musí provést život zachraňující výkon, i když není k výkonu kompetentní.

Je nutné zaujmout stanovisko u výkonu, který vyhláška č.55/2011 Sb. všem sestřám umožňuje provádět, ale na oddělení tento výkon provádí lékař. Jedná se o výměnu tracheostomické kanyly. Při rozhovorech tento výkon připomínkovaly jak sestry, tak i lékaři. Obě skupiny si jsou vědomy možných nastalých komplikací. Vzhledem k tomu, že argumenty obou skupin jsou ve shodě a sestry nepožadují

vykonávat tuto činnost, není nutné měnit zvyk oddělení a výkon může být ponechán v činnostech lékaře. Je ale nutné, aby všechny sestry i lékaři věděly o možnosti provedení výkonu sestrou, předejde se tím případnému nedorozumění. Tato situace může nastat např. při akutní výměně kanyly, kdy lékař ošetřuje jiného pacienta, např. resuscituje. A také je nutné, aby byla v rámci adaptačního procesu informována nová sestra, která tuto situace může připomínkovat, poněvadž legislativa ji umožňuje výkon provádět. Bude nutné hledat shodu, která by se měla písemně potvrdit

Další výkon, který smí provádět sestry pod odborným dohledem lékaře a to na základě jeho indikace, je extubace tracheální kanyly. Všichni členové týmu se ale shodli, že při extubaci tracheální kanyly je lékař vždy v bezprostřední blízkosti pacienta (na resuscitačním pokoji, na operačním sále). Sestry mají pocit, že by lékař nemusel u extubace být, že by výkon zvládly samy. Argumentují tím, že poznají, zda je pacient schopný extubace a že pokud by došlo ke komplikacím, tak lékaře zavolají. Naopak lékaři k extubaci přistupují tak, že když už tam musí být, tak mohou pacienta rovnou extubovat sami. Dle lékařů je žádoucí, aby byl ošetřující lékař v blízkosti výkonu a to právě pro možné nastalé komplikace. Je nutné, aby sestry pochopily, že výkon extubace indikuje pouze lékař, ony smí výkon pouze provést a to pod dohledem lékaře, tzn., lékař musí být vždy v dosahu.

Punkce artérie k jednorázovému odběru krve je výkon, který smí sestra specialistka na základě indikace lékaře provádět bez odborného dohledu, všeobecná sestra smí tento výkon provést pod dohledem specializované sestry. Punkci nyní provádí pouze lékař. Sestry by se výkonu nebály, jsou ochotné výkon přijmout za sesterský. Lékaři argumentovali výskytem možných komplikací, nebyli ale výslovně proti přenechání výkonu sestrám. Vedení oddělení by mělo zaujmout stanovisko, zda výkon budou provádět lékaři nebo sestry.

Močový měchýř mužů nyní katetrizují vždy sestry, a to bez rozdílu vzdělání, nezáleží ani na situaci, kdy je katetrizace prováděna. Pokud sestra uzná za vhodné, katetrizuje pacienta, lékaři jen oznámí, že byl výkon proveden. Lékaři řeší pouze případné komplikace výkonu. Doporučuji, aby na oddělení byla zažita posloupnost činností, kdy nejdříve lékař katetrizaci indikuje a pak je výkon proveden. Katetrizovat smí specializovaná sestra, a to bez dohledu lékaře, všeobecná sestra smí výkon provést

pod dohledem specializované sestry. Vedení oddělení by mělo stanovit, že výkon indikuje lékař, sestry by samy bez indikace neměly výkon provádět. Při katetrizaci všeobecnou sestrou by měla být vždy v dosahu sestra specialistka.

Pokud má lékař řešit komplikace, musí ovládat i výkon standardní, nekomplikovaný. Hlavně mladší lékaři přiznali, že si nejsou dostatečně jistí v katetrizaci močového měchýře mužů. Je tedy nutné, aby i lékaři tento výkon prováděli a získali požadovanou praxi.

Všichni členové týmu musí vědět a akceptovat, že sestra není kompetentní aplikovat injekce a infuze dětem do 3 let. Nyní přichází děti do 3 let se zajištěným žilním vstupem z dětského oddělení. Může nastat situace, kdy bude nutné zajistit nový žilní vstup. Tento výkon je v dnešní době zcela v kompetenci lékaře, sestra může pouze asistovat. Nabízí se 2 řešení této situace. Buď výkon provede lékař anesteziolog, nebo se zavolá na dětské oddělení. Obě řešení mají svá úskalí.

Lékaři, kromě jednoho, přiznali, že nemají dostatečné zkušenosti s aplikací injekcí u takto malých dětí a nemají tedy odvahu výkon provádět. Je tedy žádoucí, aby lékaři tyto praktické zkušenosti získali. Doporučuji kontaktovat primáře dětského oddělení a požádat jej o spolupráci, zda by lékaři mohli praktikovat na dětském oddělení.

Kontakt dětského oddělení a žádost dětských sester o zajištění žilního vstupu je další možné řešení situace. Toto řešení je ale pro dětské sestry personálně a časově náročné. V době, kdy je dětská sestra na cestě na ARO, si musí zajistit za sebe zástup na dětském oddělení. Zároveň této dětské sestře plyne čas na její činnosti na svém oddělení. Vzniká i časová náročnost na operačním sále. Od rozhodnutí zavolat dětskou sestru do zajištění žilního vstupu dítěte může trvat několik desítek minut. To je zatěžující pro dítě, kdy se prodlužuje doba od podání premedikace do úvodu anestezie. Prodloužení doby přípravy dítěte k anestezii narušuje časový plán všech operací na daném operačním sále.

Další skupinou výkonů jsou ty, které nejsou zmiňovány v legislativě, a není tedy důvod se domnívat, že je může vykonávat sestra. Jedná se o dávkování léků v lineárních dávkovačích, změna ventilačního režimu u pacienta, odstranění centrálního žilního katetru. Zde je nutné provést změnu, kdy výkony nebude provádět sestra. Znamená to tedy, že sestry nebudou svévolně regulovat množství podávaného léku v dávkovači, ale na základě přesné lékové ordinace lékařem, pokud dojde u pacienta ke změně stavu,



měla by volat lékaře. Stejná situace je i u ventilačních režimů, kdy lékař by měl přesně nastavit ventilační režim pacienta, pokud se sestra během služby domnívá, že ventilační režim pacientovi nevyhovuje, volá lékaře.

Vedení oddělení by mělo stanovit, že centrální žilní katetr bude odstraňovat lékař, tak jak stanoví legislativa, sestra bude u výkonu asistovat.

### **8.1.2 Spolupráce mezi sestrami a lékaři**

Jak jsem popsala v předchozí kapitole, je nutné, aby sesterské a lékařské činnosti byly odděleny. Neznamena to, že by se měly vytvořit dva paralelní týmy, lékaři a sestry. Naopak, sestry a lékaři musí spolupracovat. A to ve smyslu plánování péče o pacienta, tak aby se daly zkoordinovat veškeré potřebné výkony. Nástrojem je efektivní komunikace mezi sestrami a lékaři. Jde o to, aby sestry věděly, jak lékaři plánují další péči o pacienta a co od ní očekávají. Tím si sestry mohou časově přizpůsobit ošetrovatelské činnosti u pacienta. Lékaři se setkávají každé ráno na hlášení, zde je přítomna pouze vrchní sestra. Pokud by se však tohoto sezení účastnila i staniční sestra, již by měla lékařské informace o pacientech, plánování vyšetření a další léčby. Po hlášení by měl ošetřující lékař informovat ošetřující sestru, a to za přítomnosti staniční sestry a vedoucí směny. Informace by měly být jak o denních intervencích, ale i o dlouhodobých, tedy co se u pacienta očekává, tj. efekt léčby, její změna, plánovaný překlad pacienta na jiné oddělení, ordinace rehabilitace apod. Výsledkem bude informovanost ošetřující sestry, vedoucí směny i staniční sestry. Péče se tedy může zkoordinovat dle všech plánovaných výkonů. Staniční sestra a vedoucí směny přesně ví, co se bude na oddělení provádět, zda a kdy mají dohlížet na ošetřující všeobecnou sestru. Staniční sestra získá představu o spotřebovaném materiálu, lécích a naplánuje jejich další objednání dle přených potřeb, což má i ekonomický efekt pro oddělení. Informovaností se pro sestry sníží množství nečekaných událostí, snižuje se tedy stresová náročnost a tím se sníží možnost pochybení sestry. Celý proces bude pro pacienta efektivní, více bezpečný, minimalizují se časové prodlevy v péči, výkony na sebe budou navazovat.

### **8.1.3 Dokumentace**

Tato část se týká dokumentů, písemností, které jsou na oddělení používány. Dokumenty musí dle své povahy splňovat určité náležitosti, musí být platné, odpovídat legislativě, musí být pravidelně aktualizovány.

Kapitola je rozdělena dle charakteru dokumentu.

#### **8.1.3.1 Náplně práce**

Vrchní sestra by měla upravit stávající náplně práce. Ty se v současnosti odkazují na již neplatnou vyhlášku č. 424/2004 Sb. Činnosti sester jsou ale zakotveny ve vyhlášce č.55/2011 Sb., z té musí vrchní sestra vycházet. Měl by být uveden popis práce, ne jen vyjmenování výkonů, musí být definováno, zda sestra smí vykonávat sama nebo pod dohledem a to pod dohledem lékaře nebo sestry specialistky. Součástí náplně může být i dodatek o náplni práce vedoucí směny. Požadavky na zaměstnance musí být reálné, pro personál splnitelné a zároveň zaručující určitou kvalitu personálu.

Po úpravě dokumentu by měly být sestry seznámeny s novým zněním a měly by jej podepsat.

#### **8.1.3.2 Standardy ošetrovatelské péče**

V současné době jsou na oddělení zpracovány jen některé standardy, našla jsem v nich nesrovnalosti.

Přes to, že je proces vytváření standardů dobrovolný, doporučuji jejich vytvoření. Soustředila bych se na ošetrovatelské výkony, neobvyklé situace, práce s přístroji na oddělení, postupy dezinfekce a sterilizace, popis neobvyklých odběrů biologického materiálu, ošetření mrtvého. Volba priority je hlavně na vrchní sestře. Ale i samotné sestry mohou přijít s požadavkem na zpracování některé oblasti.

Zpracování standardu nemusí být závislé jen na vrchní sestře, jedna ze sesterských kompetencí je vytvářet standardy ošetrovatelské péče. Standardy tedy mohou vytvářet i sestry z oddělení, vrchní sestra standard jen schválí jako platný.

Důležité je, aby zpracované standardy nebyly jen popsanými listy ve složce na polici, ale aby se s nimi prakticky pracovalo. To bude, dle mého názoru, těžší úkol než samotné zpracování. Sestry musí být seznámeny s výhodami standardů, musí být zvyklé, že v neobvyklé situaci nevolají staniční sestru, ale že nejprve nahlédnou do příslušného standardu.

Účelem standardů je nastavení normy, která jasně říká, jak se na oddělení pracuje a jak se pracovat má. A hlavně – standardy mají pomáhat sestřím, mají být jakýmsi manuálem.

Myslím si, že obzvlášť u této změny, se může vyskytnout mnoho připomínek ze strany sester a to ve smyslu zbytečnosti, práce navíc. Vrchní sestra ale musí být trpělivá, musí opakovaně vysvětlovat přínos existence a hlavně používání ošetrovatelských standardů.

### **8.1.3.3 Denní záznam nemocného**

V záznamu by mělo být dohledatelné kdo, kdy a co provedl. Každý záznam by měl být opatřen podpisem a jmenovkou, časovou informací, kdy k záznamu došlo. Nyní se sestry podepisují akorát pod podané lékové ordinace a při ukončení směny. Po sledu událostí, výkonů, např. po resuscitaci, není patrné, který výkon která sestra provedla. Součástí řídicí dokumentace oddělení by měla být část o denním záznamu pacienta, kdy a jak by měly sestry zaznamenávat. Všechn zdravotnický personál na oddělení by měl být seznámen s jednotným postupem zaznamenávání.

Doporučuji opatřit každý záznam podpisem a jmenovkou sestry, který výkon provedla. A to i s časovým údajem, kdy byl výkon proveden.

Z denního záznamu by mělo být jasně patrné, co a jak se s pacientem celý den dělo, kdo u pacienta pracoval.

### **8.1.4 Adaptační proces**

Na oddělení není zdokumentováno, jak probíhá nástup nové sestry.

V doporučení vycházím z teoretických podkladů (Bedrnová, 2002) a z doporučení MZ. Ministerstvo zdravotnictví doporučuje, aby adaptační proces trval alespoň 3 měsíce, o průběhu a výsledku procesu má být vytvořen písemný záznam.

Průběh adaptačního procesu by měl být definován v řídicí dokumentaci. Je tedy nutné definovat adaptační proces. Tedy celý praktický postup zacvičování, zaučování nové sestry. Mělo by být stanoveno, jak dlouho na jaké části oddělení bude sestra působit, která sestra může být sestrou školitelkou, za jakých podmínek je adaptační proces splněn a sestra může začít samostatně pracovat. Vrchní sestra by měla vytvořit dokument, který by měl obsahovat soupis výkonů, které vykonávají sestry na tomto oddělení. U každého výkonu poznamenat, zda jej sestra smí vykonat sama nebo pod dohledem lékaře nebo sestry specializované. Nastupující sestru by měla po celou dobu

adaptačního procesu vést jedna specializovaná sestra - sestra školitelka. Tato školitelka, zaučující sestra, by měla zkontrolovat provedení všech výkonů nastupující sestrou a společně zaznamenat datum provedení a kontroly do tohoto záznamu o adaptačním procesu. Pokud se v průběhu adaptačního procesu nová sestra neseťká se všemi výkony, např. defibrilace, doplní se datum až při pozdějším provedení sestrou. Tato evidence slouží při uzavření celého procesu, je přehled, které výkony sestra vykonala a které tedy má zvládat. Je to i ochrana pro sestru, poněvadž pokud se nenaskytne některý z výkonů, aby jej sestra mohla vykonat, je nová sestra „chráněna“, nemělo by po ni být požadováno samostatné provedení výkonu.

Během nástupní praxe by měla nová sestra poznat systém práce na oddělení, měla by ovládat běžné sesterské výkony, navázat kontakty s ostatními členy. Celý adaptační proces by měl být ukončen po definovaném čase v dokumentu. Ukončení by mělo být formální, kdy se sejde nová sestra, sestra školitelka, vrchní sestra. Může být přítomen i primář. Během setkání se zhodnotí dosavadní působení nové sestry na oddělení, hodnotí všichni přítomní. Výsledkem je rozhodnutí, zda nová sestra již může pracovat na oddělení jako plnohodnotný člen týmu nebo zda bude nástupní praxe prodloužena. Zhodnocení a výsledek by měl být písemně zaznamenán, přílohou by měl být záznam o provedených výkonech. Oba dokumenty by měly být založeny do osobní složky nové sestry.

### **8.1.5 Posílit a podporovat pozici vedoucí směny**

ARO je oddělení, kde se přijímají pacienti v těžkém stavu přímo z terénu. Může nastat situace, že v jednu chvíli budou přijímáni dva pacienti najednou. Nebo bude přijímán pacient a na oddělení se začne jiný pacient resuscitovat. Toto jsou situace, které jsou náročné na koordinaci sesterského týmu a vyžadují, aby celou situaci někdo řídil a delegoval činnosti skupiny. Jak uvádí Škrļa a Škrlová (2003), pracovní skupina je skupina lidí, kde jeden ze členů pracuje jako vedoucí skupiny. Vedoucí deleguje práci a je zodpovědný za pracovní výsledek skupiny. Právě vedoucí směny by měla být tímto vedoucím, který bude pracovat, delegovat a být za vše zodpovědný.

Všechn personál na oddělení musí vědět, kdo je ve službě vedoucí směny. Tedy sestra specialistka, která je určena vrchní sestrou. Vrchní sestra by měla vypracovat dokument s popisem, v čem spočívá práce této vedoucí, co má vedoucí směny

zajišťovat, jaké jsou její povinnosti, za co nese odpovědnost. Tento dokument může být dodatkem náplně práce u těchto vybraných sester.

Veškerý personál oddělení, včetně sanitářů, uklízeček, by měl vědět, kdo je v dané službě vedoucím směny, na koho se mohou v případě nejasností obracet, kdo bude v akutní situaci rozhodovat, delegovat činnosti, koordinovat, kdo nese odpovědnost za chod celého oddělení a kým může být kontrolován.

Vedení oddělení, hlavně vrchní sestra, by měla podporovat pozici vedoucí směny. A to jak u samotných vedoucích sester, aby skutečně naplňovaly význam tohoto pojmenování, aby vedly a zodpovídaly za oddělení, uměly rozhodnout a zdůvodnit své rozhodnutí, aby byly oporou a podporou pro sestry kolegyně. Tak u ostatního personálu, včetně lékařů, aby měli respekt i důvěru v tuto sestru a též se na ni v případě nutnosti obraceli.

Zároveň by měla vrchní sestra činnosti vedoucí sestry kontrolovat, hodnotit a upravovat dle aktuálních změn a požadavků oddělení.

### **8.1.6 Pravidelná setkání, semináře**

K tomu, aby sestry měly informace a vyjasnily se různé situace, je nutné, aby se na oddělení zavedla pravidelná setkání. Záměrně neuvádím porady, tento název je vnímán více manažersky, pro zdravotnictví je typičtější pojmenování seminář.

Semináře jsou určeny hlavně pro sestry, přítomni mohou být ale i ostatní zaměstnanci oddělení. Frekvenci setkání doporučuji 1x za měsíc. Doporučuji naplánovat a dát k dispozici personálu termíny seminářů na rok dopředu, tím se minimalizuje množství omluv z osobních důvodů. Měla by být určena i témata jednotlivých setkání. Obsahem semináře by měla být teoretická část, která se bude tématicky týkat ARO, tzn. ošetřování pacientů s určitou diagnózou, nové používané léčebné postupy na oddělení, nové přístrojové vybavení, novinky v legislativě apod. Na těchto tématech mohou spolupracovat lékaři oddělení. V další části se mohou řešit aktuální praktické organizační záležitosti a diskuze k nim, kazuistiky a postupy péče u jednotlivých pacientů na oddělení.

Je žádoucí, aby se seminářů účastnily všechny sestry. Ty, které budou v době semináře ve službě, bude posléze o obsahu semináře informovat vrchní sestra. Z každého semináře by měl být proveden zápis, tj. zdokumentování, co se na semináři

řešilo. Vrchní sestra by měla vést a archivovat prezenční listinu z každého semináře. Ta slouží jako podklad, že sestry byly na semináři přítomny a byly s tématy seznámeny.

### **8.1.7 Motivace**

Motivace sester není jednoduchá záležitost. Během rozhovorů hovořili respondenti o motivaci ve formě peněz a finančních odměn. Nikdo nepoukázal na jinou formu motivace.

Nástroje vnější motivace jsou buď finanční, nebo nefinanční. Vrchní sestra nemá finanční prostředky, fondy, kterými by motivovala své podřízené, např. ve formě osobního ohodnocení, zvláštních odměn. Je tedy nutné, aby vedení podporovalo a motivovalo své zaměstnance jinými nástroji a to ve formě pochval a sdílení úspěchů. Vedení by mělo na seminářích zmínit a zopakovat každý úspěch, přednést úspěšné kazuistiky pacientů. Je dobré archivovat každé poděkování od pacienta nebo jeho příbuzného, tak, aby bylo zpětně dohledatelné (např. v kronice oddělení, knize, šanonu) a znovu splnilo účel motivace. Personál by měl vědět o každé návštěvě již uzdraveného pacienta, který se vrátil poděkovat, navštívit personál na oddělení. Vedení by se mělo zajímat o zdravotní stav pacientů, kteří byli ve vážném stavu přeloženi na specializovaná oddělení a informovat personál. Takovéto zprávy musí vědět všechen personál oddělení, protože všichni (včetně pomocného personálu, uklízeček) potřebují motivovat a předcházet syndromu vyhoření.

Všechny tyto „maličkosti“ vedou k pocitu personálu, že jejich snaha má smysl a slouží jako zdroj motivace pro další práci. Jde o vnější motivaci, která se mění na vnitřní motivaci. Z vlastní zkušenosti vím, jak moc dokázal dopis adresovaný personálu oddělení, kde jsem pracovala. Dopis byl z IKEM Praha, oddělení transplantační chirurgie. Obsahem bylo jednak poděkování za spolupráci na odběru orgánů z mrtvého dárce, a také informace, kdo darované orgány dostal, např. žena 45 let, muž 43 let. Tento dopis byl opravdu motivujícím faktorem, že množství práce, které je kolem odběru orgánů z mrtvého dárce, má smysl.

Dalším tématem je vnitřní motivace zaměstnanců. Vedení musí „probudit“ vnitřní motivaci zaměstnanců, znovuobjevit zájem o obor. V celé organizaci je celkem 5 anesteziologicko-resuscitačních oddělení. Tzn., že vedení oddělení může oslovit další 4 vedení ke spolupráci. Mám na mysli uspořádání výměnných stáží sester na jiných odděleních. Sestry by tak viděly, jak pracují jejich kolegyně z jiných nemocnic, ale ve

stejně organizaci. Pro sebe a pro své oddělení by mohly přinést nové poznatky. Tím, že by se jednalo o výměnný pobyt, minimalizovalo by se riziko vzniku personální situace, která by omezovala chod oddělení.

### **8.1.8 Spolupráce s jinými odděleními**

Dle primáře je v celé organizaci celkem 5 anesteziologicko-resuscitačních oddělení. 4 oddělení si jsou podobná svou velikostí a spádovostí. Oddělení působí v jednom regionu. Historický vývoj těchto oddělení byl podobný, starší lékaři se osobně znají. Toto považuji za velkou výhodu, s kterou se dá dále pracovat.

Navrhuji, aby se vedení oddělení pokusilo navázat kontakt s ostatními ARO v regionu. Vrchní sestra v sesterské linii, primář s v linii lékařské.

Spolupráce může probíhat ve dvou rovinách. Jednak v rovině vedení, kdy se na poradách mohou řešit společné problémy, např. limity platových tříd pro specializované sestry, koncepce resuscitační péče v regionu a celé organizace, konzultace léčebných a ošetrovatelských postupů, novinky a financování péče. Další rovinou je spolupráce zahrnující všechny zdravotnické pracovníky na oddělení a to ve smyslu společných seminářů, workshopů, konferencí. Tématy by mohly být novinky z oboru, kazuistiky, legislativa. Semináře mohou být zaregistrovány na Ministerstvu zdravotnictví České republiky, ohodnoceny kreditovými body a mohou být zahrnuty do celoživotního vzdělávání.

Očekávaným výsledkem těchto obou typů setkání je užší spolupráce oddělení v organizaci a zároveň v regionu, koncepčnost péče v organizaci, zvýšení odborných znalostí personálu, setkání s kolegy z ostatních nemocnic jako motivační faktor pro personál, vyšší kvalita péče.

## **8.2 Podněty na management organizace**

Vedení oddělení by mělo podat podnět na své nadřízené, tedy vrchní sestra na hlavní sestru a primář na vedoucího lékaře. Podněty se týkají záležitostí, které nejsou v silách vedení oddělení změnit. Jedná se o zřízení oddělení kvality v celé organizaci a zajištění personálního obsazení sester.

### **8.2.1 Zřízení oddělení kvality**

Jak jsem již výše popsala, v celé organizaci není zřízeno oddělení kvality, standardy péče nejsou dostatečně zpracovány, průběh auditu je zcela nedostatečný. Vedení by mělo apelovat na vedení celé organizace na zřízení oddělení kvality. Toto oddělení by mělo kvalitu systematicky řídit, což zahrnuje nastavení pravidel, tedy vytvoření standardů péče, kontrolu, tedy auditů, následnou úpravu praxe a opětovné nastavení pravidel. A to nejlépe s platností alespoň pro konkrétní nemocnici, nejlépe pro celou organizaci. Sama vrchní sestra poukazovala na nedostatky auditu, na nepropojení dokumentace s reálnou situací. Je nutné, aby management byl s těmito skutečnostmi seznámen a následně sjednal nápravu, vyhověl tak platným legislativním podmínkám a zajistil řízení kvality v organizaci.

### **8.2.2 Zajistit personální obsazení**

Vrchní sestra poukazuje na platnost omezujícího pravidla od managementu nemocnice a to je, že na oddělení bude k dispozici pouze 50% vyšších platových tříd pro specializované sestry. Může však nastat situace, např. dlouhodobá pracovní neschopnost, kdy v reálu nebude mít vrchní sestra k dispozici 50% specializovaných sester. Pokud má být zajištěn legislativní požadavek na péči, a specializovaná sestra má u specifických výkonů dohlížet na všeobecnou sestru, musí být v každé službě přítomna alespoň jedna specializovaná sestra. Vrchní sestra nyní může do pracovního poměru přijmout specializovanou sestru, ale do nižší platové třídy, která je jinak přidělována všeobecné sestře. Specializovaná sestra by tedy vykonávala práci sestry specialistky, dohlížela by na všeobecnou sestru za mzdu v platové třídě pro všeobecnou sestru.

Vedení oddělení by mělo opakovaně apelovat na management celé organizace na nápravu této situace, žádat o navýšení počtu vyšších platových tříd. Vrchní sestra by měla managementu dodat měsíční rozpisy služeb, kde je zdokumentováno, že specializovaná sestra není vždy zastoupena v každé službě a nejsou tedy splňovány legislativní požadavky.

Spolupráce by měla být i s ostatními anesteziologicko-resuscitačními odděleními v organizaci, poněvadž nastavení podmínek je pro všechny stejné a tento problém se jistě nachází i u nich.



### 8.3 Podnět na odborné společnosti

Vrchní sestra i primář se pravidelně setkávají se svými kolegy na odborných konferencích a kongresech. Tyto akce často pořádají nebo jsou garantem profesní organizace, Česká asociace sester a Lékařská komora. Tyto subjekty mají možnost připomínkovat různá jednání na Ministerstvu zdravotnictví České republiky, působí tedy i při přípravě vyhlášek a zákonů. Doporučuji upozornit na setkáních na výkony jmenované ve vyhlášce č.55/2011 Sb. a jejich odraz v praxi.

Takovýmto výkonem je výměna tracheostomické kanyly. Výkon je uveden již v popisu činností všeobecné sestry, u sestry specialistky už není ani uveden. A to tak, že všeobecná sestra smí provádět výměnu tracheostomické kanyly, na základě indikace lékaře, ale bez jeho dohledu. Jak jsem již uvedla, sestry i lékaři uváděli možné akutně vyskytlé vážné komplikace tohoto výkonu, obě skupiny požadují, aby výkon prováděl lékař. Doporučuji tedy, upozornit na tuto problematiku na odborných setkáních, zahájit odbornou diskusi na toto téma, zjistit názory ostatních kolegů, požadovat po vedení odborných společností, aby reprezentovaly jednotný názor a ten přednesly na ministerstvu.

Dalším výkonem, na který by mělo vedení poukázat, je odstranění centrálního žilního katetru. Tento výkon není jmenován v legislativě, není tedy důvod se domnívat, že jej mohou sestry provádět. Z vlastních zkušeností vím, že se tento výkon provádí nejen na zkoumaném oddělení, ale i na jiných ARO. Lékaři ani sestry neměli pochybnosti, že by sestry výkon nezvládly nebo jej prováděly nesprávně. Vedení by mělo opět na tento výkon upozornit své kolegy a diskutovat toto téma, dojít k závěru a popřípadě začít jednat s MZ, aby byl výkon zařazen mezi sesterské kompetence.

Hlavně vrchní sestra by měla upozornit na časovou nespecifikaci provedení výkonů. Vyhláška č. 55/2011 Sb. jmenuje výkony, které sestra smí vykonat, některé pouze pod dohledem lékaře. Dle mého názoru, by sesterská společnost měla trvat na specifikaci, že sestra smí výkon provést ve výjimečných situacích, v případě náhlého ohrožení zdraví pacienta. Např. v situaci, kdy pacient, který je vyváděn z tlumení a je u něj předpoklad extubace, začne náhle netolerovat tracheální rourku, ale lékař není přítomen na oddělení, mohlo by dojít k poškození pacienta, tak jej sestra extubuje. Toto je situace, kdy sestra jedná ve prospěch pacienta, ale vlastně provádí výkon, ke kterému nemá oporu v legislativě.

## **8.4 Nejdůležitější doporučení**

Na závěr těchto doporučení uvádím tu nejdůležitější radu. Tu, která by měla být použita u všech rozhodnutí vedení. Jde o postup, jak dosáhnout naplánované změny a jak docílit nejlepšího výsledku. Kotter (2008) stanovil 8 kroků, dle kterých lze změnu úspěšně implementovat. Tuto strategii jsem vybrala pro její srozumitelnost, dle mého názoru „nenásilnost“ s velkým důrazem na vykonavatele změny. Jednotlivé kroky na sebe smysluplně navazují.

Pořadí změn by mělo vedení dobře promyslet. Změny, tedy určité vize, by se měly zavádět postupně, aby na sebe navazovaly a byly proveditelné.

Předmětem této práce není popsat řízení změny, přesto se chci postupu změny dotknout. Tyto kroky mohou vedení pomoci k zavedení změny ve všech zmíněných oblastech. Popíši jednotlivé kroky, použiji pojmenování sestry, vrchní sestra. Teorii neaplikuji na konkrétní příklad, jde o všeobecné doporučení, které ovšem může vedení nemocnice nebo oddělení využít při plánování případných změn na oddělení, aby byla zajištěna větší shoda mezi praxí a legislativními požadavky, a přitom na oddělení zůstala stávající dobrá pracovní atmosféra a shoda.

V dalších podkapitolkách uvedu jednotlivé kroky, které na sebe navazují.

### **8.4.1 Vyvolejte vědomí naléhavosti**

V této fázi musí být sestry seznámeny, že je „něco“ špatně a že se situace musí změnit. Vrchní sestra by měla sestřám ukázat, jak by to „něco“ mělo být správně, jak se situace řeší na jiném oddělení, jejich pozitivní i negativní zkušenosti. Vrchní sestra by ještě neměla hovořit o konkrétní vizi, o postupu změny, jen o tématu změny. Je nutno u sester vyvolat pocit, že se musí začít něco dít.

### **8.4.2 Sestavte vůdčí tým**

S ohledem na oblast změny by měla vrchní sestra vybrat tvůrčí tým. Tým ze sester na oddělení, které se zajímají o konkrétní problematiku. Ještě není vize, tak nešířte paniku. Úkolem vrchní sestry je podporovat tým, nestránit se mu. Vrchní sestra shání podklady vztahující k tématu, zkušenosti jiných oddělení s danou tematikou, průběžně hodnotí výsledky týmu, spolupracuje s týmem, nedeleguje všechny činnosti na tým.

### **8.4.3 Formulujte správnou vizi**

Vrchní sestra by měla spolu s týmem definovat vizi. Změna musí být dosažitelná, reálná, přínosná, srozumitelná, důvěryhodná. Určí se podrobnosti oznámení vize, tj. kdy, jak, kdo vizi přednese před ostatními sestrami. Je přesně vydefinováno, kdo a jak na naplnění vize spolupracuje.

### **8.4.4 Šiřte vizi změny a získávejte stoupence**

Rozšiřujte myšlenku změny různými způsoby. Předneste ji na poradě, použijte oběžník. Sdělte sestrám vizi, popis změny, jak to bude vypadat. Dejte prostor pro diskuzi, zodpovězte všechny dotazy, argumentujte, mějte připravené zkušenosti z jiných pracovišť. Stůjte si za změnou.

### **8.4.5 Podporujte prostor pro jednání**

Tato fáze je časem pro uvolnění po sdělení vize, je to čas věnovaný jednání o změně. Na každé poradě vyšetřete čas věnovaný změně, vytvořte intranetové fórum pro diskuzi, vytvořte schránky k vhazování názorů, prezentujte harmonogram změny, dohlédněte na dodržování termínů. Vrchní sestra by měla provádět formální i neformální rozhovory na téma změny.

### **8.4.6 Vytvořte krátkodobá vítězství**

Sestry potřebují podporu od vedení, pochvalu, zpětnou vazbu dosavadního snažení, motivaci pro další činnost. Vrchní sestra by měla kontrolovat činnosti a postupy týkající se změny a poskytovat zpětnou vazbu. Na poradách by měla vrchní sestra zdůraznit prozatímní dosažené úspěchy, měla by alespoň slovně ocenit sestry, které se podílely na dosažení úspěchu.

### **8.4.7 Nepolevujte**

V této fázi sestry potřebují neustálé opakování smyslu vize, jejího přínosu, důvodu. Vrchní sestra by měla na poradách opakovaně věnovat čas tématu vize. Stále by měla podávat zpětnou vazbu za plnění úkolů. V této fázi se již může začít s postihy za nedodržování pravidel, tyto postihy by měly sestry dopředu znát. Vrchní sestra a

realizační tým by měl jít ostatním sestřím stále příkladem. Určitě se vyvarujte zavádění další nové změny.

#### **8.4.8 Upevňujte změnu v organizační kultuře**

V této konečné fázi zavedení změny potřebují sestry zhodnocení celého procesu vrchní sestrou. Sestry musí vědět, že mohou průběžně změnu připomínkovat a podávat podněty na další úpravy a že se jejich názory bude vrchní sestra a sestavený tým zabývat. Vrchní sestra musí změnu průběžně monitorovat, zaznamenávat, vyhodnocovat, o stavu a jejím přínosu pravidelně referovat na poradách. Měly by být definovány i kritéria pro hodnocení sester v souvislosti se zavedenou změnou. Dle charakteru zavedené změny se může téma zařadit do interního auditu.

Teprve až po úspěšném zavedení změny může vrchní sestra začít přemýšlet o další nové vizi.

### **8.5 Shrnutí**

V této kapitole jsem popsala doporučení pro vedení oddělení. Doporučení jsou rozdělena dle působení změn, intervence na oddělení, podněty pro management organizace, podněty pro odborné společnosti. V další části této kapitoly je stručně popsán proces změny dle Kottera.

Pro vyhovující fungování oddělení a návaznost všech procesů je nutné se nezaměřit pouze na jedno doporučení, ale pokusit se o komplexní postupné zavedení všech doporučení.

## 9 Diskuze

Povolání zdravotní sestry je velice náročné. Vzdělávání zdravotních sester prošlo mnohými změnami, dnes můžeme v praxi nalézt sestry s maturitou, ale i sestry s vysokoškolským titulem a to bakalář i magistr. S rozvojem medicínských oborů se sestry začínaly vzdělávat i v postgraduálním specializačním studiu.

Se změnou vzdělání se měnila i legislativa, povolání zdravotní sestry začalo být regulováno, sestry začaly být registrovány. Poslední platnou vyhláškou regulující práci sester je vyhláška č. 55/2011 Sb. V této vyhlášce jsou specifikovány všechny výkony, které mohou, jsou kompetentní, různé sesterské odbornosti vykonávat.

Na ARO se zpravidla můžeme setkat s dvěma typy sester a to všeobecnou sestrou a sestrou pro intenzivní péči, tedy sestrou specialístkou. Vyhláška specifikuje i kompetence těchto odborností a uvádí, zda sestry smí vykonat výkon samy, nebo pod nějakým dohledem. A to pod dohledem lékaře nebo u všeobecné sestry pod dohledem sestry specialístky.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak dodržují sestry na ARO legislativu v oblasti svých kompetencí a jaké faktory mají vliv na dodržování legislativy. Nešlo mi o výčet výkonů, a zda je sestry provádějí či ne, ale zda jsou sestry a jejich činnosti něčím ovlivňovány. Proto jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Pomocí rozhovorů jsem zjišťovala vztahy a souvislosti ovlivňující práci sester. Celkem jsem provedla 14 rozhovorů, zastoupeny byly sestry specialístky i všeobecné sestry, dále pak lékaři a vedení oddělení. Analýza přinesla mnohá zjištění, v této části se budu věnovat těm, která vyvolávají diskuzi a souvisí s tématem diplomové práce.

Na ARO jsem pracovala jako sestra 10 let. Čerpám tedy i ze svých zkušeností. Ze své praxe vím, že sestry běžně aplikovaly injekce a infuze všem dětem, dá se říci, že od kojeneckého věku. Sestry získávaly zkušenosti se zajišťováním žil dospělých pacientů, postupně začaly provádět tento výkon u menších a menších dětí. Bylo tedy běžné, že sestry aplikovaly injekce všem dětem, sestry výkon ovládaly. Naopak lékaři výkon neprováděli, ani u dospělých ani, u dětí. Výkon byl zcela v kompetenci sester. Víím o několika anesteziologických pracovištích v ČR, která se neřídí platnou vyhláškou a stále provozují vžitou praxi, kdy sestra aplikuje injekce u dětí do 3 let. Vyhláška č.55/2011 Sb. však nedovoluje sestře pro intenzivní péči aplikovat injekce a infuze u dětí do 3 let.

Sestra na ARO se s dětskými pacienty setkává běžně, ošetřování dítěte při anestezii není výjimečná situace. Často se jedná o akutní anestezii, kdy nejde o plánovaný výkon. U dětí se většinou při anestezii postupuje tak, že lékař začne malého pacienta inhalačně uspávat a až poté sestra (dle legislativy dětská sestra) zajistí žilní vstup. Důvodem je šetrnost k dítěti a rozšíření žilního řečiště, které umožňuje snadnější provedení výkonu.

Odbornost sestry pro intenzivní péči je požadována i na jiných pracovištích, kde se dětské pacienty objevují, např. v posádkách záchranné služby, u sester v ambulancích hyperbarické medicíny.

Na všech těchto pracovištích dojde ke stejné situaci, kdy je nutné aplikovat dítěti nitrožilně léky, lékař nemá dostatečnou praxi, sestra nesmí výkon provést. Využívá se dětských sester, které se volají z dětského oddělení a které však nemusí být hned v dosahu. To může způsobit prodlevu v podání léku.

Nabízí se tedy několik řešení této situace. Nejrychlejší je zacvičení lékařů anesteziologů, kteří by měli být schopni aplikovat injekce u dětí do 3 let. Otázkou je, kde by se měli lékaři zacvičit. Na dětském oddělení? A budou dětské lékaře svolní ke spolupráci? A kdo bude pracovat na ARO, když bude anesteziolog praktikovat na dětském oddělení? A kolikrát musí lékař výkon provést, aby jej bezchybně ovládal? A jak to bude vypadat v praxi na operačním sále? Bude se zajišťovat žilní vstup u dítěte při vědomí, které je jen premedikováno? Nebo lékař začne s inhalační anestézií a pak zajistí žilní vstup dítěte? Ale kdo bude v této době pečovat a zodpovídat za dýchací cesty malého pacienta? Další lékař? To bychom museli mít v jednu chvíli na jednom operačním sále 2 lékaře anesteziology, to je nereálná situace.

Dle mého názoru by se měl využít potenciál sester, který stále v sestřích specialistkách je a to ten, že tyto sestry ovládají tento výkon (dle mého názoru) velmi dobře. To je ovšem závislé na změně legislativy, což není řešení v dohledné době. Oddalováním intervencí odborných společností na změnu legislativy může dojít ke ztrátě této dovednosti u sester. A tím nevyřešení této situace.

Dalším diskutabilním výkonem je výměna tracheostomické kanyly. Vyhláška č.55/2011 Sb. udává, že všeobecná sestra smí provádět výměnu tracheostomické kanyly.

Na výzkumném oddělení provádí výměnu kanyly lékař. Nevím o žádném oddělení, kde by výměnu tracheostomické kanyly běžně prováděly sestry. Jak jsem již

popsala ve výzkumné části, sestry i lékaři poukazovali na vznik možných komplikací. Jedná se o komplikace, které mohou pacienta akutně ohrožovat na životě. Ani jedna skupina nepožaduje a ani nepřipouští, že by měly výkon provádět sestry. I dle mého názoru je výměna tracheostomické kanyly rizikový výkon, u kterého se mohou vyskytnout vážné komplikace.

Významný faktor, proč by sestry neměly provádět výměnu kanyly, je ten, že všeobecné sestry nemají dostatečné dovednosti tohoto výkonu. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry během studia na zdravotnických školách nezískaly potřebné množství znalostí a dovedností ohledně výměny kanyly. Sestry se učily, jak kanylu ošetřovat. K výměně kanyly se během praxe nikdy nedostaly.

Dle mého názoru by měla kompetence toho výkonu oficiálně připadnout lékařům.

Na oddělení je zvykem, že tracheostomickou kanylu vyměňují lékaři. Legislativa umožňuje výkon provádět již všeobecným sestrám. Může se stát, že na oddělení nastoupí nová všeobecná sestra, která se bude dožadovat provádění tohoto výkonu. Toto riziko se dá minimalizovat již při přijímacím pohovoru, tedy informovat nastupující sestru o zvyku oddělení. V náplni práce sester by mělo být uvedeno, že sestra pouze ošetřuje tracheostomickou kanylu.

Téma, které určitě zaslouží diskuzi a to nejen sester, ale i lékařů, možná i právníků, je regulace lineárních dávkovačů. Zastavím se hlavně u podávání vazopresorů a inzulínu. Pokud mohu čerpat z vlastní zkušenosti práce sestry na ARO, nevybavuji si, že by sestry regulovaly lineární dávkovače. Při pochybnostech správnosti aktuálního dávkování jsme volaly lékaře. O to více mne zarazily výsledky výzkumu. O praxi z jiných podobných odděleních nemám informace.

Vazopresory jsou látky regulující krevní tlak. Na zkoumaném oddělení mají sestry v denním záznamu pacienta uvedenou úvodní rychlost léku a požadavek na střední arteriální tlak, tato hodnota je viditelná na monitoru pacienta. Sestry dle této hodnoty regulují rychlost lineárního dávkovače, tzn., že upravují dávkování léku bez indikace lékaře. Nikde v legislativě není uvedeno, zda sestra smí toto provést. Jde o úpravu dávky léku bez předchozího vyšetření pacienta. Výkon tedy není definován v legislativě, nemyslím si, že by měl být tento postup dán do kompetencí sester. Na své studijní stáži ve Švédsku jsem poznala, jak v této oblasti pracují sestry. Nutno podotknout, že se jednalo o vysokoškolsky vzdělané sestry, které měly navíc farmakologický kurz. Tyto sestry mohou zvýšit dávku naordinovaného léku, ale jen do

určité hladiny, pokud je dávkování bez efektu, volají lékaře. Všimněme si rozdílu vzdělání sester a přesně definovaných podmínek podání léku. To není v našich podmínkách splněno. Otázkou k diskusi tedy je, zda je možné řídit léčbu pacienta tak, aby se standardně nemuselo často měnit dávkování vazopresorů a lékař mohl pacienta před každou změnou dávkování vyšetřit, nebo zda se standardně musí často měnit dávkování léku a není z personálních důvodů možné, aby lékař pokaždé pacienta vyšetřil a dávkování tedy změnila sestra.

Inzulín je dalším často používaným lékem podávaným lineárním dávkovačem. Sestry odebírají glykémii (hladinu krevního cukru) 3-4 denně, dle ordinace lékaře. Krev sestry odebírají ze žíly nebo prstu pacienta. Mimo tyto naordinované odběry odebírají sestry ještě dle svého uvážení, třeba 3x za službu. Dle glykémie a vlastního uvážení regulují rychlost dávkování inzulínu. Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. je uvedeno, že sestra smí „*zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky)*“. Není určeno, jak často může sestra odběr provést. Zaráží mne postoj lékařů a vedení oddělení, kteří o této praxi vědí. Toto časté odebírání krve z prstu pacienta má i další úhly pohledu. Dle mého názoru je pro pacienta píchnutí do prstu 3x za noc velice zatěžující. I když jde o drobné ranky, zůstávají po nich dlouho se hojící bolestivé hematomy. Je tedy relativní, zda je toto vyšetření pro pacienta ještě neinvazivní. Neopomenutelnou stránkou je ekonomická náročnost těchto odběrů „na víc“. Sestra musí použít dezinfekci, jehlu, tampón, diagnostický proužek. U jednoho odběru jde o korunové položky, pokud ale vynásobíme počet odběrů za noc počtem pacientů za měsíc, můžeme se dostat až na nezanedbatelnou částku.

Pokud pomínu legislativu, která neumožňuje dávkování sestrám, dostávám se k další otázce a to, zda jsou sestry dostatečně vzdělané na to, aby mohly regulovat množství léku v lineárním dávkovači. Mám osobní zkušenost, že propojení mých znalostí z oboru anatomie, fyziologie, farmakologie a dalších nastalo až po bakalářském studiu na lékařské fakultě. Všechny sestry na ARO však nejsou sestry bakalářky, proto se domnívám, že v současné době nejsou sestry na ARO dostatečně vzdělané k regulaci lineárních dávkovačů a to ani v omezené dávce a není tedy možno začít diskusi o legislativní vnesení tohoto výkonu do kompetencí sester.

Změna ventilačního režimu sestrou je stejná problematika jako předchozí odstavec. Opět pomíjím legislativu, že sestry nesmí výkon provádět, zajímá mne



praktické provedení. Mění se režim pacienta tak často, že lékaři nejsou z personálních důvodů schopni výkon provést? A jak se toto řeší na jiných odděleních? Dle mého názoru by tento výkon měli striktně provádět lékaři, poněvadž důvod změny ventilačního režimu může souviset se změnou zdravotního stavu pacienta a pacient by měl být řádně vyšetřen lékařem.

Velkým tématem k diskuzi je manažerské vedení oddělení vrchní sestrou. Výzkumem jsem zjistila, že sestry na oddělení nejsou vedeny, že se činnosti provádí dle zvyku oddělení, že jsou velké rezervy v personálním řízení. Na obranu vrchní sestry musím podotknout, že ani ona není řízena managementem organizace. Tato situace ve mně provokuje myšlenku, zda by v manažerských a vedoucích pozicích neměly být zdravotníci s manažerským vzděláním a celkově vnést do zdravotnictví více řízení. Tak jako jsou na různých odděleních požadovány různé sesterské specializace, byly by na vedoucích pozicích sestry se vzděláním z oblasti řízení. Myslím si, že situace zkoumaného oddělení není výjimečná, že tento styl vedení je stále ještě na většině oddělení v celé ČR.

Toto řešení by mohlo přinést kvalitnější péči o pacienta, snížení výskytu nozokomiálních nákaz, snížení počtu hospitalizačních dnů, celkové snížení nákladů na péči a celkový ekonomický efekt pro společnost.

S tímto návrhem souvisí oblast vzdělávání sester a dostatečné množství kvalitních studijních programů řízení ve zdravotnictví.

Témata, která jsou uvedena v této diskuzi, jsou vhodná pro širší jednání odborných sesterských a lékařských společností. Výsledky těchto jednání závisí hlavně na ochotě projednávat a řešit tato témata a na spolupráci mezi sesterskými a lékařskými společnostmi. Až po vzájemné shodě může být informováno MZ, které může podat návrh na úpravu legislativy.

# ZÁVĚR

Tématem této diplomové práce bylo zjistit, jak dodržují sestry na ARO legislativu v oblasti svých kompetencí a jaké faktory mají vliv na dodržování legislativy. Nešlo mi o výčet výkonů, a zda je sestry provádějí či ne, ale zda jsou sestry a jejich činnosti něčím ovlivňovány. Proto jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Pomocí rozhovorů jsem zjišťovala vztahy a souvislosti ovlivňující práci sester. Celkem jsem provedla 14 rozhovorů, zastoupeny byly sestry specialistky i všeobecné sestry, dále pak lékaři a vedení oddělení.

Cílem práce bylo zjistit:

- Jaké výkony sestry provádějí?
- Existuje závislost mezi provedením výkonu a okolností, kdy je výkon prováděn? Např. při výjimečné situaci, akutnosti provedení?
- Ovládá sestra požadovaný výkon?
- Znají sestry své kompetence?
- Jaký je postoj lékařů ke kompetencím sester?
- Jaký je postoj vedení, primáře a vrchní sestry, ke kompetencím sester?
- Existují ještě další regulační opatření v působení sester na oddělení než jen jasně daná legislativa?

Analýza přinesla zjištění, jaké výkony sestry provádějí a že činnosti sester ne vždy odpovídají platné legislativě. Sestry na zkoumaném oddělení nejsou seznámeny s platnou legislativou, sestry pravidelně nikdo neinformuje, na oddělení se pracuje dle zvyku, skupinových norem a tradice. Rozdělení výkonů mezi sestry a lékaře je stále stejné, není ničím ovlivňováno např. akutní situací. Požadavkem lékařů je, aby byl naordinovaný výkon proveden, nepátrají po kompetentnosti sestry. Primář oddělení spoléhá na vrchní sestru, že vede řízení sester dle kompetencí v patrnosti. Vrchní sestra pracuje dle zaběhlé praxe. V organizaci není zřízeno oddělení pro kvalitu, kvalita není systematicky řízena, management organizace nenastavil procesy kvality. Vedení oddělení nikdo v oblasti kvality a nastavení dalších procesů nikdo neřídí, takže ani samo vedení oddělení nevede sestry.

Na základě těchto výsledků byla vydefinována doporučení pro vedení oddělení. Tato doporučení jsou rozdělena do 3 oblastí – intervence přímo na oddělení, intervence na management organizace a intervence na odborné sesterské a lékařské společnosti.

Na začátku práce jsou vymezeny teoretické pojmy, přehled platné legislativy, základní pojmy kvality, které se vztahují k tématu práce. V další části práce je popsána metodologie výzkumu a výsledky výzkumu. Na základě výsledků jsou uvedena doporučení. Navazuje diskuze, kde jsou zmíněny problematické oblasti sesterské práce, jako jsou výměna tracheostomické kanyly, aplikace injekcí a infuzí u dětí do 3 let, dávkování lineárních dávkovačů. Je zde také zmíněna problematika vedoucích pracovníků jako manažerů. Domnívám se, že témata v diskuzi jsou vhodná k přednesení na setkáních odborných sesterských a lékařských společností.

Zjištění uvedená v této práci se týkají pouze jednoho ARO. Toto oddělení je však běžným oddělením, kterých najdeme v ČR desítky. Proto se, dle mého názoru, uvedená problematika jistě dotýká i dalších pracovišť.

Přeji si, aby se do zdravotnictví vneslo více managementu, aby na vedoucích pozicích působili sestry a lékaři se znalostmi z oblasti řízení. Tento posun bude mít jistě pozitivní vliv na pacienty, na jejich bezpečnější péči, na rychlejší uzdravení a zlepšení kvality jejich života. Tím zároveň očekávám i pozitivní ekonomický výsledek, což by mělo přínos pro celou společnost.

## Seznam použité literatury a další zdroje

ALEXANDER, M. F. 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Brno. ISBN 80-7013-392-9

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BEDNÁŘ, Vojtěch a kol. 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4211-3.

BEDRNOVÁ, Eva. 2002. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, ISBN 80-726-1064-3.

DISMAN, Miroslav. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. nezměněné vydání Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

GLADKIJ, Ivan. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 80-722-6996-8.

GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a Helen R DICROCE. 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Překlad Jana Heřmanová, Věra Topilová. Praha: Grada. ISBN 80-247-0267-3.

HANDL, Zdeněk. 1999. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči - vybrané kapitoly*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3291-4.

HRONÍK, František. 2007. *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1457-8.

IVANOVÁ, Kateřina. 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3442-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4718-309.

KOTTER, John Paul. 2000. *Vedení procesu změny: Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Vyd. 1. Praha: Management Press. ISBN 80-726-1015-5.

KOUBEK, Josef. 2001. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 3. vyd. Praha: Management Press. ISBN 80-726-1033-3.

NAKONEČNÝ, Milan. 2005. *Sociální psychologie organizace*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0577-X.

PLEVOVÁ, Ilona. 2012. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4738-710.

PROŠKOVÁ, E. 2010. *Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků*. In Florence. 2010, roč. VI, č. 10. ISSN 1801-464X

ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. 2002. *Ošetřovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 80-860-7396-3.

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

VLČEK, František. 2009. *Řízení kompetencí zdravotnického personálu v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče*. Disertační práce. Olomouc: Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP.

### **Webové stránky:**

ICN [online]. *About ICN*. 2010, [cit. 2011-04-08]. Dostupné z: <<http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/>>.

JURÁSKOVÁ, D. [online]. *Zákon č. 96/2004 Sb. a jeho vliv na ošetrovatelskou praxi*. [cit. 2011-03-23] Dostupné na: <<http://mpece.com>>.

Jihočeská univerzita, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence [online]. 2010. *Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou*. [cit. 2014-04-23] Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2010/561-predavani-kompetenci-mezilekarem-a-sestrou>

NCONZO. [online]. 2014. *O nás*. [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/nconzo>.

Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta [online]. 2006. *Organizace studia ošetrovatelství*. [cit. 2013-12-12] Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/I-organizace%20studia%20osetrovatelstvi.pdf>.

Praha MZ – NCO NZO Brno [online]. 2014. *Vše o kreditním systému*. [cit. 2014-04-14]. Dostupné z [http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=65772a38-78db-4c83-b74b-0eab4875c04a&groupId=10900](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=65772a38-78db-4c83-b74b-0eab4875c04a&groupId=10900).

### **Zákonné a jiné normy:**

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v platném znění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, v platném znění

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

Věstník MZ ČR č. 2/2006, Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

Věstník MZ ČR č.6/2009, Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Věstník MZ ČR č.5/2012, Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

## **Seznam použitých zkratk**

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

ČR – Česká republika

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

MZ – ministerstvo zdravotnictví

NCONZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola



## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Přehled výkonů a sesterských kompetencí

## **Seznam obrázků**

Obr. 1 Struktura organizace

Obr. 2 Vztah sestry

## **Seznam příloh**

Příloha 1 Projekt diplomové práce