



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu

Fulfilling the competencies of members of a nursing team

Zdeňka Mikšová ^{a*}, Martin Šamaj ^b, Lenka Machálková ^a, Kateřina Ivanová ^c^a Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství^b Fakultní nemocnice Olomouc^c Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2013-07-24

Received in revised form:

2014-02-07

Accepted: 2014-02-14

Published online: 2014-06-23

Keywords:

Competency

Paramedical staff

Nurse

Medical assistant

Nursing assistant

Orderly

Nursing team

Competency management

ABSTRACT

The paper deals with the competencies of individual members of a nursing team. The aims of the paper were to describe the current state of fulfilling the competencies of members of nursing teams in inpatient facilities in the Czech Republic as perceived by managers of non-medical professions; to compare the differences in activities of the nursing process, and to assess the needs and education of patients in different types of health-care facilities. The research was conducted using quantitative research methods applying a questionnaire technique of personal design. Individual items were formulated on the basis of the legally established competencies of paramedical staff and expert recommendations, which ensured the content validity of the questionnaire. Results showed that all members of a nursing team perform activities beyond their “internal” and “external” competencies or do not fulfil them at all. The differences between various types of health-care facilities in implementing activities of the nursing process and evaluating the self-sufficiency and education of patients were not established. Activities that are solely the responsibility of nurses are being provided by other medical staff members (medical assistants, nursing assistant and orderlies). In contrast, nurses significantly contribute to performing less skill-required care. This situation not only does not meet the requirements of safe and quality nursing care, but it also directly affects the rights of patients to receive medical services at the appropriate level of expertise and the responsibility of providers to ensure quality health services. The failure to use competency management of members of a nursing team represents an inefficient process within the personnel management of health-care facilities.

SOUHRN

Příspěvek se zabývá problematikou kompetencí jednotlivých členů ošetrovatelského týmu. Cílem práce byla deskripce současného stavu naplňování kompetencí členy ošetrovatelského týmu v lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR z pohledu top manažerů nelékařských profesí, dále porovnání rozdílů v činnostech ošetrovatelského procesu, vyhodnocení potřeb a edukace pacientů v jednotlivých typech zdravotnic-

* **Korespondenční autor:** Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D., Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství, třída Svobody 8, 771 11 Olomouc; e-mail: zdenka.miksova@upol.cz
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.02.002>

Klíčová slova:

kompetence
 nelékařský zdravotnický
 pracovník
 všeobecná sestra
 zdravotnický asistent
 ošetřovatel – sanitář
 ošetřovatelský tým
 kompetenční management

kých zařízení. Výzkumné šetření bylo realizováno s využitím kvantitativní výzkumné metody s aplikací techniky dotazníku vlastní konstrukce. Jednotlivé položky byly formulovány na základě právně stanovených kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků a doporučení odborníků, čímž byla zajištěna obsahová validita dotazníku. Výsledky šetření ukázaly, že u všech členů ošetřovatelského týmu dochází k překračování či nenaplnění „vnějších“ i „vnitřních“ kompetencí. Rozdíly mezi jednotlivými typy zdravotnických zařízení v realizaci činností ošetřovatelského procesu, hodnocení soběstačnosti a edukace pacienta nebyly prokázány. Činnosti, které jsou výhradně v kompetenci všeobecné sestry, zajišťují i jiní zdravotničtí pracovníci (zdravotnický asistent, ošetřovatel i sanitář). Naproti tomu sestra se výraznou měrou podílí na méně kvalifikovaných výkonech péče. Tento stav nejen že nesplňuje požadavky bezpečné a kvalitní ošetřovatelské péče, ale přímo se dotýká i práva pacientů na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni a povinnosti poskytovatelů zajistit kvalitní zdravotní služby. Nevyužívání managementu kompetencí členy ošetřovatelského týmu představuje neefektivní proces v rámci personálního řízení zdravotnických institucí.

© 2014 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
 Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Jednotliví členové ošetřovatelského týmu realizují v rámci svých rolí odborné činnosti, ke kterým získali předpoklady a schopnosti v rámci svého vzdělání (vnitřní kvalita jedince – „vnitřní kompetence“) a ke kterým získali oprávnění (pravomoc) na základě ustanovení příslušných právních norem a vymezení zaměstnavatelem („vnější kompetence“) [1, 2, 3, 4]. Kompetence dané pracovníkovi „zvenčí“ představují vymezení činností pro určitou pracovní pozici, které jsou spojeny s odpovědností za jejich standardní provedení. Povinností každého zdravotnického zařízení je stanovit pracovníkovi náplň práce, tzn. vymezit kompetence k výkonu určitých činností, aktualizovat je a provádět kontrolu jejich dodržování [5]. Vymezení kompetencí pro příslušné zdravotnické profese a jejich implementace je pak podmínkou bezpečné a kvalitní praxe [6, 7].

Výkon ošetřovatelského povolání představuje naplňování pracovních kompetencí zahrnujících pravomoc vykonávat činnosti díky předpokladům získaným vzděláním a odpovědnost za jejich standardní provedení. I přes právně vymezené kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků nastávají v praxi situace, kdy jednotliví členové ošetřovatelského týmu vykonávají činnosti mimo rámec svých kompetencí [8]. Vzděláním a rozvojem získané kompetence tak nenacházejí vždy náležitou odezvu v praktické realizaci ošetřovatelské péče. Všeobecné kompetence nelékařských povolání vymezuje zákon [3] a podrobněji rozpracovává vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků platná od 14. 3. 2011 [4]. Vyhláška vymezuje činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků, kterými je může zaměstnavatel pověřit. Nejedná se o pouhý seznam činností, ale jde o soupis oprávnění k poskytování zdravotní péče bez přímé vázanosti na dosaženou úroveň vzdělání. Další pracovněprávní předpisy (např. nařízení vlády) určují, do které platové třídy bude zdravotnický pracovník začleněn na podkladě nejobtíž-

nějších prováděných činností [9]. Činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků jsou stanoveny kombinací obecných a konkrétních příkladů a uvozeny slovem „zejména“. Skutečnost, že určitý výkon není v příkladném výčtu, neznamená, že jej pracovník není oprávněn vykonat. Zdravotnický pracovník je způsobilý vykonávat také další činnosti spadající pod obecnou definici, pokud jde o činnost obdobnou z hlediska náročnosti na znalosti, dovednosti a rizika pro pacienta. Zmíněná vyhláška o činnostech stanovuje v podstatě maximum, které je příslušník dané profese způsobilý vykonávat [3, 4, 10].

Všeobecná sestra realizuje čtyři základní oblasti kompetencí: *autonomní – nezávislé, kooperativní – závislé*, kompetence v oblasti výzkumu a vývoje a v oblasti řízení ošetřovatelské péče [11]. Z definice ošetřovatelské péče je odvozena role všeobecné sestry při uspokojování potřeb pacienta, které vznikly nebo byly změněny v souvislosti s poruchou zdravotního stavu, zachování nebo navrácení soběstačnosti či při péči o nevléčitelně nemocné [4]. Všeobecná sestra sama vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů za použití měřicích technik. Dále např. sleduje a hodnotí fyziologické funkce, pozoruje a hodnotí stav pacienta, zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, odsává sekrety z horních cest dýchacích, provádí nácvik obsluhy, edukuje pacienta, orientačně hodnotí sociální situaci pacienta a vede o každém pacientovi ošetřovatelskou dokumentaci a samostatně zasahuje v rámci svých pravomocí (nezávislé činnosti). U výkonů, které všeobecná sestra provádí na základě indikace lékaře nebo ve spolupráci s lékařem, nejsou také taxativně vyjmenovány všechny výkony. Pokud ve výčtu není uveden konkrétní výkon, neznamená to, že k němu není všeobecná sestra způsobilá. Lékař má možnost svojí indikací do jisté míry rozšiřovat kompetence všeobecné sestry, pokud jde o přípravu, asistenci a ukončování výkonů [3, 4]. Jedná se o uplatnění principu obecné definice s příkladným výčtem

konkrétních činností, které svojí náročností na znalosti a dovednosti a rizikem komplikací odpovídají výkonům, které uvádí vyhláška, např. podávání léčivých přípravků, aplikace kyslíkové terapie, ošetřování akutních a operačních ran, katetrizace močového měchýře, výměna a ošetření tracheostomické kanyly, zavádění nazogastrické sondy, zajištění výživy sondou apod. Pod odborným dohledem lékaře může všeobecná sestra aplikovat nitrožilně krevní deriváty, asistovat při podávání transfuzí atd. [4, 10, 12].

Zdravotnický asistent poskytuje ošetrovatelskou péči z větší části pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky, např. sleduje fyziologické funkce a stav pacienta, pečuje o vyprazdňování, rozděljuje stravu pacientům, zajišťuje aplikaci tepla a chladu apod. Bez odborného dohledu může realizovat ošetrovatelskou péči spojenou se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů. Pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí může poskytovat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Ve spolupráci s lékařem se podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči [4, 13]. Zdravotnický asistent je plnohodnotným členem ošetrovatelského týmu, je odpovědný za standardní provedení výkonů v rámci svých kompetencí.

Ošetrovatel není oprávněn poskytovat ošetrovatelskou péči samostatně, ale pouze pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu. Ve spolupráci s lékařem se podílí na léčebné, rehabilitační, neodkladné a diagnostické péči. Pod přímým vedením zdravotnických pracovníků může např. asistovat při určených ošetrovatelských, diagnostických nebo léčebných výkonech [3, 4].

Všeobecný sanitář vykonává pod odborným dohledem či přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu pomocné a obslužné činnosti při poskytování ošetrovatelské, preventivní, léčebné a diagnostické péče. Základní ošetrovatelskou péči může vykonávat pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky v rozsahu své odborné způsobilosti, např. asistovat při provádění hygienické péče, při polohování pacienta, podávání stravy apod. [4].

Management kompetencí představuje řízení dle kompetencí jednotlivých členů ošetrovatelského týmu, kdy každý člen týmu má jasně vymezené činnosti, které vykonává na základě svých „vnitřních kompetencí“ (znalostí, vědomostí, dovedností, schopností, postojů apod.). Pokud každý člen v týmu realizuje činnosti v rámci svých kompetencí a neparticipuje na činnostech, které mu nepřísluší, pracuje tým efektivně a plní cíle, kterými je pověřen [7]. Nedbalost nebo nedůslednost jednoho člena ošetrovatelského týmu může oslabit celý proces poskytování zdravotní péče a vést k vážným komplikacím zdravotního stavu pacienta [14]. Hranice mezi jednotlivými profesemi týmu nemusejí být vždy jasné a některé činnosti může vykonávat více profesí, může dojít k průniku v obsahu povolání [15]. Může docházet k překračování kompetencí členů týmu týkajících se vykonávání činností, ke kterým pracovník nemá předpoklady (znalosti, dovednosti), nebo činností, které nemá pracovník stanoveny ve své pracovní náplni. Obě situace představují narušení managementu kompetencí ve vztahu

k právnímu prostředí. Popsané situace jsou poměrně častým jevem zdravotnické praxe, a to i navzdory platnosti zákona o zdravotní péči, který deklaruje právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni a poskytovateli zdravotních služeb ukládá povinnost poskytovat zdravotní služby na patřičné odborné úrovni [16].

Cílem práce byla deskripce současného stavu naplňování kompetencí jednotlivými členy ošetrovatelského týmu v lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR z pohledu top manažerů nelékařských profesí a porovnání rozdílů v činnostech ošetrovatelského procesu, vyhodnocení potřeb, úrovně soběstačnosti a edukace pacientů v jednotlivých typech zdravotnických zařízení.

Metodika a charakteristika souboru

Ve výzkumném šetření byla užita kvantitativní výzkumná metoda s aplikací techniky dotazníku vlastní konstrukce, který byl kromě identifikačních údajů rozčleněn na 4 oblasti v souvislosti k záměrům projektu Strategický koncept k transformaci nelékařských zdravotnických povolání v České republice (IGA MZ ČR č. ID.KÓD-NT12067-3/2011). Položky první oblasti dotazníku, zaměřené na vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků s duplicitní pregraduální přípravou na vyšších odborných a vysokých školách, byly koncipovány s využitím dílce „zákona o nelékařích“ [3]. Druhá řešená oblast – kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků – kopírovala činnosti jednotlivých členů ošetrovatelského týmu vymezené právními dokumenty, zákonem a vyhláškou [3, 4]. Položky oblastí týkajících se uplatňování odborného dohledu a metodického vedení ošetrovatelské a nelékařské péče byly koncipovány na základě doporučení odborníků, členů Komise pro transformaci nelékařských zdravotnických povolání MZ ČR [17]. Východiskem pro formulaci položek vztahujících se k registraci nelékařů a jejich specializačnímu vzdělávání byly legislativní dokumenty – zákon a nařízení vlády [3, 18]. Vzhledem k neexistenci standardizovaného nástroje výzkumu byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Podkladem byly právní dokumenty a doporučení odborníků zdravotnického systému. Byl tak vytvořen obsahově validní nástroj pro výzkumné šetření.

Pro potřeby příspěvku byly využity jen informace týkající se identifikačních údajů a kompetencí členů ošetrovatelského týmu. Položky v těchto částech dotazníku měly charakter otevřených a uzavřených otázek [19]. Čtyřicet kategorií položek zjišťujících podíl jednotlivých členů ošetrovatelského týmu na péči obsahovalo ošetrovatelské činnosti vyplývající z příslušných ustanovení vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků [4]. Respondenti formou procentuálního vyjádření hodnotili účast jednotlivých členů ošetrovatelského týmu na realizaci příslušných činností s tím, že součet podílů členů týmu představoval 100 %. Kategorizační položky byly zaměřeny na identifikaci zdravotnické instituce a respondenta. Zde bylo využito členění zdravotnických institucí dle ÚZIS na 14 kategorií [20]. Identifikační údaje představovaly informace o pracovní pozici, dosaženém vzdělání a věku [19].

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2003 a počítačového statistického softwaru SPSS verze 15. V rámci prvního stupně třídění byla zjišťována míra podílu členů týmu na jednotlivých ošetrovatelských výkonech. Data byla uspořádána do šesti kategorií dle kritérií vycházejících z právních dokumentů – zákona a vyhlášky [3, 4]:

1. kategorie: Činnosti spadající pouze do kompetence všeobecné sestry
2. kategorie: Činnosti, které nejsou v kompetenci všeobecné sestry
3. kategorie: Činnosti spadající pouze do kompetence zdravotnického asistenta
4. kategorie: Činnosti, které nejsou v kompetenci zdravotnického asistenta
5. kategorie: Činnosti, které nejsou v kompetenci ošetrovatele
6. kategorie: Činnosti, které nejsou v kompetenci sanitáře

Získaná data byla zpracována v rámci popisné statistiky s uvedením nominální a relativní četnosti, minima, maxima, mediánu a relativní odchylky. Pro interpretaci výsledků byly využity údaje relativních četností. Na základě vymezených kritérií byly vybrány ošetrovatelské činnosti jednotlivých členů ošetrovatelského týmu s tím, že pro prezentaci do grafů byla u kategorií 5 a 6 zvolena minimální hranice četností 1 %.

Pro prokázání statisticky významných rozdílů při vyhodnocení jednotlivých činností byly použity jednovýběrové t-testy. Výsledky jednovýběrových t-testů byly validovány i jednovýběrovými neparametrickými testy.

Pro potvrzení případných rozdílů mezi jednotlivými typy zdravotnických institucí při zajištění činností ošetrovatelského procesu a edukace byly použity Kruskal-Wallisovy testy. Všechny testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05. Vzhledem k rozložení četností byly porovnávány čtyři typy zdravotnických zařízení – nemocnice přímo řízené MZ ČR, nemocnice přímo řízené krajem, městem, obcí, nemocnice soukromé a nemocnice následné péče a léčebny pro dlouhodobě nemocné.

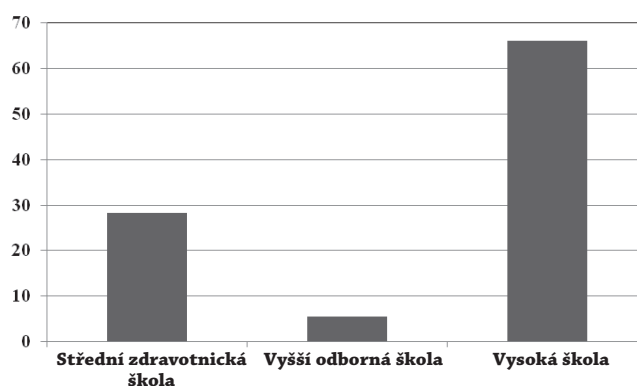
Šetření proběhlo v období od 20. 9. do 30. 10. 2011. Respondenti byli vybráni účelově ve vztahu k cílům. Byla oslovena všechna lůžková zdravotnická zařízení v evidenci ÚZIS (155 institucí) – nemocnice, hospice, léčebny pro děti i dospělé, ústavy, ozdravovny, dotazník byl konkrétně směřován na pracovníka zastávajícího nejvyšší pozici manažera (top manager) pro nelékařská povolání – náměstky, hlavní sestry, vedoucí sestry. Respondenty výzkumu byli manažeři odpovídající za zajištění ošetrovatelské péče, nelékařští zdravotničtí pracovníci, ve většině případů všeobecné sestry. Pomocí e-mailové korespondence byly distribuovány dotazníky na e-mailové kontakty vedené ÚZIS, aby byla zajištěna jejich aktuálnost. Zapojení jednotlivých zdravotnických institucí bylo podpořeno předáním informací na poradě top managerů pro nelékařská zdravotnická povolání pořádané MZ ČR dne 20. 9. 2011. Vyplněné dotazníky byly respondenty zaslány na adresu hlavního řešitele projektu. Návratnost činila 64,45 %, byly zpracovány údaje 72 dotazníků.

Výsledky

Šetření se zúčastnilo 57 nemocnic, 12 léčeben, 2 hospice a 1 rehabilitační ústav. V tabulce 1 je uvedeno konkrétní členění zúčastněných zdravotnických institucí. Z celkového počtu 72 respondentů – top managerů zdravotnických institucí bylo 20 (28,2 %) absolventů středních zdravotnických škol, 4 (5,6 %) vyšších odborných škol a 47 (66,2 %) vysokých škol, jak uvádí graf 1 (jeden respondent neuvedl vzdělání, procenta jsou tedy počítána ze 71 respondentů). Nejpočetnější zastoupení v souboru respondentů měla věková kategorie 46–55 let (41,7 %), nejméně početná byla kategorie do 35 let (9,7 %), která byla téměř shodná s kategorií nad 56 let (11,1 %). Kategorie 36–45 let byla zastoupena 27 (37,5 %) respondenty, jak vyplývá z grafu 2.

Tabulka 1 – Členění zúčastněných zdravotnických institucí

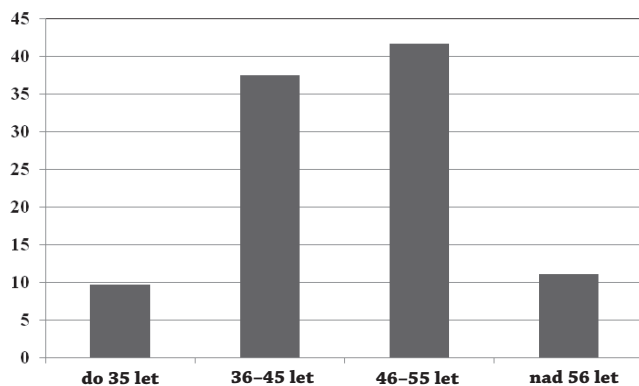
Zařízení	Četnost	%
Nemocnice přímo řízené MZ ČR	14	19,4
Nemocnice řízené krajem, obcí	29	40,3
Nemocnice soukromé	10	13,9
Nemocnice následné péče	4	5,6
Hospice	2	2,8
Léčebny dlouhodobě nemocných	4	5,6
Rehabilitační ústavy pro dospělé	1	1,4
Psychiatrické léčebny pro dospělé	4	5,6
Lázeňské léčebny pro dospělé	4	5,6



Graf 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání top managerů (údaje v %)

Činnosti spadající pouze do kompetence všeobecné sestry

Z grafu 3 je zřejmé, že ne všechny činnosti, které jsou právními dokumenty výhradně určeny do kompetence všeobecné sestry, jsou také sestrou realizovány. Jak uvádí graf 3, nejméně je tento požadavek respektován u orientačního hodnocení fyziologických funkcí, které je zajišťováno sestrou jen z 62,3 %, nejvíce pak u činnosti „aplikace i.v.



Graf 2 – Struktura respondentů dle věkových kategorií (údaje v %)

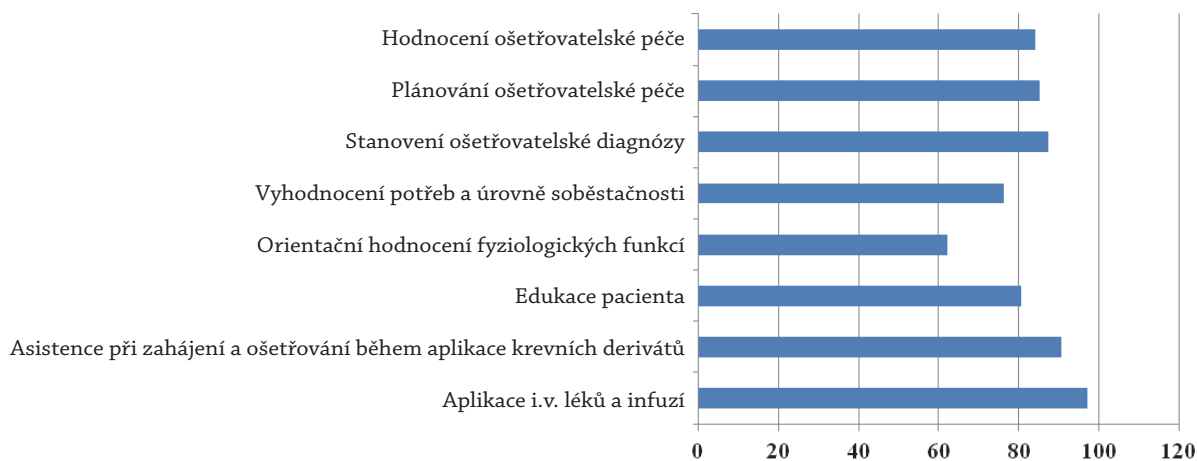
léků a infuzí“ – 97,2 %, následuje „asistence při zahájení a ošetřování během aplikace krevních derivátů“ – 90,7 %. U činností „vyhodnocení soběstačnosti“ (76,3 %), „edukace pacienta“ (80,7 %), „stanovení ošetřovatelské diagnózy“ (87,3 %), „plánování“ (85,2 %) a „hodnocení ošetřovatelské péče“ (84,2 %) se míra jejich zajištění sestrou pohybuje od 76,3 do 87,3 %. U všech činností, které jsou výhradně v kompetenci všeobecné sestry, byly prokázány statisticky

významné rozdíly mezi pozorovanými průměrnými hodnotami procentuálního podílu sestry při realizaci těchto činností a očekávanou situací, tedy že tyto činnosti má zajišťovat pouze všeobecná sestra, $p < 0,0001$ ve všech případech.

Při realizaci jednotlivých kroků ošetřovatelského procesu (získávání informací, vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování, hodnocení) byly jednovýběrovými t-testy prokázány statisticky významné rozdíly mezi pozorovanými průměrnými hodnotami procentuálního podílu všeobecných sester při realizaci těchto činností a očekávanou situací, tedy že tyto činnosti má zajišťovat pouze sestra. Ve všech případech byla dosažena hladina významnosti $p < 0,0001$. Popisná statistika výsledků prezentovaných v grafu 3 je uvedena v tabulce 2.

Činnosti, které nejsou v kompetenci všeobecné sestry

Graf 4 prezentuje činnosti, které nejsou právními dokumenty určeny do kompetence všeobecné sestry a neměly/nemusely by být sestrou realizovány. Nejvíce je tento stav porušován u činností „podávání léčebné výživy“ – 51,8 % a u činností „péče o vyprazdňování“ (44,1 %) a „aplikace tepla a chladu“ (41,5 %), na kterých se sestra podílí více než



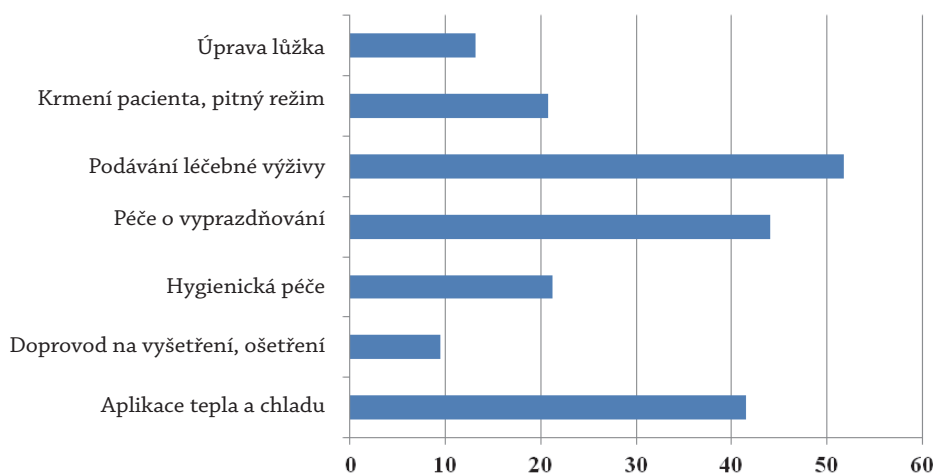
Graf 3 – Míra zajištění činností sestrou u ošetřovatelských činností, kterou jsou pouze v kompetenci všeobecné sestry (údaje v %)

Tabulka 2 – Míra zajištění činností sestrou u ošetřovatelských činností, kterou jsou pouze v kompetenci všeobecné sestry

Činnost	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Hodnocení ošetřovatelské péče	84,2	20,6	95	0	100
Plánování ošetřovatelské péče	85,2	20,0	100	0	100
Stanovení ošetřovatelské diagnózy	87,3	17,4	100	50	100
Vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti	76,3	21,8	80	0	100
Orientační hodnocení fyziologických funkcí	62,3	30,7	55	0	100
Edukace pacienta	80,7	24,4	90	0	100
Asistence při zahájení a ošetřování během aplikace krevních derivátů	90,7	17,2	100	50	100
Aplikace i.v. léků, infuzí	97,2	8,8	100	50	100

ze 40 %. Z 1/5 se sestra podílí na zajištění „komplexní hygienické péče“ (21,2 %), „pitného režimu a krmení pacienta“ (20,8 %), z 13,1 % zajišťuje „úpravu lůžka“ a z 9,5 % „doprovod pacienta na vyšetření a ošetření“. U všech zkoumaných činností byly prokázány statisticky významné rozdíly mezi pozorovanými průměrnými hodnotami procentuálního

podílu všeobecné sestry při realizaci těchto činností a očekávanou situací, tedy že tyto činnosti všeobecná sestra nemá zajišťovat vůbec. Hladina významnosti $p < 0,0001$ ve všech případech. Popisná statistika výsledků prezentovaných v grafu 4 je uvedena v tabulce 3.



Graf 4 – Míra zajištění činností sestrou u ošetrovatelských činností, které nejsou v kompetenci všeobecné sestry (údaje v %)

Tabulka 3 – Míra zajištění činností sestrou u ošetrovatelských činností, které nejsou v kompetenci všeobecné sestry

Činnost	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Úprava lůžka	13,1	11,1	10	0	50
Krmení pacienta, pitný režim	20,8	18,0	20	0	100
Podávání léčebné výživy	51,8	32,7	50	0	100
Péče o vyprazdňování (očistné klyzma, ...)	44,1	27,8	45	0	100
Hygienická péče	21,2	18,0	20	0	100
Doprovod na vyšetření, ošetření	9,5	14,6	10	0	100
Aplikace tepla a chladu	41,5	26,6	43	0	100

Činnosti spadající pouze do kompetence zdravotnického asistenta

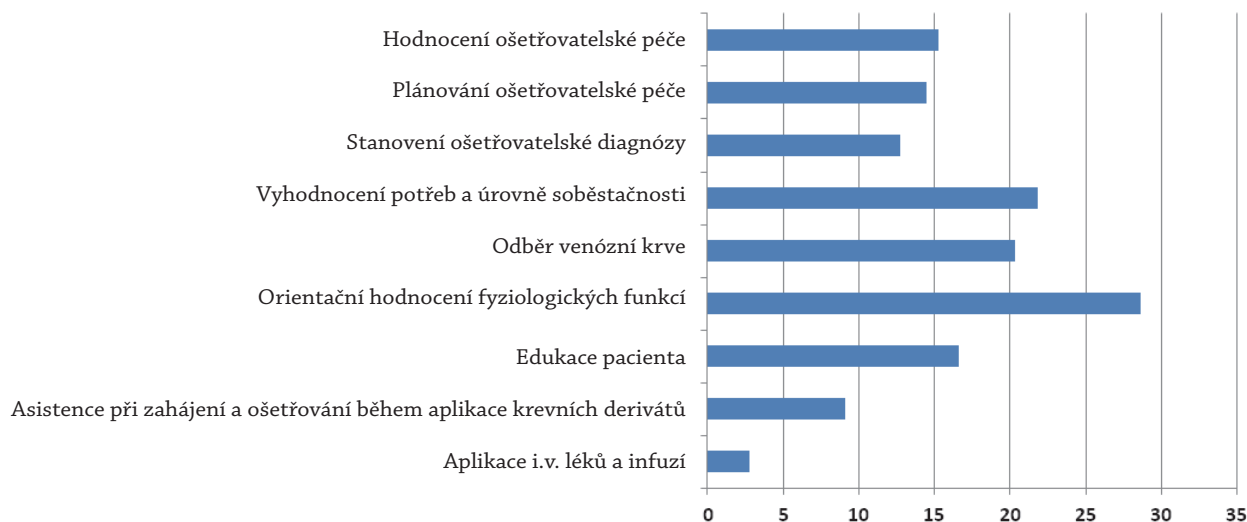
Činnost, která jako jediná je v právních dokumentech stanovena v kompetenci zdravotnického asistenta (aplikace tepla a chladu), je tímto pracovníkem zajišťována pouze z 29,5 %. Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými průměrnými hodnotami procentuálního podílu zdravotnického asistenta při realizaci této činnosti a očekávanou situací, tedy že tuto činnost má zajišťovat pouze tento pracovník. Dosažená hladina významnosti $p < 0,0001$.

Činnosti, které nejsou v kompetenci zdravotnického asistenta

Graf 5 představuje činnosti, které nejsou právními dokumenty určeny do kompetence zdravotnického asistenta

a neměly by být tímto pracovníkem realizovány. Nejvíce je tento stav porušován u činností „orientační hodnocení fyziologických funkcí“ (28,6 %), „vyhodnocení soběstačnosti pacienta“ (21,8 %) a v rámci „odběru venózní krve“ (20,3 %), „stanovení ošetrovatelské diagnózy“ (12,7 %), „hodnocení ošetrovatelské péče“ (15,3 %), „plánování a hodnocení ošetrovatelské péče“ (14,5 %) a „edukace pacienta“ (16,6 %). Z 9,1 % dokonce participuje na „asistenci při zahájení a ošetřování během aplikace krevních derivátů“, a nejméně – ze 2,8 % na „aplikaci i.v. léků a infuzí“. U všech zkoumaných činností byly prokázány statisticky významné rozdíly mezi pozorovanými průměrnými hodnotami procentuálního podílu zdravotnického asistenta při realizaci těchto činností a očekávanou situací, tedy že tyto činnosti zdravotnický asistent nemá zajišťovat vůbec.

Dosažená hladina významnosti $p < 0,0001$ ve všech případech. Popisná statistika výsledků prezentovaných v grafu 5 je uvedena v tabulce 4.



Graf 5 – Míra zajištění činností zdravotnickým asistentem u ošetrovatelských činností, které nejsou v jeho kompetenci (údaje v %)

Tabulka 4 – Míra zajištění činností zdravotnickým asistentem u ošetrovatelských činností, které nejsou v jeho kompetenci

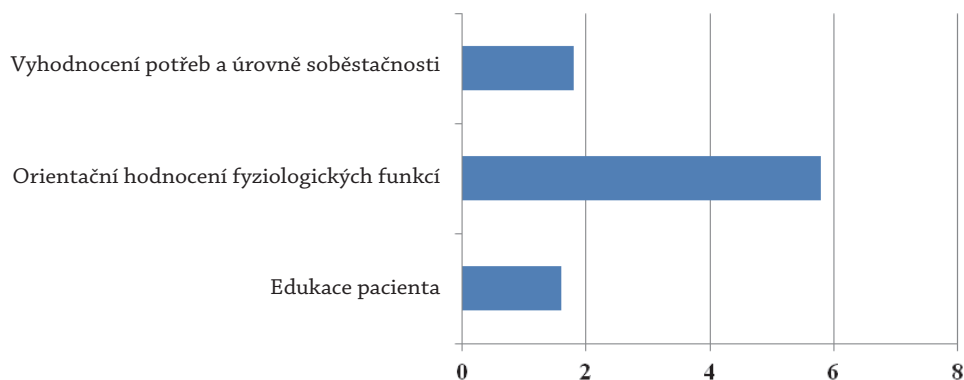
Činnost	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Hodnocení ošetrovatelské péče	15,3	20,6	4	0	100
Plánování ošetrovatelské péče	14,5	20,0	0	0	100
Stanovení ošetrovatelské diagnózy	12,7	17,4	0	0	50
Vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti	21,8	21,1	20	0	100
Odběr venózní krve	20,3	20,5	20	0	50
Orientační hodnocení fyziologických funkcí	28,6	25,1	28	0	100
Edukace pacienta	16,6	22,4	10	0	100
Asistence při zahájení a ošetřování během aplikace krevních derivátů	9,1	17,3	0	0	50
Aplikace i.v. léků, infuzí	2,8	8,8	0	0	50

Činnosti, které nejsou v kompetenci ošetrovatele

V grafu 6 jsou demonstrovány činnosti, které nejsou právními dokumenty určeny do kompetence ošetrovatele a neměly by být tímto pracovníkem realizovány. Nejvíce je tento požadavek překračován u činnosti „orientační hodnocení fyziologických funkcí“ (5,8 %), u činnosti „vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti pacienta“ (1,2 %) a v rámci výkonu „edukace pacienta“ (1,6 %). Překročení kompetencí ošetrovatele u činnosti „plánování a hodnocení ošetrovatelské péče“ (0,1 %) nepřesáhlo stanovenou minimální hranici pro prezentaci v grafu. U všech činností byly prokázány statisticky významné rozdíly mezi pozorovanými průměrnými hodnotami procentuálního podílu ošetrovatele při realizaci těchto činností a očekávanou situací, tedy že tyto činnosti ošetrovatel nemá vykonávat. Dosažená hladina významnosti $p < 0,05$ ve všech případech. Popisná statistika výsledků prezentovaných v grafu 6 je uvedena v tabulce 5.

Činnosti, které nejsou v kompetenci sanitáře

Graf 7 uvádí činnosti, které nejsou právními dokumenty přiděleny do kompetence sanitáře a neměly by být tímto pracovníkem vykonávány. Tato situace není respektována u řady ošetrovatelských výkonů. Nejvíce pak u činností „aplikace tepla a chladu“ (9,1 %), „rehabilitační ošetřování“ (9,8 %) a podávání léčebné výživy“ (7,5 %). Na výkonech „orientační hodnocení FF“, „měření a sledování FF“, „péče o permanentní katétr“ a „příprava pacienta k diagnostickým a léčebným výkonům“ se sanitář podílí přibližně 3 %. Ze 2,3 % participuje na „aplikaci inhalační kyslíkové terapie“ a v rozmezí 1,1–1,8 % na činnostech „aplikace výživy sondou a stomiemi“, „edukace pacienta“, ošetřování chronických ran“ a „péče o drény“. Podíl sanitáře na „katetrizaci močového měchýře“ (0,6 %), „odsávání z dýchacích cest“ (0,4 %), „ošetřování akutních ran“ (0,8 %), „ošetřování tracheostomické kanyly“ (0,4 %), „podávání léků do ucha, nosu, na kůži“ (0,9 %), „vyhodnocení potřeb a úrovně



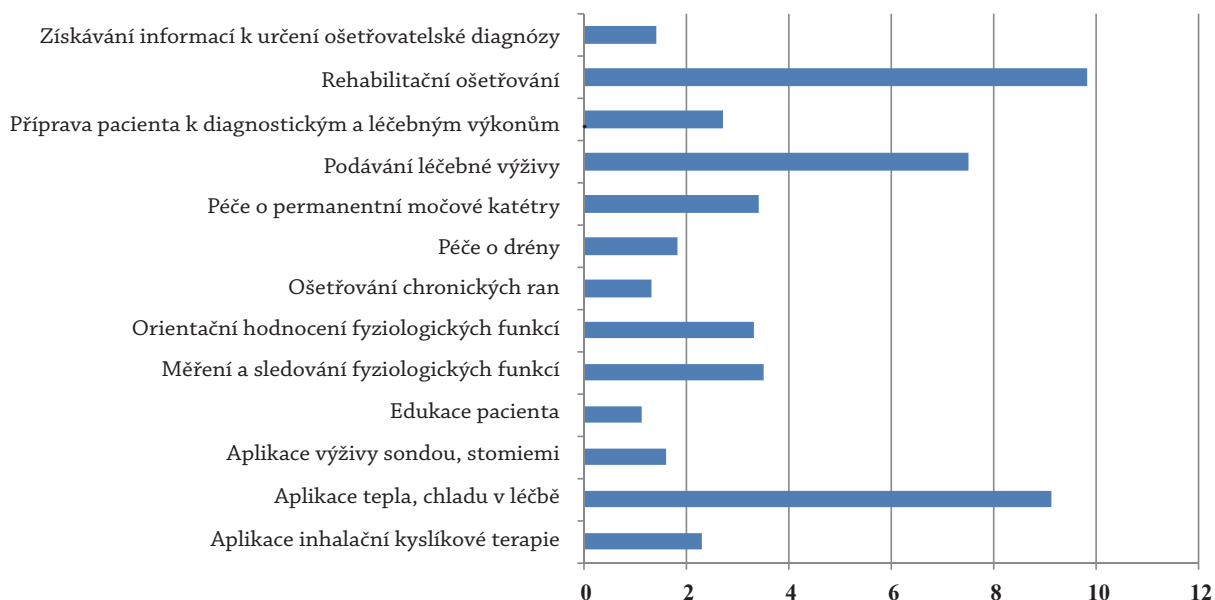
Graf 6 – Míra zajištění činností ošetřovatelem u ošetřovatelských činností, které nejsou v jeho kompetenci (údaje v %)

Tabulka 5 – Míra zajištění činností ošetřovatelem u ošetřovatelských činností, které nejsou v jeho kompetenci

Činnost	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti	1,2	4,7	0	0	30
Orientační hodnocení fyziologických funkcí	5,8	12,7	0	0	60
Edukace pacienta	1,6	5,6	0	0	25

soběstačnosti“ (0,7 %), „asistenci při zahájení a ošetřování během aplikace krevních derivátů“ (0,2 %) a „plánování a hodnocení ošetřovatelské péče“ (0,1 %) nepřesáhly minimální hranici pro prezentaci v grafu. U činností „aplikace tepla, chladu v léčbě“, „měření, sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí“, „ošetření chronických ran“, „péče o drény“, „péče o permanentní močové katetry“, „podávání léčebné výživy“, „příprava pacienta k dg. a léčebným výkonům“, „rehabilitační ošetřování“, „získávání informací

k určení ošetřovatelské dg.“, „aplikace výživy sondou“ byly prokázány statisticky významné rozdíly mezi pozorovanými průměrnými hodnotami procentuálního podílu sanitáře při realizaci těchto činností a očekávanou situací, tedy že tyto činnosti SAN nemá zajišťovat vůbec. Dosažená hladina významnosti $p < 0,05$ u všech činností, u výpočtu činnosti „aplikace tepla a chladu“ byla dokonce dosažená hladina signifikance $p < 0,0001$. Popisná statistika výsledků prezentovaných v grafu 7 je uvedena v tabulce 6.



Graf 7 – Míra zajištění činností sanitářem u ošetřovatelských činností, které nejsou v jeho kompetenci (údaje v %)

Tabulka 6 – Míra zajištění činností sanitářem u ošetrovatelských činností, které nejsou v jeho kompetenci

Činnost	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
Získávání informací k určení ošetrovatelské diagnózy	1,4	4,8	0	0	30
Rehabilitační ošetrování	9,8	13,2	0	0	60
Příprava pacienta k diagnostickým a léčebným výkonům	2,7	6,3	0	0	25
Podávání léčebné výživy	7,5	13,9	0	0	60
Péče o permanentní močové katétry	3,4	8,9	0	0	50
Péče o drény	1,8	5,4	0	0	30
Ošetrování chronických ran	1,3	4,7	0	0	25
Orientační hodnocení fyziologických funkcí	3,3	9,1	0	0	45
Měření a sledování fyziologických funkcí	3,5	8,9	0	0	45
Edukace pacienta	1,1	4,7	0	0	25
Aplikace výživy sondou, stomiemi	1,6	5,6	0	0	25
Aplikace tepla, chladu v léčbě	9,1	17,2	0	0	80
Aplikace inhalační kyslíkové terapie	2,3	11,4	0	0	90

Činnosti ošetrovatelského procesu a edukace pacienta v jednotlivých typech zdravotnických zařízení

Z hodnocení činností ošetrovatelského procesu (získávání informací, vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování, hodnocení) u jednotlivých členů ošetrovatelského týmu a z porovnání získaných výsledků v jednotlivých typech zdravotnických zařízení (nemocnice přímo řízené MZ ČR, nemocnice přímo řízené krajem, městem, obcí, nemocnice soukromé, nemocnice následné péče a léčebny dlouhodobě nemocných) bylo Kruskal-Wallisovými testy prokázáno, že porovnávané typy zdravotnických zařízení se statisticky významně v procentu vykonávání těchto činností jednotlivými členy týmu neliší ($p > 0,05$ u všech činností u každého člena ošetrovatelského týmu).

Diskuse

Výzkumné šetření ukázalo, že u všech členů ošetrovatelského týmu (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatel i sanitář) dochází k překračování či nenaplnování „vnějších“ i „vnitřních“ kompetencí. Tuto skutečnost popisují i další výzkumy zaměřené na dodržování, respektive nedodržování právně vymezených kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků. Havelková a Mikulková na základě šetření zaměřeného na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče uvádějí, že sestry provádějí výkony mimo rámec své kvalifikace. Jsou o to požádány lékařem či nadřízenými, je to dáno zvykem oddělení nebo provedení výkonů sestrou se v dané chvíli jeví jako nejlepší řešení [21]. Dle výsledků výzkumného šetření Beňadikové a Rapčíkové jsou všeobecné sestry pověřovány a vykonávají i činnosti spadající do kompetence méně kvalifikovaného zdravotnického personálu – zdravotnického asistenta, ošetrovatelky, sanitáře [22]. Přitom všeobecná sestra nemá na rozdíl od porodní asistentky a zdravotnického záchranáře způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta [3].

Shodu nebo téměř shodu přináší srovnání výsledků námi realizovaného výzkumu s výsledky výzkumného šetření Kotlárové. Jedná se o činnosti ošetrovatelské péče: komplexní hygienická péče (21,2 % a 22,5 %), krmení pacienta (20,8 % a 18 %) a doprovod pacienta na vyšetření/ ošetření (9,5 % a 11,1 %) [23]. Uvedené výsledky popisují situaci, kdy všeobecné sestry realizují ošetrovatelské výkony, které mají vykonávat méně kvalifikovaní členové ošetrovatelského týmu. Částečně se tak vysvětluje stav, že všeobecné sestry nenaplnují zcela své právně vymezené kompetence. Důvodem mimo jiné může být nedostatečný časový prostor pro výkon těchto činností. Tento stav je umocněn i tím, že všeobecné sestry vykonávají také činnosti, které jsou v kompetencích lékařů. Z výzkumů zaměřených na činnosti sestry a lékaře vyplývá, že 43,4 % všeobecných sester je pověřováno lékařem úkoly, které nejsou v jejich kompetenci [8]. Nejčastěji požadovanými výkony ze strany lékaře jsou činnosti administrativního charakteru a výkony související s chirurgickými převazy, extrakcemi stehů a drénů, sádrováním apod. [24].

Výsledky našeho šetření verifikují i závěry, ke kterým dospěly Bártlová et al. ve svém šetření, že všeobecná sestra překračuje nebo je nucena překračovat rozsah svých profesních činností způsobem, který představuje běžný postup tolerovaný všemi zainteresovanými, včetně všech úrovní managementu zdravotnické instituce [25]. Tuto situaci potvrzuje ve výsledcích svého šetření i Baťková, která udává, že na 98 % pracovišť provádějí všeobecné sestry hygienickou péči, na 95 % pracovišť rozdělují stravu a krmí pacienty, na 93 % pracovišť provádějí úpravu lůžka, na 80 % pracovišť ředí dezinfekční prostředky, na 82 % pracovišť doprovází pacienta na vyšetření a na 68 % pracovišť pečují o pomůcky. Tyto ošetrovatelské činnosti provádějí sestry navzdory skutečnosti, že na všech sledovaných pracovištích byli součástí ošetrovatelského týmu sanitáři, ošetrovatelé a zdravotničtí asistenti [26]. Kompetence všeobecných sester a ostatních členů ošetrovatelského týmu jsou velmi diskutovaným tématem v odborných kruzích i u laické veřejnosti. Z výsledků šetření výzkumné agentury STEM/MARK vyplynulo, že 84 % české populace souhlasí

s výrazným rozšířením kompetencí sester [27]. Ze strany odborníků, především všeobecných sester, zaznívají požadavky na posílení kompetencí ve vztahu k vysokoškolské přípravě sester [28]. Přitom mnohé činnosti administrativního charakteru, které jsou nyní v kompetenci lékaře, v historicky nedávné době patřily do kompetence sestry. Jedná se např. o činnosti: „příprava a organizace preventivních a dispenzárních prohlídek a depistážních vyšetření“, „sledování termínů očkování“, „vedení evidence dočasných pracovních neschopností“ a „evidence dispenzarizovaných pacientů“, jak uváděly ve své době závazné směrnice MZ [29, 30]. V této oblasti nepřinesly následující a současně platné právní dokumenty řešící kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků [4, 31] rozšíření kompetencí pro všeobecné sestry.

V rámci výzkumného šetření bylo diagnostikováno překračování kompetencí i u zdravotnického asistenta, a to nejen „směrem nahoru“, k činnostem, které má vykonávat pouze všeobecná sestra, ale i směrem „dolů“, k činnostem, které má realizovat méně kvalifikovaný personál. Překračování kompetencí zdravotnického asistenta bylo směrem k činnostem, které jsou výhradně v kompetenci všeobecné sestry, prokázáno nad úrovní 10 % u „orientačního hodnocení fyziologických funkcí“ (28,6 %), „vyhodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti“ (21,8 %), „odběru venózní krve“ (20,3 %), „edukace pacienta“ (16,6 %), „hodnocení ošetrovatelské péče“ (15,3 %), „plánování ošetrovatelské péče“ (14,5 %), „stanovení ošetrovatelské diagnózy“ (12,7 %). Tyto výsledky korespondují se zjištěním Bařkové, že zdravotnický asistent provádí ošetrovatelskou diagnostiku, plánování ošetrovatelské péče, zavádí periferní i.v. vstupy a aplikuje léčiva i.v. [26]. Zdravotnický asistent vykonává také činnosti spadající do kompetencí ošetrovatele a sanitáře. Dle výsledků šetření zajišťuje především „doprovod pacienta na vyšetření/ošetření“ (15,2 %) a „úpravu lůžka“ (14,4 %). Naproti tomu činnost, kterou právní předpis [4] vymezuje výhradně do kompetence zdravotnického asistenta – „aplikace tepla, chladu v léčbě“, provádí pouze v 29,5 %. Překračování či nenaplnění kompetencí zdravotnického asistenta může souviset s jeho neukotveností v ošetrovatelském týmu. Vzhledem ke krátké historii existence tohoto povolání v ČR je tento stav pochopitelný. Zdravotnická praxe se s profesí zdravotnický asistent měla možnost poprvé setkat v roce 2008, kdy ukončili studium na středních školách první absolventi tohoto oboru. Za pětileté období působení zdravotnického asistenta v ošetrovatelském týmu nebyl dohledán žádný skutečně validní výzkum v této oblasti, ale proběhlo několik menších výzkumných šetření v rámci bakalářských či diplomových prací. Jejich výsledky nepřímou potvrdí některé námi zjištěné skutečnosti a závěry. Z výzkumu Brožové vyplývá, že 47,8 % manažerek pověřuje zdravotnické asistenty činnostmi nad rámec jejich kompetencí a 82 % zdravotnických asistentů udává, že je pověřováno výkony nad rámec svých kompetencí [32]. Neznalost kompetencí zdravotnického asistenta dokazují výsledky šetření Bařkové, podle kterých má nedostačující znalosti o kompetencích nelékařských zdravotnických pracovníků 55 % sester-manažerek na úrovni liniového a středního managementu [26]. Toto potvrzují i výsledky výzkumného šetření Brožové, která zjistila, že 38 % sester-manažerek si není zcela jistých ve výkonech,

ke kterým jsou zdravotničtí asistenti kompetentní, a 47 % sester neví, při jakých činnostech se zdravotnický asistent uplatní [32]. Na problematickou pozici zdravotnického asistenta jako člena ošetrovatelského týmu upozornila ve svém šetření Dušková, která zjistila, že 61 % všeobecných sester nepodporuje navýšení počtu zdravotnických asistentů na oddělení, 29 % sester sděluje, že přítomnost zdravotnického asistenta jim neposkytuje více času na plnění specializovaných činností [33]. I přes tato ne příliš optimistická sdělení většina (80,9 %) zdravotnických asistentů, respondentů výzkumu realizovaného Bařkovou, svou profesi vnímá jako přínosnou pro poskytování ošetrovatelské péče [34]. Uplatnění zdravotnického asistenta spatřují sestry i zdravotničtí asistenti především v základní péči [32]. Problémem ale zůstává vymezení oné „základní péče“. Výsledky výzkumných šetření dokládají, že zdravotničtí asistenti vykonávají nejčastěji činnosti spojené se sledováním stavu pacienta podáváním léků ústy, prací se zdravotnickou dokumentací, sledováním fyziologických funkcí, aplikací s.c. injekcí, komplexní hygienickou péčí, prevencí dekubitů, péčí o akutní a chronické rány [26, 32, 34]. Navzdory rozporuplnému vnímání této nelékařské zdravotnické profese v ČR se ukazuje, že tento zdravotnický pracovník má své místo v týmu poskytujícím ošetrovatelskou péči. Dokládají to i zkušenosti ze zahraničí. Ve Spolkové republice Německo existuje kategorie zdravotnického pracovníka „Pflegehelfer/Krankenpflegehelfer“, v jehož kompetenci je dopomoc při osobní hygieně, oblékání, polohování, aktivizaci pacientů, prevenci proleženin a imobilizačního syndromu. Své uplatnění najde v nemocnicích, domovech důchodců, domácí péči, rehabilitačních zařízeních [35]. Ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska je významným členem ošetrovatelského týmu „Healthcare Assistant“, který vykonává činnosti delegované registrovanými sestrami [36]. Jedná se o pracovníka, který pečuje o osobní hygienu pacienta, provádí krmení, výpomoc při sebeobsluze, úpravu lůžka, monitoring základních životních funkcí, přípravu pacienta k vyšetření a pomoc při vedení záznamů [37]. Ve Spojených státech amerických existuje povolání „Medical Assistant“. Navzdory problematické kvalifikační přípravě, která je v jednotlivých vzdělávacích institucích velmi odlišná, najde tento pracovník uplatnění v oblasti zdravotnické administrativy (archivuje výsledky, přepisuje indikace), klinické praxe (asistuje při vyšetřeních, provádí odběry biologického materiálu, edukuje pacienty, natáčí EKG, provádí monitoring glykémie, zavádí močový katétr, podává umělou výživu, odebírá krev apod.). Jak uvádějí zahraniční zdroje, překrývání rolí s registrovanou sestrou přináší určité problémy, ale zaměstnávání tohoto pracovníka vede k významným úsporám ve finančních nákladech na odměny zaměstnanců [38, 39]. Na Slovensku zdravotnický asistent zabezpečuje základní ošetrovatelskou péči v jednotlivých fázích ošetrovatelského procesu pod vedením sestry. Podílí se na primární, sekundární a terciární prevenci, poskytuje odbornou první pomoc, vykonává administrativní práce a vede zdravotnickou dokumentaci. Zdravotnický asistent mimo poskytování základní péče je připraven zpracovávat údaje pro potřeby zdravotnických zařízení a pojišťoven, připravovat podklady pro statistiku a archivaci, zpracovávat dokumentaci materiálně-technického vybavení a inventarizace na pracovišti [40, 41].

Dalším členem ošetrovateľského tímu, u ktorého sa preukázala realizácia činností mimo jeho odbornou spôsobilosť, je ošetrovateľ. Z činností, ktoré patrí výhradne do kompetencie všeobecnej sestry, ale ktoré sú zajišťované tiež ošetrovateľom (dľa výsledkov nášho šetrenia), sa jedná o: „orientačné hodnotenie fyziologických funkcií“ (5,8 %), „edukáciu klienta“ (1,6 %) a „vyhodnotenie potrieb a úrovne sobestačnosti“ (1,2 %). Ide o poskytovanie starostlivosti nekompetentnými pracovníkmi, čo je jednak v rozpore so zásadami bezpečnej starostlivosti a jednak je to významný indikátor potenciálnych rizík pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti [7, 42]. Z výsledkov výskumu vyplýva, že ošetrovateľ sa pomerne veľkou mierou podieľa na rade odborných ošetrovateľských činností, napríklad na starostlivosti o permanentný katéter (8,6 %), ošetrovaní chronických rán (6,3 %), aplikácii výživy sondou (5,2 %), ošetrovaní stomií a starostlivosti o drény (4,6 %), podávaní liekov inými spôsobmi (4,0 %), aplikácii kyslíkovej terapie (2,7 %), odsávaní z horných ciest dýchacích (2,4 %), ošetrovaní tracheostomických kanyľ (1,8 %). Tieto informácie potvrdzujú tiež výsledky šetrenia Baťkovej, podľa ktorej na 23 % pracovísk ošetrovateľ nad rámec svojich kompetencií ošetroje chronické rány, na 17 % pracovísk pečie o permanentný močový katéter, na 10 % pracovísk vykonáva kapilárny odběr krvi, na 7 % pracovísk vykonáva katetrizáciu močového mechúra u ženy a na 3 % pracovísk ošetroje akútne rány a plánuje ošetrovateľskou starostlivosťou [26]. Tieto situácie je potrebné hodnotiť v kontexte právne definovaných kompetencií ošetrovateľa vyhláškou ministerstva zdravotníctva. Tá umožňuje ošetrovateľovi pod priamym vedením všeobecnej sestry asistovať pri určených ošetrovateľských, diagnostických a liečebných výkonoch. Takto definovaný priestor pre výkon činností nie je špecifikovaný u zdravotníckeho asistenta ani sanitára [4].

Také u sanitára ako člena tímu zaisťujúceho ošetrovateľskú starostlivosť bolo zistené vykonávanie činností mimo jeho odbornou spôsobilosť a právne vymedzené kompetencie. Jedná sa o prekračovanie kompetencií napríklad u výkonov „aplikácie tepla a chladu“, „provádění rehabilitačního ošetrování“, „podávání léčebné výživy“, „orientačního hodnotení“, „měření a sledování fyziologických funkcií“, „starostlivosť o permanentní katétr“, „přípravu pacienta k diagnostickým a léčebným výkonům“, „aplikaci inhalační kyslíkové terapie“. V menším měřítku pak o činnosti „aplikace výživy sondou a stomiemi“, „edukaci pacienta“, „ošetrovaní chronických rán“, „starostlivosť o drény“ a další. V mnohom sa výsledky shodujú so zhrnutím šetrenia provedeného Baťkovou, ktorá zistila, že sanitár nad rámec právne vymedzených kompetencií na 16 % pracovísk mieri a sleduje FF, na 9 % pracovísk pečie o permanentný močový katéter a ošetroje chronické rány a na 2 % pracovísk ošetroje akútne rány a plánuje ošetrovateľskou starostlivosťou. Baťková zistila, že 54 % sester-manazerek pripouští prekračovanie kompetencií ze strany kategórie zdravotníckych pracovníkov pod odborným dohľadom. V ošetrovateľskom tíme sa jedná o pozície zdravotníckeho asistenta, ošetrovateľa i sanitára. Dá sa tak najčastejšie z poverení nadriadeným pracovníkom, respektíve zdravotníckym pracovníkom bez odborného dohľadu alebo na základe vlastného rozhodnutia [3, 26]. Tieto zistenia sú veľmi alarmujúce vzhľadom k požiadavkám na kvalitnú a bezpečnú starostlivosť. Vykonávanie ošetrovateľských činností nekompetentnými pracovníkmi môže ohrožovať bezpečie pacienta, zvlášť

jedná-li sa o pracovníka ošetrovateľského tímu s najnižšími kvalifikáciami [43].

Závěr

Výskumné šetrenie prinieslo názor na realizáciu kompetenčného manažmentu v praxi lôžkových zdravotníckych zariadení. Navzdory limitom štúdie sa jedná o komplexný pohľad na rešpektovanie právne stanovených kompetencií jednotlivými členmi ošetrovateľského tímu. Výsledky výskumu boli ovplyvnené výberom respondentov, ktorých odpovede predstavovali subjektívny názor a nemuseli vždy presne odrážať skutočnosť manažmentu kompetencií pri zaisťovaní zdravotníckej starostlivosti. Také zameralenie na oblasť lôžkovej starostlivosti je handicapujúcim faktorom pre aplikáciu výsledkov na celý systém zdravotníckej starostlivosti v ČR. Ako ale ukazujú výsledky výskumu, dochádza k prekračovaniu či nenaplnovaniu odborných kompetencií u všetkých členov ošetrovateľského tímu bez rozdielu jednotlivých typov zdravotníckych zariadení. Z pohľadu konkrétnych profesií je situácia najťaživšia u všeobecných sestier, ktoré jednak prekračujú kompetencie vo smysle vykonávania činností spadajúcich do kompetencií lekárov a jednak sú využívané pre činnosti, ktoré by mali byť zaisťované menej kvalifikovaným personálom. Z hľadiska zaisťovania kvality a bezpečnosti poskytovanej starostlivosti sa ako alarmujúce javia situácie prekračovania kompetencií zdravotníckeho asistenta, ošetrovateľa a sanitára. Z aspektu efektivity procesu poskytovania zdravotníckej starostlivosti je problematická situácia nerešpektovania manažmentu kompetencií. Zmienené skutočnosti by mohli byť predmetom ďalších výskumov detailne zameralených na tieto profesie vo špecifických oblastiach zdravotníckej starostlivosti.

Poděkování

Príspevok je dedikovaný k projektu IGA MZ ČR č. ID.KÓD-NT12067-3/2011, Strategický koncept k transformácii nelekárskych zdravotníckych povolání v Českej republike.

L I T E R A T U R A

- [1] Hroník F. Hodnocení pracovníků. 1st ed. Praha: Grada Publishing; 2006.
- [2] Kubeš M, Spillerová D, Kurnický R. Manažerské kompetence. 1st ed. Praha: Grada Publishing; 2004.
- [3] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění. [online] [cit. 2012-08-22]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 30, pp. 1452–79. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- [4] Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků; 2011.

- [online] [cit. 2012-08-22]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 20, pp. 482–543. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- [5] Akreditační standardy pro nemocnice platné od 1. 1. 2014; 2013. [online] [cit. 2013-07-20]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
- [6] Mládková L, Jedinák P et al. Management. Plzeň: Aleš Čeněk, s. r. o.; 2009.
- [7] Mason-Whitehead E. Key concepts in nursing. 1st ed. London: SAGE Publications; 2008.
- [8] Bártlová S, Hajduchová H. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. Kontakt 2010;12(1):20–33.
- [9] Brůha D, Prošková E. Zdravotnická povolání. 1st ed. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s.; 2011.
- [10] Bouzek P. Nelékařští zdravotničtí pracovníci v sociálních lůžkových zařízeních pro seniory. Olomouc, 103 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová; 2012.
- [11] Věstník MZ ČR č. 6/2008, Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb., z listopadu 2008, roč. 2008, částka 6.
- [12] Fiurášková P. Kompetence členů ošetrovatelského týmu v praxi zdravotnických institucí. Olomouc, 94 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová; 2012.
- [13] Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění. [online] [cit. 2012-08-22]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 40, pp. 1053–55. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=105/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- [14] Čadilová O. Tým, zásady týmové práce, profesionální chování; 2008. [online] [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/T%C3%BDm.pdf
- [15] Prošková E. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. Florenc 2010;10:3–4.
- [16] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění; 2011. [online] [cit. 2012-08-23]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 131, pp. 4730–801. Dostupné z: < http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=-zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- [17] MZ ČR. Pracovní komise k transformaci nelékařských zdravotnických povolání v České republice; 2010. [online] [cit. 2012-10-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/pracovni-komise-k-transformaci-nelekarських-zdravotnickych-povolani-v-ceske-republice_4515_949_3.html
- [18] Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. 2010; [online] [cit. 2012-08-22]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 10, pp. 338–47. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=31/2010&typeLaw=Cislo_zakona_smlouvy
- [19] Žiaková K et al. Ošetrovatelstvo, teoria a vedecký výskum. 2nd ed. Martin: Osveta; 2009.
- [20] ÚZIS. Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu; 2011. [online] [cit. 2011-12-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/registr-zdravotnickych-pracovniku-zpusobilych-vykonu-zdravotnickeho-povolani-bez-odborneho-dohledu>
- [21] Havelková H, Mikulková J. Názory sester na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. Sestra 2007;18(2):15–16.
- [22] Beňadiková D, Rapčíková T. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. Sestra 2009;20(12):28–9.
- [23] Kotlářová Z. Kompetence všeobecných sester, zákon versus skutečnost. Brno, 65 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miroslava Kyasová; 2008.
- [24] Bártlová S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. Sestra 2007;17(3):14–17.
- [25] Bártlová S, Chloubová I, Trešlová M. Vztah sestry – lékař. 1st ed. Brno: NCO NZO; 2010.
- [26] Baťková A. Kompetence pracovníků ošetrovatelství z pohledu liniového a středního managementu nemocnic. Olomouc, 56 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová; 2011.
- [27] FUK. Lidé si přejí rozšíření kompetencí zdravotním sestrám; 2011. [online] [cit. 2011-05-08]. Dostupné z: <http://domaci.eurozpravy.cz/zdravotnictvi/23765-lide-si-preji-rozsireni-kompetenci-zdravotnim-sestram/>
- [28] Nedomová Bártová M. Orientace všeobecných sester a sester se specializovanou způsobilostí ve vyhlášce č. 424/2004 Sb.; 2009. [online] [cit. 2013-07-02]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/214750/lf_b/Bc._prace_-_tisk.pdf
- [29] Směrnice MZ ČR č. 10/1986, o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků. Věstník MZ ČSR č. 8–12, 1986, pp. 90–105.
- [30] Směrnice MZ ČR č. 27/1972 Sb. „náplň činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků“. Věstník MZ ČSR č. 10, 1972, pp. 105–12.
- [31] Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků; 2004. [online] [cit. 2012-08-22]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 139, pp. 8096–138. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=424/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- [32] Brožová M. Zdravotnický asistent? Přínos pro kvalitu profesionálního ošetrovatelství. České Budějovice, 104 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Marie Trešlová; 2012.
- [33] Dušková J. Zdravotnický asistent jako člen ošetrovatelského týmu. České Budějovice, 47 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Klára Kubartová; 2011.
- [34] Baťková A. Zdravotnický asistent a jeho implementace do ošetrovatelského týmu. Olomouc, 85 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová; 2013.

- [35] Pflege: Krankenpflegehilfe. Akademie des Städtischen Klinikums München; 2012. [online] [cit. 2012-11-15]. Dostupné z: <http://www.akademie-klinikum-muenchen.de/ausbildung/pflege/krankenpflegehilfe.html>
- [36] Alcom J, Topping A. Registered nurses' attitudes towards the role of the healthcare assistant. Nursing Standard; 2009. [online] [cit. 2012-11-10]. Dostupné z: <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-registered-nurses-attitudes-towards-the-role-of-the-healthcare-assistant>
- [37] Healthcare assistant. NHS Careers; 2012. [online] [cit. 2012-12-13]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/explore-by-career/wider-healthcare-team/careers-in-the-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/healthcare-assistant/>
- [38] Quallich S. Medical Assistants: The Future Nurses? Urologic Nursing; 2005. [online] [cit. 2012-11-10]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=815f6151-ff49-42e8-bf7e-7314393eb5e7%40sessionmgr13&vid=28&hid=9>
- [39] Medical Assistant. American Medical Technologists; 2011. [online] [cit. 2011-11-13]. Dostupné z: <http://www.americanmedtech.org/Certification/MedicalAssistant.aspx>
- [40] MZ SR. Štátny vzdelávací program; 2008. [online] [cit. 2012-10-18]. Dostupné z: <http://www.health.gov.sk/?statny-vzdelavaci-program-1>
- [41] Schmidtová Z. Quo vadis, zdravotnícký asistent? Sestra 2004;3(1):6.
- [42] Škrľa P, Škrlová M. Kreativní ošetrovateľský management. 1st ed. Praha: Advent-Orion s. r. o.; 2003.
- [43] Škrľa P, Škrlová M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1st ed. Praha: Grada Publishing; 2008.