



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

# KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ

Nursing **now**



**2021**

Tato Koncepce ošetrovatelství  
nabývá účinnosti dnem vydání



**Tato koncepce ošetrovatelství zrušuje koncepci ošetrovatelství  
vydanou ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku č. 9 v roce 2004.**

---

Mgr. Alice Strnadová, MBA

Mgr. Lenka Hladíková

PhDr. Mgr. Michaela Hofštetrová Knotková

Mgr. Dita Svobodová, Ph.D., MHA

PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.

Mgr. Veronika Neničková, MBAce

Mgr. Renata Tydlačková

PhDr. Křížová Ivana

Metodická podpora: Ing. Vanda Horná, MBA

# Obsah

Vymezení materiálu .....	4
Úvod .....	6
<b>1 VYMEZENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ .....</b>	<b>9</b>
1.1 Charakteristika a cíle ošetřovatelství .....	9
1.2 Definice, obory a předmět ošetřovatelství .....	10
1.3 Principy ošetřovatelství .....	12
1.4 Ošetřovatelský tým, pojem sestra .....	14
1.5 Řízení ošetřovatelství .....	18
1.6 Poslání a postavení profesních organizací .....	19
1.7 Poslání a postavení odborového svazu .....	20
<b>2 ANALYTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>22</b>
2.1 Ošetřovatelství v 21. století .....	37
2.1.1 Postavení současné sestry .....	37
2.1.2 Postavení pacientů a jejich podpora v praxi .....	39
2.2 Sestra – regulované povolání .....	40
2.3 Kompetence sester a překážky výkonu ošetřovatelské péče .....	45
2.4 Hodnocení kvality a bezpečí ošetřovatelské péče .....	51
<b>3 STRATEGICKÁ ČÁST .....</b>	<b>58</b>
3.1 Strategický cíl 1 Vzdělání a praxe založená na spolupráci všech zainteresovaných stran .....	58
3.2 Strategický cíl 2 Bezpečná úroveň personálního obsazení a kvalita poskytované ošetřovatelské péče .....	62
3.3 Strategický cíl 3 Posílení postavení sester .....	69
<b>4 IMPLEMENTACE .....</b>	<b>73</b>
4.1 Aktéři rozvoje ošetřovatelství – implementační subjekty .....	73
4.2 Rámec implementace .....	74
4.3 Předpoklady úspěšné realizace Koncepce .....	75
4.4 Odhadované finanční nároky, preferovaný zdroj financování .....	75
<b>5 Použitá literatura .....</b>	<b>77</b>
<b>6 Seznam zkratk .....</b>	<b>82</b>
<b>7 Seznam tabulek, grafů, obrázků .....</b>	<b>84</b>
<b>8 Přílohy .....</b>	<b>85</b>

## Vymezení materiálu


Cílem Koncepce ošetrovatelství je popsat současný stav českého ošetrovatelství, nastínit jeho vývoj v následujících letech a prostřednictvím jednotlivých strategických cílů navrhnout postupy směřující k poskytování efektivní ošetrovatelské péče a posílení postavení sester ve společnosti. **Koncepce ošetrovatelství se týká těch zdravotnických povolání, jejichž základní činností je poskytování ošetrovatelské péče, tj. příslušníků profesí všeobecná sestra, dětská sestra, praktická sestra (dále i jako „sestry“), ošetrovatel a sanitář.** Poskytování ošetrovatelské péče v souvislosti s těhotenstvím a porodem, resp. poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, bude věnována pozornost v samostatné koncepci. Koncepce ošetrovatelství se primárně nevztahuje ani na příslušníky zdravotnických povolání, kteří poskytují ve vymezeném úseku zdravotní péče specifickou ošetrovatelskou péči a k nimž patří např. v oblasti neodkladné péče zdravotničtí záchranáři, při poskytování radiologických výkonů radiologičtí asistenti, při zabezpečení nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy nutriční terapeuti nebo nutriční asistenti, při poskytování péče pacientům s motorickými a senzomotorickými očními poruchami ortooptistky.

Koncepce ošetrovatelství je výsledkem spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR jako gestora se všemi klíčovými zainteresovanými stranami. Uživateli Koncepce ošetrovatelství jsou Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále „MZ“), poskytovatelé zdravotních služeb, krajské úřady, zdravotní pojišťovny, profesní organizace zastupující zejména sestry, lékařské společnosti, pacientské organizace, vzdělávací instituce, samotné sestry a ostatní členové ošetrovatelského týmu. Mezi uživatele Koncepce řadíme i příjemce péče a jejich rodinné příslušníky či další neformální pečovatele, kteří nejsou pouhými příjemci výstupů Koncepce a poskytované péče, ale aktivně se spolupodílejí na formulaci opatření. Jmenované skupiny budou spolupracovat při přípravě Koncepce a budou zapojeny i do její implementace.

Koncepce ošetrovatelství byla zpracována v souladu s doporučeními Metodiky přípravy veřejných strategií a naplňuje charakteristické znaky koncepce,<sup>1</sup> tj. rozpracovává část analytickou a strategickou, zatímco implementační částí bude věnován samostatný prováděcí materiál. Implementační část Koncepce ošetrovatelství bude rozpracována v krátkodobých akčních plánech, které implementaci dodají potřebnou flexibilitu, tedy možnost průběžně reagovat na dynamické změny v oblasti zdravotních i sociálních služeb.

Koncepce ošetrovatelství se v úvodní části nazvané Vymezení ošetrovatelství zaměřuje na tvorbu Koncepce a její východiska s ohledem nejen na navazující koncepce v ČR, ale především na přístupy, jimiž se v této oblasti inspirují další země Evropské unie. V následujících obecných kapitolách jsou definovány obory a předmět ošetrovatelství, popisují se jeho principy, jsou vymezeny pojmy ošetrovatelský tým a sestra včetně odkazů na související legislativu a popisu náplně práce sester v ČR. Další, navazující kapitola se věnuje řízení ošetrovatelství v současné době a rovněž poslání profesních a odborových organizací, které hrají významnou úlohu v ochraně a podpoře českých sester.

<sup>1</sup> Definice dle metodického doporučení Ministerstva pro místní rozvoj ČR – Typologie strategických a prováděcích dokumentů. Dostupné z: [https://www.mmr.cz/getmedia/a8e367ae-8c84-48f2-9ce4-5484e4d5de52/Typologie-strategickych-a-provadecich-dokumentu\\_final.pdf](https://www.mmr.cz/getmedia/a8e367ae-8c84-48f2-9ce4-5484e4d5de52/Typologie-strategickych-a-provadecich-dokumentu_final.pdf).



Druhá, analytická část popisuje demografické a socioekonomické ukazatele, jež determinují ošetrovatelskou péči v ČR. Dále analyzuje stav a podobu ošetrovatelství v současném světě. Popisuje nejen postavení sester ve společnosti, ale zaměřuje se na povolání sestry jako na regulované povolání. Zásadní význam má téma kompetencí sester a překážek výkonu ošetrovatelské péče, na něž se zaměřuje další kapitola této části Koncepce. Poslední kapitola se věnuje hodnocení kvality v ošetrovatelství a ve svém krátkém závěru nabízí také doporučení pro její zvýšení.

Záměrem třetí, strategické části Koncepce je pojmenovat globální cíl rozvoje ošetrovatelství v ČR v letech 2021–2030 a navrhnout cestu k jeho naplnění prostřednictvím dílčích strategických cílů. První strategický cíl se zaměřuje na vzdělání a praxi, druhý na bezpečnou úroveň personálního obsazení a kvality poskytované ošetrovatelské péče. Třetím cílem je posílení postavení sester. Každý strategický cíl je následně doplněn o specifické cíle a postup jejich naplnění v praxi.

Čtvrtá část popisuje jednotlivé části implementace, předpoklady úspěšné realizace, odhadované finanční nároky a zdroje financování.

## Úvod

Tvorba Koncepce ošetřovatelství (dále jen „Koncepce“) vyvrcholila v roce 2020, který má pro obor ošetřovatelství zvláštní význam. V tomto roce byly totiž úspěšně završeny veškeré aktivity vztahující se ke 200. výročí narození zakladatelky moderního ošetřovatelství Florence Nightingale, 120. výročí založení Mezinárodní rady sester (ICN) a skončil celosvětový tříletý projekt ICN a Světové zdravotnické organizace (WHO) Nursing now, jenž probíhal v letech 2018–2020. Při tvorbě Koncepce byla respektována vize odkazu Florence Nightingale, a to interdisciplinární, multidisciplinární a globální pojetí ošetřovatelství.

Sestry jsou vnímány jako představitelky povolání, které je pro dosažení všeobecného pokrytí péče o zdraví zásadní. Sestry se nacházejí v centru většiny zdravotnických týmů a mají klíčovou roli při podpoře zdraví, prevenci, léčbě nemocí a poskytování komplexní ošetřovatelské péče. V mnoha zemích tvoří více než 50 % zdravotnických pracovníků, současně však predikce uvádějí, že do roku 2030 jich bude celosvětově více než 50 % ve zdravotnických systémech chybět.

**Téma Koncepce je integrálně spojeno se Strategickým rámcem rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030** (nebo také zkráceně Strategický rámec Zdraví 2030), **který schválila vláda ČR, a respektuje jeho základní cíl.** Ten je definován následovně: „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje.“<sup>2</sup> Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 navazuje na Strategický rámec Česká republika 2030 přijatý vládou ČR,<sup>3</sup> která svým rozhodnutím také určila tento základní zastřešující cíl pro oblast zdravotnictví. Koncepce úzce souvisí s vytyčenými strategickými cíli 1 Ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace a 2 Optimalizace zdravotnického systému. Současně navazuje na Akční plán Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé, návazné a domácí péče, který byl součástí Strategie Zdraví 2020. V mezinárodním kontextu byla pro tvorbu Strategického rámce Zdraví 2030 výchozím dokumentem především Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj, ze které vychází tzv. SDGs – cíle udržitelného rozvoje OSN. Pro oblast zdravotnictví je určující SDG 3 Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku.

Koncepce dále vychází z Koncepce ošetřovatelství vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky ve Věstníku č. 9 v roce 2004, respektuje doporučení Světové zdravotnické organizace v oblasti primární péče z roku 2018, Směrnice EU v oblasti kvalitního vzdělávání a odborné přípravy. Koncepce odráží doporučení Mezinárodní rady sester týkající se ošetřovatelství, podpory růstu profese a celoživotního vzdělávání a ovlivňování zdravotnické politiky. Reflektuje i zásadní doporučení Evropské rady asociací sester pro ošetřovatelství včetně požadavků na kvalifikační přípravu sester v členských zemích s cílem dosahovat vysoké a vzájemně srovnatelné úrovně jejich vzdělání, což umožní volný pohyb pracovních sil.

<sup>2</sup> Usnesení vlády ČR č. 743 ze dne 13. července 2020.

<sup>3</sup> Usnesení vlády ČR č. 292/2017 ze dne 19. dubna 2017.

Přehled dokumentů a institucí, na jejichž základě byla Koncepce sestavena, je uveden ve výčtu níže:

- Ministerstvo pro místní rozvoj ČR (Metodika přípravy veřejných strategií),
- Ministerstvo životního prostředí (Strategický rámec Česká republika 2030),
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (Koncepce ošetřovatelství, 2004),
- Světová zdravotnická organizace (doporučení v oblasti primární péče),
- Evropská unie (Směrnice EU v oblasti kvalitního vzdělávání a odborné přípravy),
- Mezinárodní rada sester,
- Evropská rada asociací sester pro ošetřovatelství.


Koncepce současně využívá poznatky z dokumentu Globální strategie pro lidské zdroje ve zdravotnictví do roku 2030, kterou vydala WHO a která zdůrazňuje společné vzdělávání různých profesí a praxi založenou na spolupráci jako zásadní předpoklady pro řešení otázek týkajících se pracovníků ve zdravotnictví. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetřovatelství v 21. století. Pro tvorbu Koncepce byl základním východiskem dokument Posilování ošetřovatelství v integrované péči v České republice, vydaný 4. prosince 2019, který také slouží jako podklad pro politická rozhodování. Vznikl jako výstup dvouleté smlouvy o spolupráci mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Regionální úřadovnou WHO pro Evropu. Stanovuje priority dalšího postupu, a to:

- stabilizace ošetřovatelských týmů napříč spektrem lůžkové a primární péče a zároveň vybudování udržitelných ošetřovatelských týmů pro budoucnost,
- lepší pochopení toho, jak integrovat zdravotnické a sociální služby ve vztahu k primární péči.

Strategická část Koncepce byla inspirována dokumentem Regionální úřadovny WHO pro Evropu Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated / integrated health services (2015) (Posílení kompetentní pracovní síly ve zdravotnictví pro poskytování koordinovaných / integrovaných zdravotnických služeb). Doporučení z tohoto dokumentu se týkají pěti skupin kompetencí: Nábor a orientace na kompetence; Klinické prostředí řízené kompetencemi; Průběžný profesní rozvoj založený na kompetencích; Zvyšování výkonnosti založené na kompetencích; Vedoucí role založené na kompetencích. Byla s modifikacemi převzata do některých vytyčených cílů Koncepce.

**Koncepce zohledňuje připravované změny v primární péči ČR**, jejichž cílem je postupná proměna a posílení primární péče tak, aby byla schopna poskytovat pacientům v maximálním rozsahu co nejširší, snadno dostupnou a přitom kvalitní péči. Posílení kompetencí a jejich jasné vymezení ve vztahu k ambulantním specialistům musí být vedle praktických lékařů zacíleno taktéž na nelékařské zdravotnické pracovníky, zejména na všeobecné a dětské sestry. Právě jejich zapojení do prevence, monitorování pacientů a řešení komorbidit ve stárnoucí populaci umožní praktickým lékařům více se věnovat pacientům se závažnějšími onemocněními. Budou-li vytyčené strategické cíle Koncepce – především posílení postavení a kompetencí sester – úspěšně realizovány, uvolní se mj. kapacity praktických lékařů, což pozitivně ovlivní časovou dostupnost a efektivitu celé primární péče.

**Ve svém cíli posílení postavení a kompetencí sester odráží Koncepce i myšlenky reformy péče o duševní zdraví**, jejíž princip je založen na přesunu péče z velkých



psychiatrických nemocnic do komunitní péče. Komunitní péče je však stále nedostatečně rozvinutá, selhává zejména v oblasti prevence, rehabilitace a integrace lidí s duševním onemocněním do běžného života. Zdravotní služby a péče o lidi s duševním onemocněním v komunitě nejsou propojeny ani se systémem zdravotnictví (např. s primární péčí), ani se sociálními komplementárními službami v jednotlivých krajích a jsou založeny na práci samostatných specialistů, nabízejících pouze úzké spektrum služeb. Multidisciplinární přístup jakožto nejefektivnější model pro práci s lidmi s komplexními potřebami je minoritní složkou péče, komunitní multidisciplinární týmy pro práci s lidmi s duševním onemocněním jsou ve fázi pilotování prvních provozů. Systém péče o duševní zdraví nedisponuje dostatkem kompetentních lidských zdrojů, což je dáno strukturou a financováním poskytované péče, systémem vzdělávání profesionálů, ale i nízkou flexibilitou a nedostatečným využíváním nových možností práce s lidskými zdroji. Příjemci péče jsou pouze v roli jejich konzumentů, nemají možnost zasahovat do řízení, kontroly či poskytování služeb tohoto typu. Systémové změny reagující na výše popsanou situaci spustila reforma péče o duševní zdraví, jejíž základní rámec byl popsán ve Strategii reformy psychiatrické péče, vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013 (MZ, 2013) a v Národní strategii ochrany a podpory zdraví: Zdraví 2020 (Akční plán č. 3: Duševní zdraví; MZ, 2015). Nosnou myšlenkou těchto dokumentů je podpora kvalitních služeb, které jsou lidem dostupné v blízkosti jejich domovů, respektují lidská práva a funkčnost zajišťují skrze multidisciplinární týmy v dobře vymezených regionech.

V souvislosti s připravovanými změnami v primární péči, ale také s již realizovanými příklady dobré praxe v oblasti duševního zdraví je nutné rozšířit stávající profesní kompetence pracovníků podílejících se na přímé péči o pacienta, určit jejich nové kompetence a v této souvislosti přehodnotit a upravit stávající systém odborné přípravy.



# 1 VYMEZENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína.** Jako jeden z mála oborů pohlíží na člověka velmi komplexně a využívá poznatků a metod odvozených z medicínských věd, humanitních věd, fyzikálních, biologických a behaviorálních věd, teorií řízení, vedení a teorií vzdělávání. Ošetřovatelství je tedy **multidisciplinárním oborem**, vycházejícím z poznatků a praxe jiných oborů, a je i **oborem interdisciplinárním**, využívajícím vazby mezi obory. Obor ošetřovatelství má svoji teoretickou základnu, kterou dále rozvíjí. Ošetřovatelský tým jako součást zdravotnického týmu vykonává nezbytné činnosti vedoucí ke kvalitní a bezpečné péči o pacienta.

## 1.1 Charakteristika a cíle ošetřovatelství

**Současné ošetřovatelství je disciplína založená na samostatnosti sestry, týmové spolupráci s lékaři, ostatními zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky.** Od sestry se očekává, že bude samostatným odborníkem v oblasti svého působení.

Ošetřovatelství jako humánní obor bylo a je ovlivňováno zejména vývojem společnosti, medicíny, psychologie, sociologie, filozofie a dalších společenskovedních oborů. Principy, jimiž se ošetřovatelství řídí, vycházejí ze dvou filozofických směrů, a to z humanismu a holismu. Humanistické principy jsou spjaty s úctou k lidskému životu, důstojností a lidskými právy, uznáním hodnoty života, práva na svobodu a štěstí a na rozvoj lidských sil a schopností.

Princip holismu v ošetřovatelství spočívá v celostním přístupu a respektování lidské bytosti jako celku. Tyto základní principy jsou východiskem pro profesní vzdělávání v oboru ošetřovatelství.

**Cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka**, a to hlavně ve vztahu k udržení zdraví nebo potřebám vzniklým či pozmeněným onemocněním. Při dosahování cílů ošetřovatelský tým úzce spolupracuje se zdravým člověkem, s pacientem, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky.

**Cílem ošetřovatelství je:**

- podporovat a upevňovat zdraví,
- podílet se na navrácení zdraví,
- zmírňovat utrpení nemocného člověka,
- zajistit klidné umírání a důstojnou smrt,
- poskytovat profesionální ošetřovatelskou péči pacientům, kteří o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat,
- vést pacienty k sebepéči,
- kvalitně edukovat pacienty i jejich blízké,
- poskytovat ošetřovatelskou péči na základě vědeckých poznatků podložených ošetřovatelským výzkumem,
- poskytovat týmovou, aktivní, individualizovanou, kvalitní a bezpečnou ošetřovatelskou péči.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady“. Proto jsou potřeby každého pacienta posuzovány z biopsychosociálního a duchovního hlediska a při poskytování komplexní ošetrovatelské péče je cílem v maximální možné míře se k takto definovanému stavu zdraví přiblížit. Zdraví je determinováno řadou faktorů, mezi něž patří např. osobní (individuální charakteristiky a chování včetně genderu, dědičnosti, životního stylu apod.), společenské, pracovní a ekonomické podmínky a stav životního prostředí. Jde o vzájemně se ovlivňující proměnné, jež na člověka i celou společnost významně působí a určují zdravotní stav jedince i společnosti.

### **Charakteristické rysy ošetrovatelství:**

- poskytování aktivní a komplexní ošetrovatelské péče včetně preventivní péče,
- poskytování individuální ošetrovatelské péče,
- péče je založena na vědeckých poznatcích, které jsou podloženy ošetrovatelským výzkumem,
- holistický přístup k nemocnému,
- péče je poskytována ošetrovatelským týmem, který je složený z kvalifikovaných zdravotnických pracovníků různé úrovně vzdělání a kompetencí (sanitář, ošetrovatelka, praktická sestra, všeobecná sestra, všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí),
- zahrnuje i zdravotně-sociální péči,
- péče, která je poskytována v jasně definovaném etickém rámci.

## **1.2 Definice, obory a předmět ošetrovatelství**

### **Definice ošetrovatelství**

Ošetrovatelství je z podstaty praktické profese systém typických ošetrovatelských činností, týkajících se jednotlivců, rodin a komunit. Určujícím faktorem pro činnosti zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči jsou potřeby člověka (ICN, 2014). Zahrnuje autonomní péči o jednotlivce všech věkových kategorií a zaměřuje se zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Pacientům, kteří se o sebe nemohou, nechtějí či neumějí postarat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči.

Ošetrovatelství je dnes samostatným vědním oborem, který se zabývá reakcí člověka, rodiny nebo komunity na problémy související se zdravím a nemocí, spolupracuje se všemi obory, které se člověkem, rodinou a komunitou zabývají, tedy s humanitními, přírodovědnými a společenskovedními obory.

Ošetrovatelství se významným způsobem podílí na prevenci, diagnostice, terapii, rehabilitaci a edukaci pacienta a jeho blízkých.

Základem této všestranné profese je teoretický soubor informací, které definují praktické dovednosti, schopnosti a normy. Vzhledem k nashromážděným teoretickým poznatkům jak z teorie ošetrovatelství, z biologických, medicínských a humanitních věd, tak i ze základních a aplikovaných výzkumů se ošetrovatelství stává samostatnou vědeckou disciplínou. Sestra poskytuje specifickou službu, přičemž se řídí etickým kodexem pro praxi a plní i další, stále

důležitější role, jako je obhajoba pacienta, podpora bezpečného prostředí, účastní se výzkumu, spolupodílí se na řízení ošetrovatelské péče, utváření zdravotní politiky, zdravotnických systémů a vzdělávání (ICN, 2002). Umění ošetrovatelství spočívá v navázání vztahu s pacientem, což sestře umožňuje důkladně se seznámit s jeho situací, stanovit priority a racionálně určit další postup péče. Do odborné kvalifikace sestry náleží schopnost provádět fyzikální vyšetření pacienta, koordinovat péči o něj, realizovat léčbu a péči a podle potřeby předat pacienta dalším členům týmu (ICN, 2020).

Česká právní úprava vymezuje ošetrovatelskou péči v zákoně č. 372/2011 Sb. jako druh zdravotní péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; jejíž součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.

Být profesionální sestrou znamená ošetrovat pacienty s důstojností, laskavostí, úctou a empatií. Sestra má autoritu pro rozhodování a dodržuje etický kodex profese sestry. Pacienti v péči sestry musí být schopni sestře důvěřovat (ICN, 2007).

#### **Aplikované obory:**

- ošetrovatelská péče v klinických oborech,
- ošetrovatelská péče v primární péči,
- ošetrovatelská péče v oblasti duševního zdraví,
- ošetrovatelská péče v paliativní péči,
- ošetrovatelská péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

#### **Ošetrovatelství jako vědní obor**

Ošetrovatelství jako obor přineslo množství nových poznatků, které přímo nebo nepřímo ovlivňují ošetrovatelskou praxi a umožňují poskytovat ošetrovatelskou péči založenou na důkazech (evidence based practice). Tato péče umožňuje sestře využívat pro klinické rozhodování relevantní informace z výzkumu, čímž jsou výsledky výzkumu zviditelnovány. Klinická rozhodnutí sestry potom představují propojení výsledků výzkumu s jejími vlastními zkušenostmi a s hodnotami pacienta (Jarošová, Zeleníková, 2014).

Výzkum probíhá na vysokých školách, u poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb nebo ve výzkumných ústavech. Je financován zejména prostřednictvím grantových agentur. Ve zdravotnictví se nejčastěji provádí výzkum základní, aplikovaný, klinický a metodologický.

Pro ošetrovatelství jsou předmětem zkoumání:

- procesy, které mají vliv na zlepšení péče o jedince ve zdraví a v nemoci (inovace ošetrovatelských postupů, nové přístupy, technologie a pomůcky),
- procesy, které přispívají k rozvoji poznatků v ošetrovatelství (pochopení fyziologických, patologických, psychologických a sociálních mechanismů a jevů),
- systémy poskytující účinnou a efektivní ošetrovatelskou péči (projektování, ověřování různých modelů pro poskytování péče, dokumentace a měření výsledků ošetrovatelské péče),

- mechanismy vedoucí k prevenci vzniku problémů a komplikací v době nemoci nebo k jejich minimalizaci,
- procesy k zajištění péče efektivním a přijatelným způsobem (organizace ošetřovatelské péče),
- etické principy v ošetřovatelské péči,
- inovativní přístupy ve výuce ošetřovatelství,
- identifikace a analýza historických a současných faktorů ovlivňujících ošetřovatelskou péči.

Výzkumná činnost probíhá ve spolupráci s ošetřovatelskou praxí tak, aby teorie přispívala ke zvyšování kvality poskytované péče a jejímu rozvoji.

### 1.3 Principy ošetřovatelství

Základní principy ošetřovatelství shrnula již před více než dvěma dekádami Staňková (1998). Její charakteristika zůstává aktuální i v současnosti, je pouze rozšiřována či doplňována.

#### 1. Péče založená na humanismu

Humanismus (tento přístup k člověku se vyvíjel od starověku) uznává hodnotu člověka jako osobnosti, jeho právo na svobodu, štěstí, na rozvoj jeho sil a schopností. Zdůrazňuje význam schopností člověka. Považuje zásady rovnosti, spravedlnosti a lidskosti za normy vztahů mezi lidmi. Zabývá se atributy a charakteristikami, které jsou považovány za lidské.

Humanismus je základním principem oboru ošetřovatelství a je zdůrazněn zejména v humanistických koncepčních modelech (paradigmatu) – ty vycházejí z principů humanismu, respektování lidských práv a práv pacientů. Jejich charakteristickými rysy jsou: empatie, soucit, úcta k člověku, akceptace autonomie a svobody jedince.

#### 2. Holistická péče

Holistický přístup je základem oboru ošetřovatelství a vytváří jeho hodnotový systém.

Z hlediska ošetřovatelství zahrnuje holistická péče o člověka bio-psycho-sociální a duchovní stránku, přistupuje tedy k jedinci jako k celku, celistvé jedinečné bytosti, a nevěnuje se jen jeho „porušené části/funkci“. Sestra musí v rámci péče o „tělo a duši“ respektovat pacientova práva, jeho autonomii a sociální status.

Princip holismu je obsažen v ošetřovatelském plánu, který zohledňuje fyzické, duchovní, emocionální, kognitivní a sociální potřeby zdravých a nemocných lidí. Zaměřuje se tak na člověka jako celek, a ne na nemoc nebo nemocnou část těla.

#### 3. Preventivní charakter péče

Celosvětově je kladen důraz na veřejné zdraví, podporu zdraví a kvality života, prevenci nemocí a zranění. Proaktivní cílená péče, která se zaměřuje na preventivní sebeřízení pacientů s chronickým onemocněním, má vliv na účinnost a vynaložené náklady (ICN, 2020). Ošetřovatelství je u nás více orientováno na člověka v nemoci, tedy na sekundární prevenci, jejímž úkolem je předcházení zhoršování soběstačnosti, předcházení nemocem u rizikových skupin osob, na udržení či znovuzískání soběstačnosti a na prevenci terciární, jejímž těžištěm je zabránění komplikacím nebo snížení jejich rizika u již probíhajících onemocnění

(Jarošová, 2000). Primární prevence je orientována na veřejné zdraví, tedy na zdravou populaci, a zabývá se předcházením vzniku nemocí, nejčastěji pomocí edukace (např. v prenatální péči), zdravotní výchovy (výukové programy týkající se zdravého životního stylu, očkování, prevence úrazů apod.).

#### **4. Individualizovaná péče**

Individualizovaná péče je péče poskytovaná s ohledem na přístup, hodnoty, přesvědčení a kulturní zázemí pacienta. V odpovídající dobu je nabízena odpovídající péče a pacientům se poskytují odpovídající informace pro jejich svobodné rozhodování ohledně léčby a péče, které se jim dostane. To v důsledku přináší lepší management nemoci, kvalitu života a výsledky zdravotní péče (ICN, 2020).

#### **5. Týmová práce**

Bez týmové práce je v současné době poskytování komplexní ošetrovatelské péče nemyslitelné. Kvalitní péče vyžaduje úzkou spolupráci s ostatními odborníky, kteří v různé míře participují na péči o pacienty. Týmová práce předpokládá schopnost spolupráce, a to zvláště dovednost v předávání informací o pacientech mezi členy týmu.

#### **6. Ošetrovatelství založené na důkazech**

Ošetrovatelství založené na důkazech je odlišné od standardního biomedicínského modelu. Je charakterizováno čtyřmi kroky – kritickým postojem k praxi, formulací klinické otázky, systematickým vyhledáváním nejlepšího dostupného důkazu a kritickým posouzením důkazu. Ošetrovatelská praxe založená na důkazech je procesem, ve kterém je spojena nejlepší praxe se sesterskou odborností a pacientovými preferencemi, což předurčuje optimální péči.

#### **7. Aktivní péče**

Dle Staňkové (1996) je ošetrovatelská péče vstřícná a nabízená, což znamená, že vyhledává a uspokojuje potřeby nemocného člověka. Aktivní sestra tak nemocného aktivizuje a získává přitom jeho vlastní zájem na uzdravení. Pacovský popsal tuto motivaci sestry jako vnitřní: sestra přichází k pacientovi z vlastního popudu a vykonává ty činnosti, ke kterým se sama rozhodne na základě zhodnocení stavu nemocného bez ordinace lékaře. Tím činí ošetrovatelství samostatnou profesí (Pacovský, 1975). Ošetrovatelství začíná pochopením pacienta a jeho způsobu života. Pacienti nejsou vnímáni jako pasivní příjemci péče, ale jako aktivní účastníci interakcí se zdravotnickými pracovníky (ICN, 2020). Klíčovými hodnotami jsou lidská důstojnost, empatie a respekt k důstojnosti pacienta a jeho rodiny. Jinak řečeno, poskytování ošetrovatelské péče je doprovázeno empatií a respektuje názory a životní volby pacientů. V souladu s poskytováním kvalitní a bezpečné péče je nutný aktivní přístup pacientů, jehož předpokladem je dostatečná informovanost pacienta, např. o poskytované péči, postupech, zvláště v následné a domácí péči, v rehabilitačním ošetrovatelství, o komplikacích a rizicích, sebed péči a aktivní spolupráce v oblasti edukace. Nedílnou součástí je i etický aspekt při komunikaci se zdravotníky.

## 1.4 Ošetřovatelský tým, pojem sestra

**Komplexní péči poskytuje ošetřovatelský tým, který tvoří zdravotničtí pracovníci s různou úrovní odborné způsobilosti a s vymezenými kompetencemi: všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři, praktické sestry, ošetřovatelé, sanitáři. Týmová spolupráce vyžaduje také respektování kompetencí jednotlivých členů týmu.**

Výkon specializovaných ošetřovatelských činností zajišťují všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky. Zdravotničtí záchranáři zajišťují specifickou ošetřovatelskou péči.

Jiní nelékařští pracovníci poskytují ošetřovatelskou péči dle definovaných kompetencí stanovených zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 96/2004 Sb.“).

Sestra (všeobecná, dětská, praktická) má ve zdravotnických systémech své nezastupitelné místo. Spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči, a to v široké škále poskytovatelů zdravotních i sociálních služeb. Sestry se účastní lékařského i ošetřovatelského výzkumu a působí na všech stupních i ve všech formách vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Mezi úkoly této pomáhající profese patří samostatné plánování a realizace komplexní ošetřovatelské péče, plnění indikace lékaře, spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního zdravotnického týmu, koordinace léčebného procesu, kontakt s rodinou pacienta, popřípadě s institucemi zajišťujícími následnou péči, rehabilitaci a resocializaci pacienta.

Povahu ošetřovatelské profese charakterizují zesílené nároky na lidský přístup a otevřený vztah k bližním, což předpokládá mimořádnou morální vyspělost a integritu osobnosti. Pro výkon povolání sestry jsou vhodné osoby empatické, všímavé, které by měly umět vhodně komunikovat s pacienty i jejich příbuznými a blízkými. Právě komunikaci s pacienty bychom neměli podceňovat, neboť je jedním z významných faktorů ošetřovatelské péče. Chtějí-li sestry získat potřebné informace a dále s nimi pracovat, je nutné, aby byly v rozhovoru s pacientem nejen aktivní, ale zároveň uměly i naslouchat. Nedostatečná, nevhodně vedená či chybně interpretovaná komunikace je jednou z častých příčin nespokojenosti pacientů s ošetřovatelskou péčí (Ptáček, Bartůněk, 2014).

### **Způsobilost k výkonu povolání:**

Zákon č. 96/2004 Sb. vymezuje mimo jiné odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné, dětské a praktické sestry, zdravotnického záchranáře, ošetřovatele, sanitáře.

Za výkon povolání všeobecné a praktické sestry se považuje poskytování ošetřovatelské péče. V spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem se všeobecné a praktické sestry podílejí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.

Za výkon povolání dětské sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče dětem včetně novorozenců. Dále se dětská sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.

Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče při poskytování přednemocniční neodkladné péče a dále při poskytování akutní lůžkové péče intenzivní včetně péče na urgentním příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné, léčebné a diagnostické péči.

Za výkon povolání ošetrovatele se považuje poskytování ošetrovatelské péče pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v oboru ošetrovatelství; dále se ošetrovatel ve spolupráci s lékařem podílí na léčebné, rehabilitační, paliativní, neodkladné a diagnostické péči.

Za výkon povolání sanitáře se považuje pomocná činnost v rámci poskytování zdravotních služeb pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Činnosti, které členové ošetrovatelského týmu v praxi provádí, jsou zakotveny zejména ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 55/2011 Sb.“).

#### **Vzdělání:**

Základním prvkem profesionálního ošetrovatelství je vzdělávání. Vzhledem k aktuálním problémům v oblasti pracovního potenciálu v ošetrovatelství a vývoji ve vzdělávání sester je nezbytná partnerská spolupráce všech zúčastněných stran na tom, aby vzdělávací plány odpovídaly kontextu dané země a potřebám jejích obyvatel a dokázaly v praxi zajistit poskytování služeb a efektivní klinickou praxi studentům. Spolupráce s klinickými pracovišti a vzdělávacími institucemi je klíčová (ICN, 2020).

Globální strategie pro lidské zdroje ve zdravotnictví do roku 2030 (WHO, 2016, 61) zdůrazňuje společné vzdělávání různých profesí a praxi založenou na spolupráci (Interprofessional Education and Collaborative Practice, IPECP) jako zásadní body pro řešení globálních otázek týkajících se pracovníků ve zdravotnictví. Vzdělávání zdravotnických pracovníků by mělo probíhat integrovaně, a podporovat tak týmovou práci, partnerské vztahy a spolupráci mezi obory při péči o pacienty.

Všeobecná sestra získává odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání studiem tříletého bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství nebo studijního oboru Diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné zdravotnické škole.

Vzdělávací program vyšší odborné školy i studijní program bakalářského studia musí splňovat požadavky na kvalifikační přípravu všeobecných sester vyplývající ze Směrnice Evropského parlamentu a Rady 36/2005/ES o uznávání odborných kvalifikací, zákona č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a některých příslušníků jiných států (dále jen „zákon č. 18/2004 Sb.“), a zákona č. 96/2004 Sb. Tyto skutečnosti jsou předpokladem připravenosti absolventů obou typů škol vykonávat činnosti všeobecné sestry. Z pohledu pracovního uplatnění absolventů a vykonávání pracovních činností není rozdíl mezi absolventkou vyšší

odborné školy a absolventkou vysoké školy. Výše uvedené zákonné normy vycházejí z Evropské strategie WHO pro vzdělávání a doporučení Evropské komise.

K udržení kompetentnosti v průběhu celé profesní dráhy přispívá celoživotní profesní vzdělávání sester, které zahrnuje školení a vzdělávání v následujících oblastech: rozvoj řídicích schopností, pokročilá klinická praxe, rozvoj výzkumných dovedností, praxe založená na vědeckých důkazech, edukace a mentorování ostatních.

Praktická sestra získává odbornou způsobilost studiem na střední zdravotnické škole nebo kvalifikačním kurzem po získání středního vzdělání ukončeného maturitou a získání kvalifikace ošetřovatele nebo 6 semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo 3 ročníků na vyšší odborné škole v oboru Diplomovaná všeobecná sestra nebo 8 semestrů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního oboru všeobecné lékařství a složením zkoušky z předmětu ošetřovatelství, péče o nemocné nebo obdobného předmětu v rámci tohoto studijního oboru. Praktická sestra vykonává samostatně činnosti, ke kterým získala studiem kompetenci, u specializované péče vykonává činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry, dětské sestry nebo porodní asistentky nebo při poskytování vysoce specializované péče vykonává činnosti pod přímým vedením všeobecné sestry, dětské sestry nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí.

#### **Náplň práce všeobecné sestry můžeme rozdělit do těchto skupin:**

1. Ošetřovatelská péče – je péče poskytovaná za účelem udržení, podpory a navrácení zdraví, uspokojování biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné pacienty, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti. Ošetřovatelská péče je zaměřena na poskytování základní ošetřovatelské péče, specializované ošetřovatelské péče a vysoce specializované ošetřovatelské péče.
2. Diagnosticko-terapeutické činnosti – zahrnují aktivity spojené s přípravou a provedením vyšetření, a to včetně následného pozorování pacienta. Do terapeutických činností řadíme všechny úkony, které se týkají sledování stavu a léčení pacienta včetně přípravných a dokončovacích činností.
3. Psychosociální činnosti – jsou činnosti nezbytné pro ošetřovatelskou diagnostiku, spolupráci s pacientem i jeho rodinou při tvorbě a realizaci ošetřovatelského plánu a pro zajištění celkového komfortu. Patří sem různé formy komunikace, poskytování informací, edukace, ochrana zájmů pacienta, jeho podpora a pomoc při dorozumívání s okolím.
4. Administrativní práce – jsou potřebnou součástí práce sestry, patří sem vedení ošetřovatelské dokumentace, záznamy související s používáním zdravotnických prostředků, zpracování statistických výstupů poskytované péče.
5. Řídící činnosti – spadají do kompetencí pracovníků, kteří zastávají vedoucí pracovní místo v oblasti ošetřovatelské péče. Struktura řízení ošetřovatelské péče závisí na poskytovateli zdravotnických služeb. Zpravidla za kvalitu a bezpečí poskytované ošetřovatelské péče u poskytovatele zdravotních služeb zodpovídá náměstkyně



pro nelékařská zdravotnická povolání / náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, resp. hlavní sestra. Za úroveň poskytované ošetrovatelské péče na klinikách a odděleních odpovídá vrchní a staniční sestra. Vrchní sestra je řízena zpravidla náměstkyní pro nelékařská zdravotnická povolání / náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, resp. hlavní sestrou. Řídí a kontroluje práci celého podřízeného týmu. Staniční sestry řídí a organizují práci na ošetrovatelských odděleních, resp. jednotkách. Staniční sestry jsou řízeny vrchní sestrou a organizují, koordinují, kontrolují a hodnotí práci všech členů týmu. Základním předpokladem pro řízení u všech vedoucích pracovníků jsou nejen vysoké odborné a profesní schopnosti, ale i dovednosti organizační a komunikační.

6. Edukační činnosti – souvisí se zprostředkováním potřebných a srozumitelných informací jednotlivcům, rodinám, skupinám a jejich příbuzným v přiměřené formě z hlediska kompetencí sestry s cílem vyhodnocení dosažených výsledků v informovanosti pacientů. Edukace se netýká jen pacientů a nemoci, je symbolem nového, aktivního přístupu k životu a zdravého životního stylu, je zaměřena na osvětu, výchovu a podporu zdraví veškerého obyvatelstva, na předcházení vzniku nemocí a komplikací. Tato činnost je zásadní během propouštění ze zařízení lůžkové péče do vlastního sociálního prostředí. Pacient nebo příbuzní musí převzít kontrolu nad vlastní léčbou a péčí.
7. Kontrolní činnosti – týká se sester v manažerských pozicích (staniční sestra, vrchní sestra, náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání / náměstkyně pro ošetrovatelskou péči). Zmíněné sestry by měly tuto kompetenci mít zakotvenou v náplni práce a měla by být součástí jejich každodenní práce. Mezi nejdůležitější nástroje kontrolní činnosti patří kontrola provádění ošetrovatelských postupů dle přijatých standardů v péči o pacienta, kontrola ošetrovatelské dokumentace a jiných administrativních činností v praxi nebo např. příprava podkladů pro kontrolu revizních činností. Závěry z kontrolní činnosti by měly sloužit pro přijetí zpravidla systémových nápravných a preventivních opatření.
8. Výzkumné činnosti – poskytují důkazy používané k podpoře ošetrovatelských postupů (praxe založená na důkazech). Díky výsledkům výzkumů sestra rozvíjí péči o pacienty a informační gramotnost. Tato činnost je významná pro růst oboru jako samostatné vědecké disciplíny. Navrhováním a prováděním vědeckých studií sestry hledají způsoby, jak zlepšit zdraví, služby a výsledky zdravotní péče.
9. Pedagogické činnosti – jsou součástí výkonu profese, jedná se o vedení studentů (v oblasti ošetrovatelství) při vykonávání odborných praxí a při zaškolování zaměstnanců jako mentor/školitel v adaptačním procesu nebo v procesu doškolení při přerušení výkonu zdravotnického povolání. Adaptační proces poskytuje nově nastupujícímu zaměstnanci možnost přizpůsobit se a začlenit do zvoleného prostředí.

Při každodenním poskytování komplexní ošetrovatelské péče se sestra zaměřuje i na koncepční povahu práce, kterou můžeme charakterizovat jako tvůrčí jednání. Sestra musí mít předem stanovenou osu – průběh ošetrovatelských činností a určit si následný postup k dosažení cíle v dané oblasti. Při výkonu svého povolání musí mít schopnosti řešit problémy, propojovat dílčí znalosti do celku, vytvořit strategii postupu (analytické a komplexní myšlení), být členem týmu a kooperovat na společných činnostech. Musí být komunikativní, mít obsáhlou slovní zásobu, používat různé komunikační strategie a být kreativní v používání

inovatívních postupů, současně musí mít ochotu riskovat, odvahu zkusit něco nového a také schopnost sebereflexe.

Sestru pojmáme jako vzdělanou a sociálně zralou osobnost orientovanou na potřeby druhých. Dalšími charakteristickými rysy jsou respektování činnosti a myšlení druhých lidí, tolerance, schopnost přizpůsobit se, nezávislý vztah k autoritám, přiměřené sebehodnocení, schopnost spolupráce, daná pozitivním vztahem k lidem, a schopnost nést odpovědnost nejen za své konání, ale také za druhé. Důležitá je i odolnost sestry vůči náročným životním situacím. Významná je každodenní kvalitní práce sestry, míra projeveného pochopení a péče o pacienta, její takt, uměřenost, opravdovost a důvěryhodnost. Sestra plní funkci přesvědčivého vzoru a příkladu.

## 1.5 Řízení ošetrovatelství

**V České republice je v současné době ošetrovatelství metodicky řízeno Odborem ošetrovatelství a nelékařských povolání na MZ, který je veden ředitelkou odboru, resp. Hlavní sestrou ČR.**

Hlavní sestrou může být jmenována všeobecná sestra, která:

- a) je státním občanem České republiky;
- b) je způsobilá k výkonu povolání podle § 3 odst. 1 písm. a) až c) podle zákona č. 96/2004 Sb.;
- c) má ukončené vysokoškolské vzdělání v magisterském oboru;
- d) splňuje další předpoklady pro výkon požadovaných činností zaměstnance ve veřejné správě stanovené jiným právním předpisem.<sup>4</sup>

Hlavní sestra České republiky v okruhu působnosti MZ podle jiného právního předpisu<sup>5</sup> zejména:

- a) řídí odbor ošetrovatelství a nelékařských povolání v rozsahu zmocnění stanoveném vnitřními předpisy MZ;
- b) reprezentuje a zastupuje Českou republiku v pozici Hlavní sestry ČR v oblasti mezinárodní spolupráce v ošetrovatelství, porodní asistenci a ostatních nelékařských zdravotnických povolání;
- c) navrhuje celostátní politiku a koncepci ošetrovatelství, porodní asistence a ostatních nelékařských zdravotnických povolání;
- d) navrhuje celostátní politiku a koncepci celoživotního vzdělávání a vývoje oborů specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků;
- e) zabezpečuje metodické vedení v oboru ošetrovatelství, porodní asistence a ostatních nelékařských zdravotnických povolání u poskytovatelů zdravotních služeb;
- f) vyjadřuje se ke všem zásadním koncepčním, odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce zdravotnických

<sup>4</sup> Zákon č. 234/2014 Sb., zákon o státní službě, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>5</sup> § 10 odst. 1 zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky.

pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči a dalších nelékařských zdravotnických povolání, v oblasti zdravotní a zdravotně-sociální péče;

- g) podílí se na kontrolní činnosti v oblasti výkonu povolání a vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání;
- h) navrhuje zřízení poradních pracovních skupin a komisí, navrhuje jejich složení za účelem řešení rozvoje zdravotnických povolání, kvality poskytované zdravotní a sociální péče, vědy a výzkumu a koordinuje jejich činnost;
- i) spolupracuje s lékaři, zubními lékaři, farmaceuty, odbornými společnostmi, profesními sdruženími, pověřenými organizacemi, vzdělávacími institucemi, ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a dalšími resorty.

Požadavky na kvalifikační předpoklady řídicích pracovníků v ošetrovatelství u poskytovatelů zdravotních služeb nejsou doposud stanoveny žádným právním či stavovským předpisem, nejsou tedy jednotné. V současné době je na rozhodnutí vedení poskytovatelů, jaké předpoklady musí v jejich organizaci zdravotnický pracovník v řídicí funkci ošetrovatelského personálu mít.

## 1.6 Poslání a postavení profesních organizací

V systému zdravotní péče v oblasti ošetrovatelství působí nejvyšší počet pracovníků, kteří by měli být hybnou silou nejen ke zlepšení a ke změnám v ošetrovatelství, ale i v oblasti poskytování zdravotních služeb, lidských práv, rodiny a zdraví celé komunity.

Profesní organizace a další sdružení v ošetrovatelství by měly mít zásadní význam především pro odborný růst a rozvoj oboru. Měly by zajišťovat rozvoj teoretické a praktické úrovně oboru, který by se měl opírat o vlastní vědecko-výzkumnou základnu, měly by obhajovat potřeby a zájmy profese a chránit její autonomii, měly by se spoluúčastnit na tvorbě zdravotní politiky a předkládat návrhy ve vztahu k regulaci profese, řešit etické a disciplinární problémy spjaté s výkonem povolání a posilovat zvyšování kvality praktického výkonu ošetrovatelské péče. Profesní organizace by taktéž měly podporovat vydávání odborných publikací, spolupráci s institucemi na změnách systému zdravotních služeb a podporovat aktivity vedoucí k většímu uznání nelékařských profesí ve společnosti a růstu prestiže sester. K jejich dalším úkolům náleží organizovat přednášky, semináře, kurzy, pořádat kongresy, sympozia, konference a obdobná setkání v regionálním, celostátním a mezinárodním měřítku, vytvářet a vydávat odborné publikace, odborné standardy, informační brožury a podílet se na tvorbě zdravotní politiky státu, dále také spolupracovat s různými odbornými sdruženími/organizacemi apod. Jednotlivá ošetrovatelská povolání jsou v současné době rozdrobena v několika profesních sdruženích, např. ČAS, POUZP, ADP.

**Pro dosažení změn v ošetrovatelství potřebuje Česká republika dle názorů předkladatelů Koncepte jedno silnější a efektivnější profesní sdružení sester, které bude zastupovat a prosazovat jejich většinové zájmy.** Mělo by se jednat o orgán, který přinese k jednacímu stolu praktické zkušenosti, bude schopen shromáždit informace o funkčnosti ošetrovatelství, o potřebách pacientů, ale také řešit otázky ohledně nedostatku zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči, mobility, migrace a bude spolupracovat i na mezinárodní úrovni. Mezi další úlohy profesních organizací sester patří

obhajoba profesních stavovských zájmů sester v mezinárodních společnostech a organizacích (např. ICN, EFN, EONS).

**Dostatečná podpora a pevné postavení ošetrovatelství, zajištěné činností jeho profesního sdružení/organizace, představují jeden z možných efektivních způsobů zlepšování výsledků zdravotní péče.** Profesní sdružení má ideální výchozí pozici k tomu, aby navázalo spolupráci se sestrami v regulačních orgánech vzdělávání, ve vládě, u poskytovatelů zdravotních služeb – v nemocnicích, na klinikách. Zároveň je třeba zprostředkovat komunikaci všech členů profese mezi sebou, ale i s dalšími subjekty (politická uskupení, média, sport apod.). Ošetrovatelství hraje klíčovou roli v tom, aby zdravotnický systém dokázal zajistit kvalitní, přístupnou a finančně dostupnou zdravotní péči. Českému ošetrovatelství chybí **silnější a efektivnější profesní sdružení sester / stavovská organizace.**


Potřebujeme silnou, dostatečně profesionální profesní stavovskou organizaci, která bude s ohledem na společenský vývoj – stárnutí populace a široké uplatnění zdravotníků v jiných profesích – včas reagovat na společenské změny a ve spolupráci s MZ je aktivně řešit. Stejně jako profesní sdružení lékařů / komory lékařů, stomatologů a lékárníků by profesní sdružení sester mělo zaručovat udržování odbornosti svých členů, zejména v oblasti celoživotního vzdělávání.

Profesní/stavovská organizace sester by měla být natolik atraktivní, aby dokázala získat dostatečnou **podporu svých členů, a mohla tak zastupovat většinové zájmy sester.** Měla by hájit oprávněné zájmy sester, řešit etické a disciplinární otázky, podílet se na vytváření podmínek pro spolupráci se vzdělavateli při realizaci kvalifikačního vzdělávání sester s cílem většího propojení teorie a praxe, což povede ke stabilizaci pracovníků ve zdravotnictví. Profesní/stavovské sdružení sester by mělo přispět k vážnosti povolání sestry a posílení prestiže tohoto povolání.

**Silná profesní/stavovská organizace sester je příležitostí, jak prosazovat zásadní roli a význam sester ve vývoji kvalitní ošetrovatelské a zdravotní péče.** Měla by především prezentovat morální hodnoty profese a strategii pro vedení a směřování v oblasti celoživotního vzdělání. Mezi zásadní oblasti jejího zájmu a činnosti by měla patřit odborná hlediska, ekonomická oblast, kvalita péče, bezpečí pacientů, bezpečné pracovní prostředí a podmínky a rovněž dostupnost péče.

## 1.7 Poslání a postavení odborového svazu

Na rozdíl od stavovských a odborných společností jsou odborové organizace jedním ze subjektů kolektivního pracovního práva, jejichž posláním je formulování, prosazování, obhajování, ochrana a podporování kolektivních a individuálních zájmů zaměstnanců při utváření a stanovení pracovních, sociálních nebo hospodářských podmínek (např. problémy rozvržení pracovní doby, bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci, pracovního řádu, péče o zaměstnance, odměňování práce). Jejich posláním je tedy odlišné od poslání profesních/stavovských organizací.



Jednou ze stěžejních odborových organizací je Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky (OSZSP ČR), který je samostatným, dobrovolným, politicky, ekonomicky a organizačně nezávislým odborovým sdružením, odborovou organizací s právní osobností, založenou na demokratických principech. Posláním OSZSP ČR je chránit, obhajovat a všemi zákonnými a demokratickými prostředky prosazovat práva, potřeby a zájmy svých členů v oblasti pracovněprávní a sociální. Toto poslání plní OSZSP ČR i ve prospěch kolektivů, oborů, profesí zejména v odvětví zdravotnictví a sociální péče. Své poslání OSZSP ČR plní především v oblastech: pracovněprávních vztahů, pracovních podmínek, odměňování za práci.

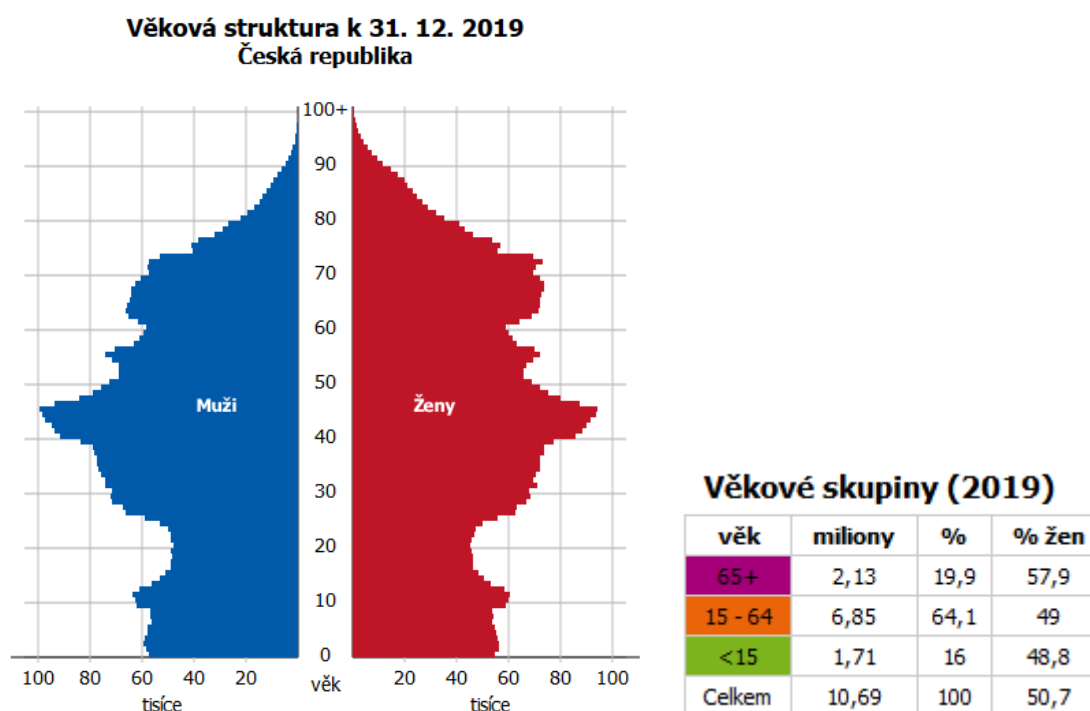
## 2 ANALYTICKÁ ČÁST

Vývoj potřeb zdravotní, tedy i ošetrovatelské péče determinují demografické a socioekonomické ukazatele. Analytická část Koncepce vychází z datových zdrojů a zdravotních registrů NZIS využitých pro analytickou studii Zdraví 2030.

Vývoj českého zdravotnictví a očekávané potřeby zdravotních i sociálních služeb jsou významně ovlivňovány strukturou populace, především je v této souvislosti podstatný predikovaný vysoký podíl starších obyvatel, a to jak mužů, tak i žen. Demografické predikce ukazují, že v následujících 30 letech dojde k významnému nárůstu podílu obyvatel starších než 60 let a obyvatel starších než 65 let (obrázek 1, 2).

S tímto vývojem bude nevyhnutelně spojena vyšší nemocnost, typická pro populaci seniorů. Populační modely v souvislosti s tím predikují očekávatelný nárůst počtu pacientů se zhoubnými nádory, nemocemi oběhové soustavy, s neurodegenerativními onemocněními a s diabetem. Tato podstatná část populace bude potřebovat dlouhodobou a téměř celodenní zdravotně-sociální péči.

Obrázek 1 Obyvatelstvo podle pohlaví, věku a věkových skupin

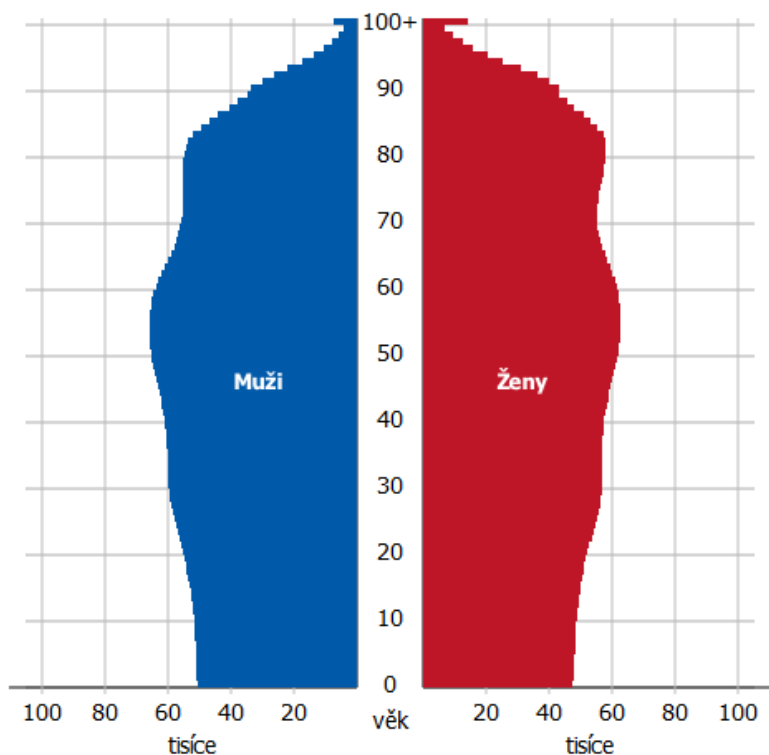


Zdroj: ČSÚ, věková struktura (31. 12. 2019)

Stárnutí populace je procesem strukturálním, což znamená, že se v průběhu času mění věkové složení populace tak, že narůstá podíl skupiny osob, které jsou považovány za staré (poproduktivní) vzhledem ke skupinám osob ne-starých, tedy osob v předproduktivním věku (děti) a osob v produktivním věku (pracující) (Rabušic, 2002). Na věkové složení populace působí celkem tři faktory: vývoj míry porodnosti, úmrtnosti a migrace. Všechny tyto faktory významně ovlivňují stárnutí populace a současně i věkovou strukturu pracovní síly ve zdravotnictví a možnosti jejího uplatnění (obrázek 2, graf 1 níže).

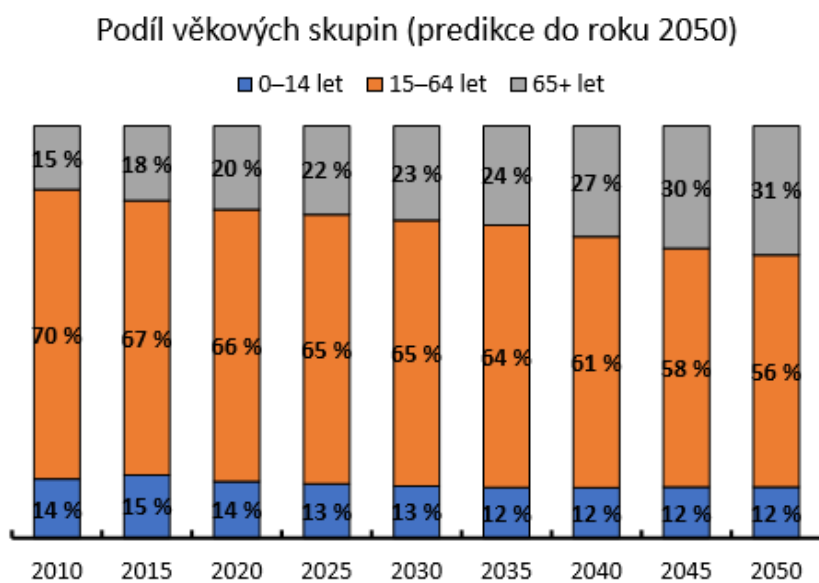
Obrázek 2 Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2101

### Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2101 Česká republika



Zdroj: ČSÚ, Projekce obyvatelstva (1950–2101)

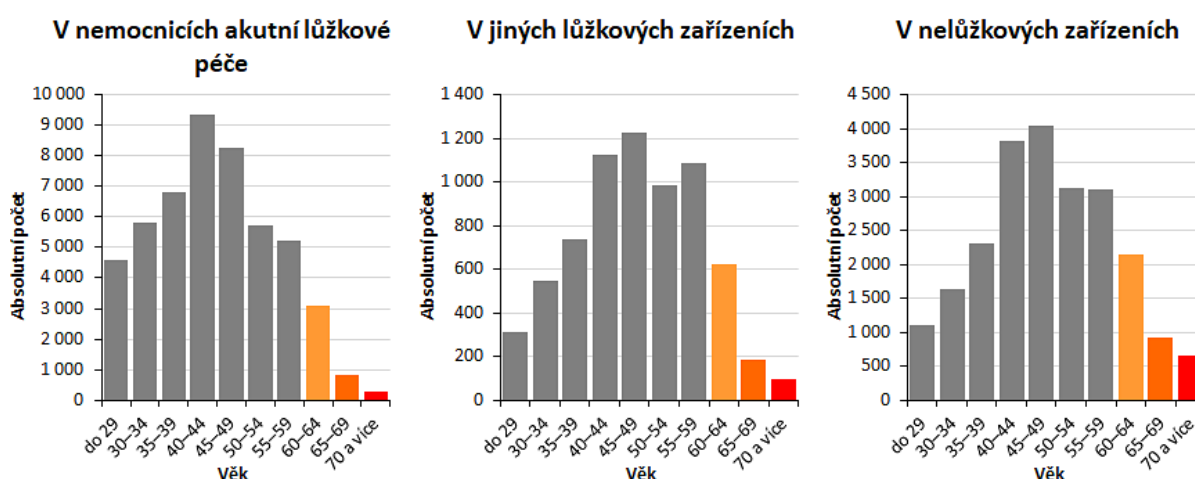
Graf 1 Trendy stárnutí české populace v projekci do roku 2050



Zdroj: ČSÚ a Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030

Stárnutí populace není problémem jen na straně poptávky po zdravotní péči, ale i na straně její nabídky, neboť stárnutí zdravotnických pracovníků (sester) s sebou přináší rostoucí riziko jejich budoucího nedostatku v určitých odbornostech/specializacích a v určitých regionech (grafy 2, 3, 4 níže). Dopad stárnutí již dnes představuje výzvu pro kapacitu poskytování dlouhodobé i následné péče. Poptávka po dlouhodobé péči se v ČR v posledních letech zvýšila. Současná organizace a financování dlouhodobé péče nejsou připraveny takové zvýšení poptávky absorbovat. Pouze graf 4 vykazuje u povolání praktická sestra mírně optimistické tendence ve věkové struktuře.

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



	V nemocnicích akutní lůžkové péče	V jiných lůžkových zařízeních	V nelůžkových zařízeních	Celkem
	N = 49 910	N = 6 925	N = 22 844	N = 79 679
<b>Průměr</b>	44 let	47 let	48 let	45 let
<b>Medián</b>	44 let	47 let	47 let	45 let
<b>Do 65 let</b>	48 811 (97,8 %)	6 638 (95,9 %)	21 259 (93,1 %)	76 708 (96,3 %)

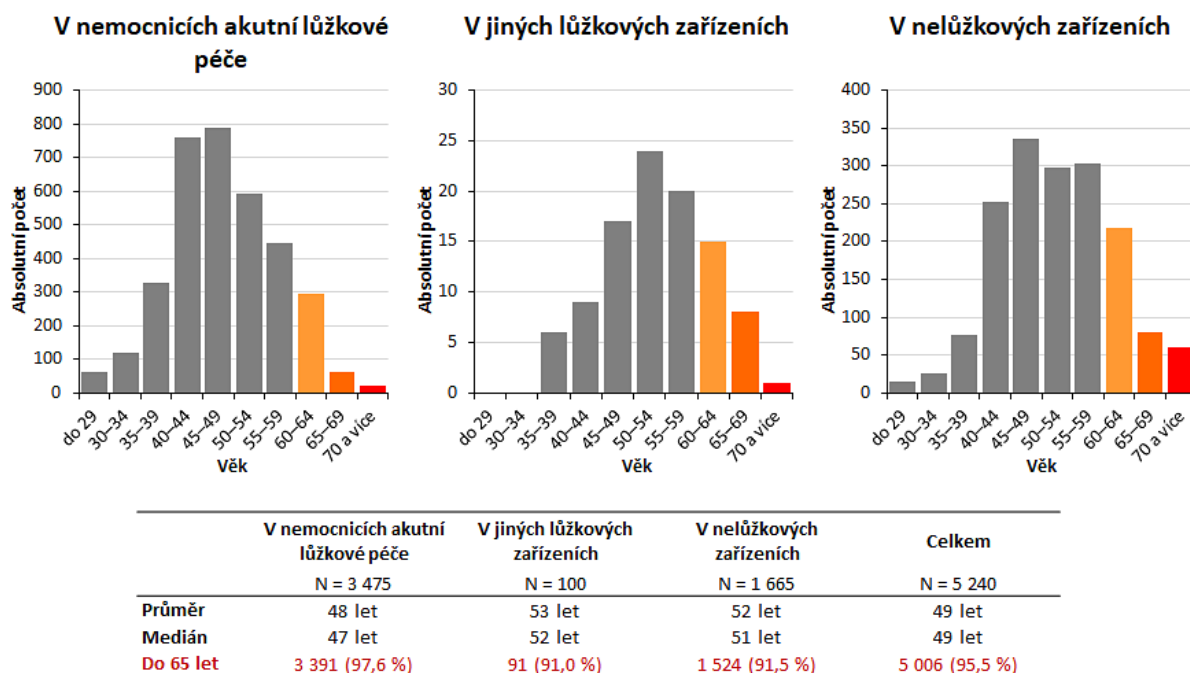
\* Pracovní zařazení je známo, pokud poskytovatel zdravotních služeb v NR-ZP uvedl, že pracovník je zaměstnán v daném oboru. Údaje do NR-ZP k 6. 2. 2020 odevdalo 100 % (137 ze 137) poskytovatelů nemocnic akutní péče, 66,8 % (17 816 z 26 652) poskytovatelů ambulantní péče a 69,3 % (1 640 z 2 365) poskytovatelů ostatních typů péče.

Zdroj: NR-ZP, 2020

Z šetření Národního registru zdravotnických pracovníků (NR-ZP) provedeného v srpnu 2020 vyplývá mírně se zvyšující průměrný věk u všeobecných sester (46 let). Z aktuálně zaměstnaných všeobecných sester v počtu 81 397 je 10 233 všeobecných sester ve věku 60 a více let, tj. 12,6 % z celkového počtu. Jedná se o alarmující počet všeobecných sester, které mohou v období následujících pěti let opustit své povolání. Tato data by měla vést k vytvoření okamžitého odhadu potřeb a modelu potřeb u poskytovatelů zdravotních služeb s ohledem nejen na stárnutí populace, ale i na počet kvalifikovaných sester, ev. specializovaných zdravotnických pracovníků. Je nutné zohlednit i každoroční počty absolventů oboru vzdělávání všeobecná sestra a praktická sestra (tabulka 2), kteří nepokryjí předpokládané počty sester odcházejících z důvodu vysokého věku a do starobního důchodu. Tyto úvahy úzce souvisí nejen s eventualitou restrukturalizace sítě poskytovatelů zdravotních služeb a definováním páteří sítě těchto poskytovatelů, ale především s posílením financování a investic do vzdělávání sester.



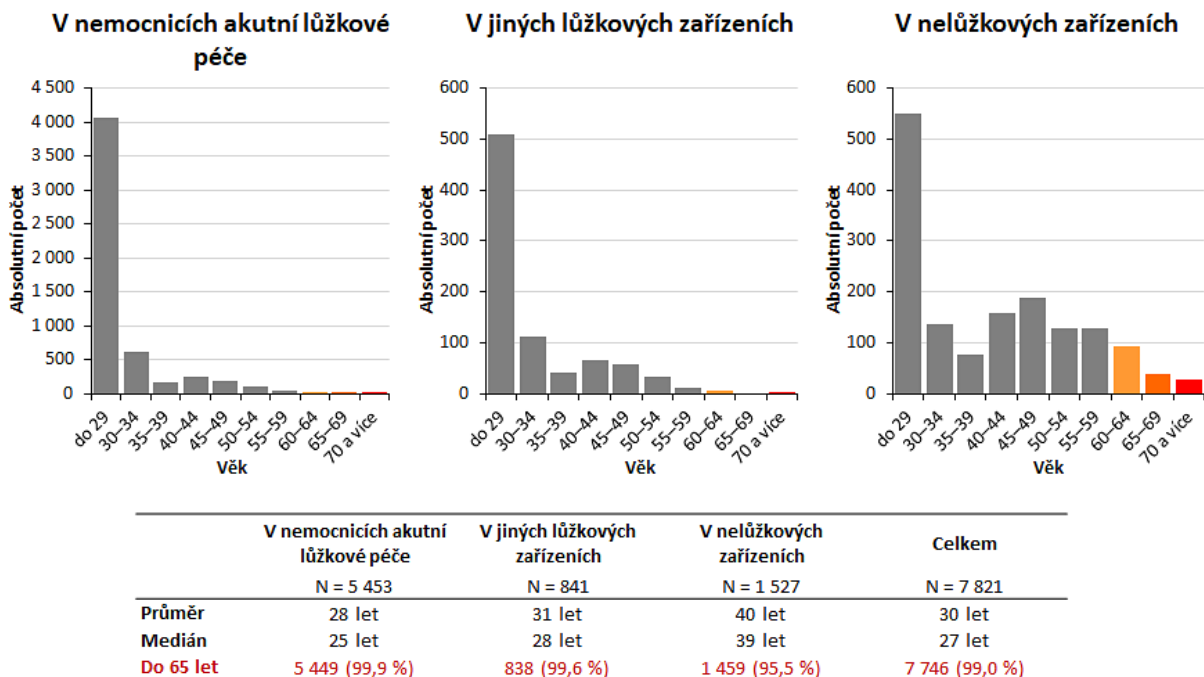
Graf 3 Věk a počet pracovníků dle pracovního zařazení – dětská sestra



\* Pracovní zařazení je známo, pokud poskytovatel zdravotních služeb v NR-ZP uvedl, že pracovník je zaměstnán v daném oboru. Údaje do NR-ZP k 6. 2. 2020 odevdzalo 100 % (137 ze 137) poskytovatelů nemocnic akutní péče, 66,8 % (17 816 z 26 652) poskytovatelů ambulanti péče a 69,3 % (1 640 z 2 365) poskytovatelů ostatních typů péče.

Zdroj: NR-ZP, 2020

Graf 4 Věk a počet pracovníků dle pracovního zařazení – praktická sestra



\* Pracovní zařazení je známo, pokud poskytovatel zdravotních služeb v NR-ZP uvedl, že pracovník je zaměstnán v daném oboru. Údaje do NR-ZP k 6. 2. 2020 odevdzalo 100 % (137 ze 137) poskytovatelů nemocnic akutní péče, 66,8 % (17 816 z 26 652) poskytovatelů ambulanti péče a 69,3 % (1 640 z 2 365) poskytovatelů ostatních typů péče.

Zdroj: NR-ZP, 2020

ÚZIS ČR provedl analýzu dat NR-ZP k 6. 2. 2020 s cílem zmapovat personální kapacitu oborů NLZP (tabulka 1). Zdrojem dat pro tuto analýzu byly počty zdravotnických pracovníků v oborech podle zákona č. 96/2004 Sb., které jsou odvozeny z údajů o dosažené odborné, specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti nebo z údajů o pracovním zařazení dané osoby. Úvazky zdravotnických pracovníků a přehledy jejich pracovního zařazení byly získány z těchto resortních statistických šetření: Roční výkaz E (MZ) 2-01/E(MZ) 3-01 o složkách platu/mzdy, personálním a provozním vybavení PZS a E (MZ) 4-01 o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců, smluvních pracovnících a odměňování.

Tabulka 1 Celkové počty ve vybraných povoláních poskytujících ošetrovatelskou péči

Obor podle zákona č. 96/2004 Sb.	Fyzické osoby celkem dle NR-ZP k 6.2.2020	Fyzické osoby do 65 let dle NR-ZP k 6.2.2020	Úvazky dle statistických výkazů za rok 2018	
	Celkový počet evidovaných	Celkový počet evidovaných	Přepočtený počet úvazků	DPP/DPČ (přepočteno na úvazky)
§ 5 Všeobecná sestra	117 173	107 980	75 905,3	2 970,5
§ 5a Dětská sestra	21 117	18 017	3 419,6	106,8
§ 6 Porodní asistentka	8 926	7 869	3 634,2	56,7
§ 21b Praktická sestra	15 283	15 188	4 314,2	260,5
§ 36 Ošetrovatel	7 000	6 908	4 907,6	156,8
§ 42 Sanitář	27 580	26 791	18 848,3	810,4

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), vlastní úprava

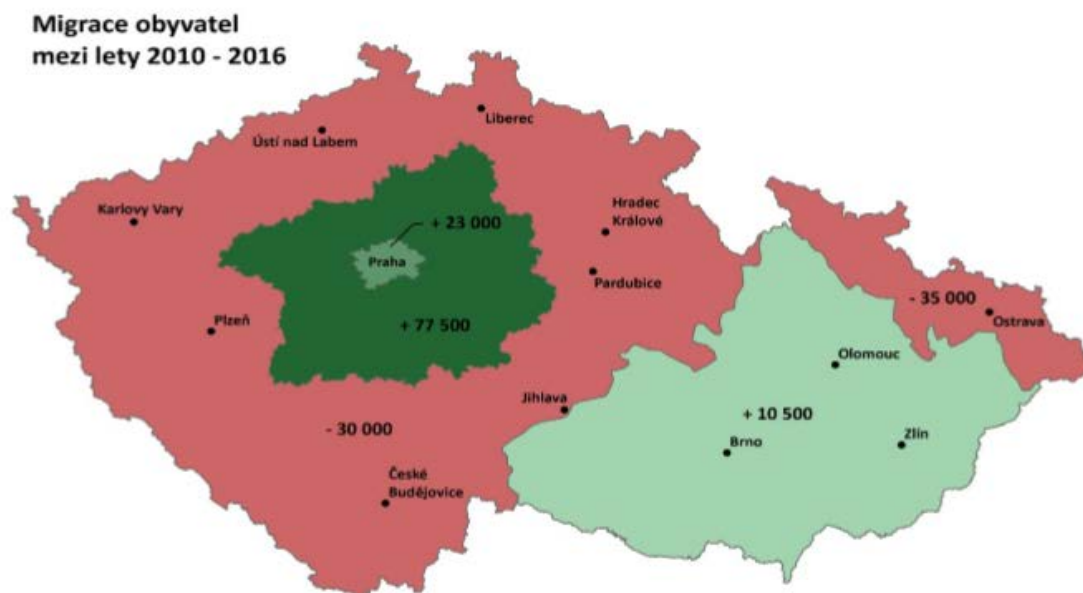
ÚZIS ČR realizoval v únoru 2020 šetření personálních kapacit přímým dotazováním na personálních odděleních všech poskytovatelů lůžkové péče v ČR. Návratnost odpovědí dosáhla více než 96 %, následná validace a číselná korekce (na základě kontroly stavu personálu) byla potřebná u méně než 1 % hlášení. Statistické šetření přímým dotazováním poskytovatelů lůžkové péče doložilo aktuálně chybějící a poptávanou kapacitu:

- 2 704 úvazků všeobecných sester,
- 264 úvazků dětských sester.

Studium rozdílů ve zdravotním stavu obyvatel ČR v jednotlivých regionech odhalilo jako jeden z dalších velmi vlivných determinantů nerovnoměrný regionální vývoj sociální a demografické skladby obyvatel, resp. asymetrickou vnitrorepublikovou migraci obyvatel. Jak vyplývá z obrázku 3, který zachycuje migraci obyvatel v ČR v letech 2010–2016, počet obyvatel v jednotlivých částech ČR se vyvíjí odlišným způsobem. V oblasti Slezska počet obyvatel klesá (v roce 2016 byla populace méně početná než v roce 2010), stejně jako ve všech českých krajích s výjimkou Středočeského kraje a hlavního města Prahy. Na Moravě počet obyvatel roste. Migrace obyvatel v ČR mezi lety 2016 a 2010 vykazuje kladné saldo především v okolí velkých měst, i když vývoj není ve všech krajích stejný. Porovnáme-li krajská města, je nárůst počtu obyvatel doložen především v Praze a jejím okolí, Brně, Liberci, Plzni a Olomouci. Záporné saldo v počtu obyvatel zaznamenala města Zlín, Pardubice, Jihlava, České Budějovice, Hradec Králové, Karlovy Vary, Ústí nad Labem a Ostrava. Lze očekávat, že bez intervencí státu, vedoucích k udržení obyvatel v menších městech, může docházet k přetlaku na kapacitu zdravotních služeb v krajských městech, v nichž je saldo migrace kladné. To se týká především Prahy, jejíž zdravotní služby jsou z velké části využívány i obyvateli Středočeského kraje a dalších regionů. V důsledku meziregionální migrace je podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí v krajích ČR velmi

nerovnoměrně rozložený, což může nepřímo negativně ovlivňovat i dostupnost zdravotní péče.

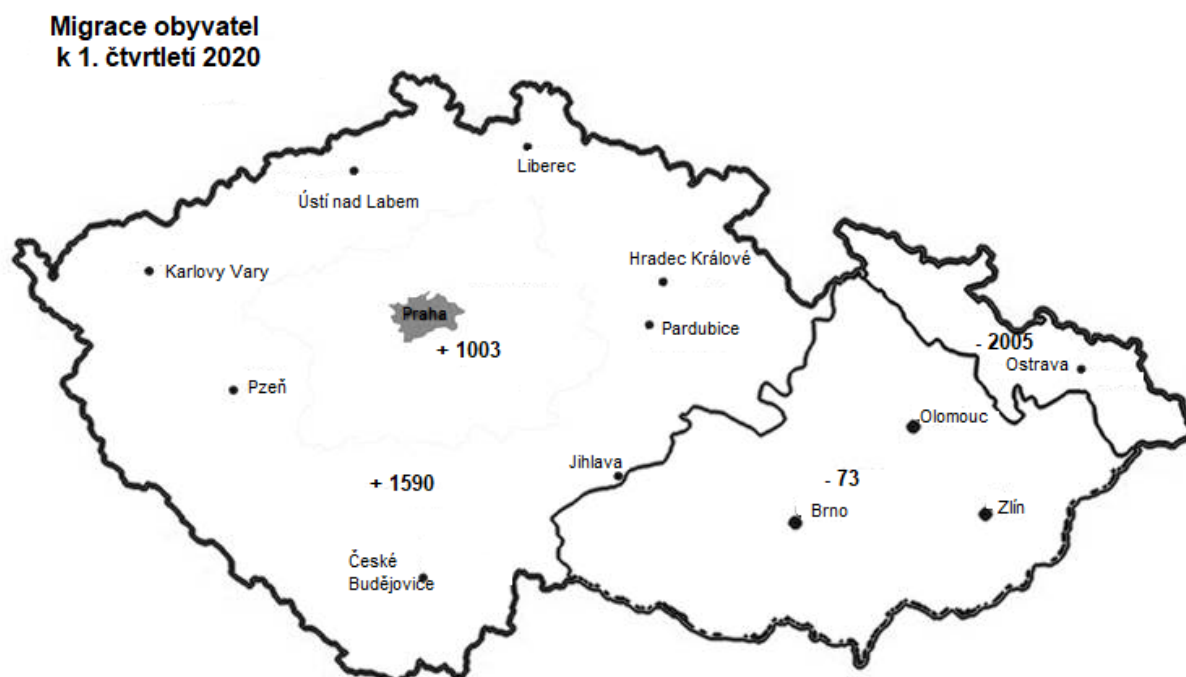
Obrázek 3 Migrace obyvatel ČR dle území Čech, Moravy a Slezska v letech 2010–2016



Zdroj: ČSÚ

Vývoj migrace obyvatelstva v jednotlivých oblastech dokumentuje i obrázek 4 níže. Jedná se o údaje z 1. čtvrtletí 2020. Počet obyvatel v jednotlivých částech ČR se zjevně vyvíjí odlišně. V porovnání s migrací obyvatel mezi lety 2010–2016 je zřejmý posun k nižším absolutním přírůstkům nebo úbytkům. Nicméně stále platí, že počet obyvatel krajských měst ve většině případů roste, přestože v příslušném regionu jako celku může obyvatelstva ubývat. Podrobné údaje uvádí tabulky 1 a 2 v Přílohách Pohyb obyvatelstva (absolutní údaje) podle regionů soudržnosti, krajů a okresů v 1. čtvrtletí 2020.

Obrázek 4 Migrace obyvatel ČR dle území Čech, Moravy a Slezska k 1. čtvrtletí roku 2020



Zdroj: Vlastní zpracování MZ dle přehledu ČSÚ

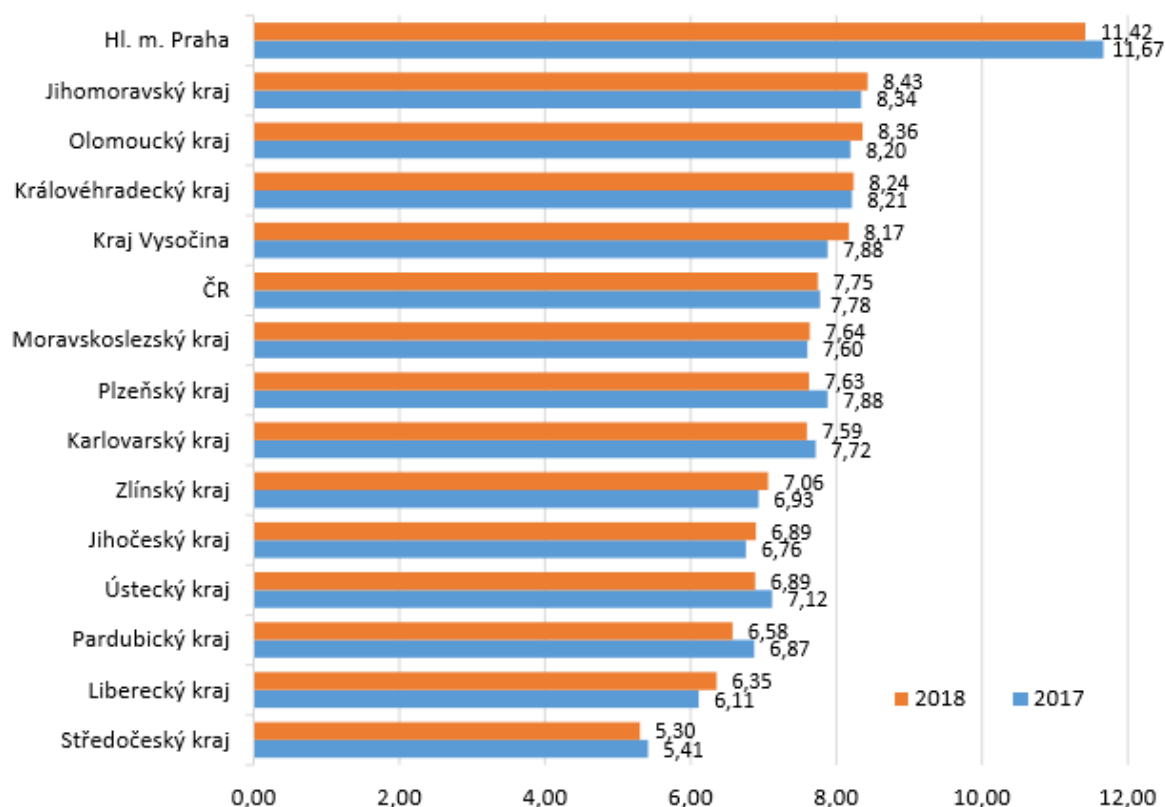
(dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/stav-a-pohyb-obyvatelstva-v-cr-1-ctvrtleti-2020>)

Specifické cíle 2.2–2.4 Strategického rámce Zdraví 2030 se zaměřují na stabilizaci sítě poskytovatelů zdravotních služeb, zejména na finanční a personální zajištění jejich kapacit. Dostatečné personální kapacity všeobecných sester jsou podmínkou dostupnosti a kvality zdravotních i zdravotně-sociálních služeb. Z tohoto důvodu se analytická část Konceptce zabývá nálezy nově získaných plošných dat NR-ZP a Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NR-PZS) uveřejněných ve Strategickém rámci Zdraví 2030, které ukazují, že v řadě segmentů není současné personální zajištění zdravotních služeb optimální. Druhým nejslabším místem je dlouhodobě nedostatečná a klesající kapacita všeobecných sester a porodních asistentek v akutní lůžkové péči. Data funkčních registrů a každoročních resortních statistických šetření lze shrnout následovně:

- Všeobecné sestry a porodní asistentky vykazují úhrnně 82 300 aktivních plných úvazků v systému.
- V ČR připadá celkově přibližně 7,8 úvazku všeobecných sester na 1 000 obyvatel, což je hodnota celkově mírně podprůměrná ve srovnání se zeměmi OECD (9 sester na 1 000 obyvatel). Ve srovnání s okolními zeměmi vyspělé Evropy jde o srovnatelný počet jako v Rakousku, avšak významně nižší než v Německu. Poměr všeobecných sester k lékařům je rovněž nižší než průměr OECD. ČR má v rámci OECD jeden z nejnižších počtů absolventů ošetřovatelství – 16 na 100 000 obyvatel – a v posledních letech vykazuje klesající trend.

Jak uvádí Strategický rámec Zdraví 2030, zásadním problémem v dostupnosti kapacit není nízký absolutní počet dostupných úvazků všeobecných sester, ale jejich nerovnoměrná distribuce v regionech a v různých segmentech péče a kontinuálně klesající kapacita úvazků všeobecných sester v akutní lůžkové péči. Na regionální distribuci úvazků všeobecných sester a porodních asistentek je stále jasně patrný vliv velkých měst, avšak nikoli poskytovatelů akutní lůžkové péče v těchto městech. Naopak ve Středočeském a Libereckém kraji připadá méně než 6,5 úvazku všeobecných sester na 1 000 obyvatel. Tyto hodnoty lze interpretovat jako silně podprůměrné i z mezinárodního hlediska. V regionálních přehledech je rovněž patrný významný nepoměr mezi kapacitou všeobecných sester dostupnou pro akutní lůžkovou péči a pro péči dlouhodobou a následnou. Výrazně nižší počet úvazků všeobecných sester v neakutní lůžkové péči reflektuje nevyváženě nízký počet lůžek v tomto segmentu péče. Tato situace nevyhnutelně vede ke zvýšené zátěži akutní lůžkové péče včetně jejího využívání pro řešení zdravotních problémů umírajících (graf 5).

Graf 5 Počet úvazků všeobecných sester a porodních asistentek na 1 000 obyvatel v rámci krajů ČR ve všech segmentech péče v roce 2017 a 2018

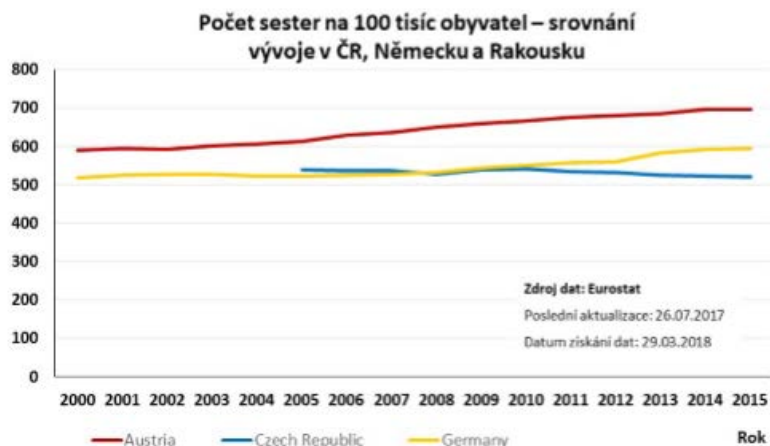


Zdroj: ÚZIS ČR

Hlavním problémem kapacity všeobecných sester v českém zdravotnictví je dostupnost kapacit v lůžkové péči, zejména ve směnném provozu akutní lůžkové péče.

Mezinárodní šetření zaměřené na počty všeobecných sester v lůžkové péči (EUROSTAT, 2015) odhalilo, že celkový počet všeobecných sester v tomto segmentu péče je v ČR významně nižší než v řadě zemí se srovnatelnou úrovní zdravotnictví, např. v Německu či Rakousku (graf 6).

Graf 6 Počet všeobecných sester na 100 tisíc obyvatel – srovnání vývoje v ČR, Německu a Rakousku



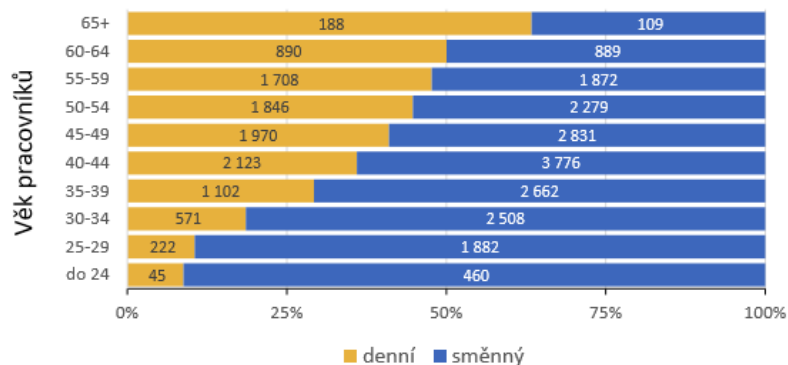
Zdroj: Eurostat

Nadto kapacity všeobecných sester zejména v akutní lůžkové péči setrvale klesají. Od roku 2010 opustilo segment akutní lůžkové péče v ČR více než 2 000 úvazků všeobecných sester. Tento fakt již v současnosti limituje dosažitelnou obložnost akutních lůžek a vede k dočasnému uzavírání celých lůžkových stanic. Problémem je též dostupnost všeobecných sester v segmentu pobytových sociálních služeb, ve kterých je poskytována zdravotní péče. Práce všeobecných sester ve směnném provozu je náročná a je uváděna jako jeden z důvodů odchodu všeobecných sester z tohoto segmentu péče (graf 7).

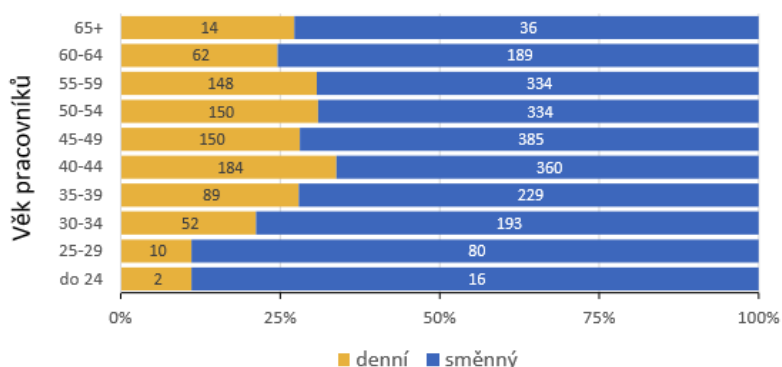
Dle NR-ZP celkově v ČR pracuje ve směnném provozu cca 39 800 všeobecných sester jako fyzických osob; tyto osoby pokrývají cca 35 000 plných přepočtených úvazků (dle výsledků resortních statistických šetření). Vztaheno na celkový počet všeobecných sester, dětských sester a porodních asistentek v ČR, pak ve směnném provozu jakékoli lůžkové péče pracuje 48 % z celkového počtu fyzických osob a 42 % z celkového objemu úvazků všeobecných sester v ČR. V akutní lůžkové péči pracuje ve směnném provozu 64 % všeobecných sester, což činí cca 35 600 fyzických osob, pokrývajících cca 30 800 plných přepočtených úvazků, a v ostatní lůžkové péči pracuje ve směnném provozu 71 % všeobecných sester, což činí cca 4 190 fyzických osob, pokrývajících cca 4 180 plných přepočtených úvazků (graf 7).

Graf 7 Práce všeobecných sester ve směnném provozu lůžkové péče

**PZS akutní  
lůžkové péče**



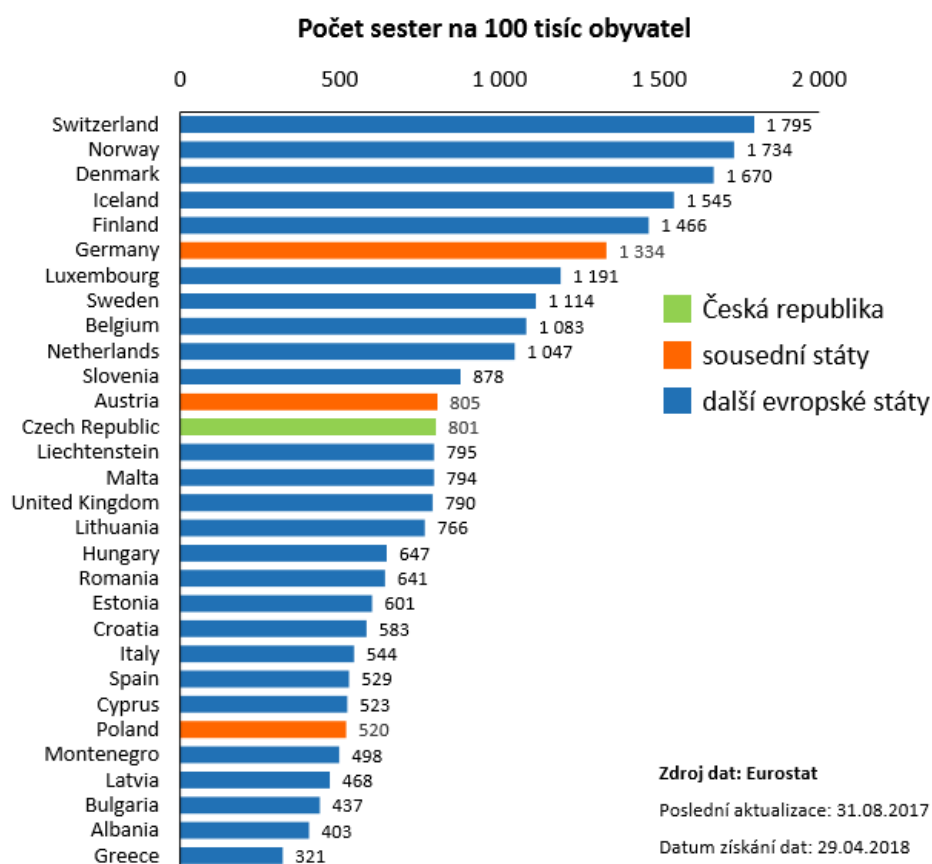
**PZS následné  
lůžkové péče**



Zdroj: NR-ZP a mimořádné resortní statistické šetření (2018)

Přestože výše uvedené statistické údaje vyznívají pro počty sester v ČR mírně nepříznivě, celkový počet sester ve zdravotnickém systému v ČR dle dostupných mezinárodních srovnání zemí OECD zhruba odpovídá průměru, který činí 844 sester na 100 000 obyvatel (graf 8).

Graf 8 Mezinárodní srovnání počtů všeobecných sester



Zdroj: pro ČR NR-HZS, Eurostat

Na situaci v personální oblasti má mimo uvedené faktory vliv demografický pokles počtu žáků, menší zájem o zdravotnické obory, pokles celkového počtu absolventů ošetrovatelských oborů a podíl absolventů, kteří do výkonu zdravotnického povolání skutečně nastoupí (viz tabulka 2 níže).

Tabulka 2 Absolventi podle typu vzdělavatelů za rok 2018 a 2019

Obor podle zákona č. 96/2004 Sb.	Rok 2018						Rok 2019*					
	VŠ univ. lékařské fakulty	VŠ jiné	VOŠ	SŠ	MZ ČR (uznání)	Celkem	VŠ univ. lékařské fakulty	VŠ jiné	VOŠ	SŠ	MZ ČR (uznání)	Celkem
§ 5 Všeobecná sestra	208	708	531		158	1605	179	607	214	283	177	1460
§ 5a Dětská sestra					3	3					3	3
§ 6 Porodní asistentka	52	163			6	221	46	131			9	186
§ 21b Praktická sestra				1373	87	1460			216	1225	93	1534

\* Předběžné údaje, probíhá závěrečná validace dat za rok 2019.

Zdroj: NR-ZP



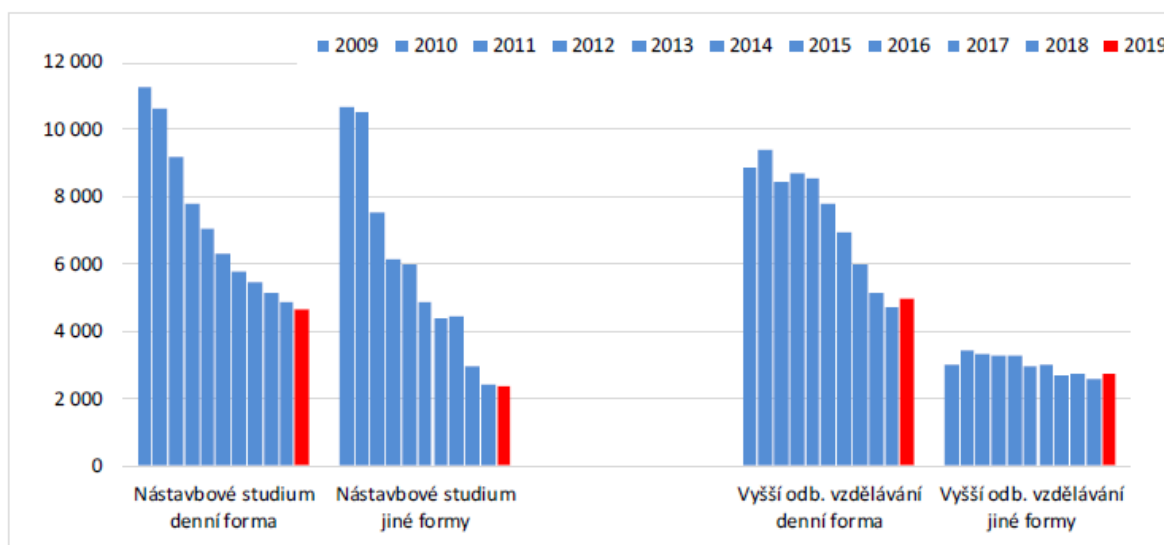
Skupina oborů vzdělávání 53 Zdravotnictví zahrnuje celkem 8 oborů včetně nástavbového studia oboru ošetřovatel, zakončeného vystavením výučního listu. Pozitivní rysem je vysoká motivovanost žáků ke studiu a k uplatnění v daném povolání. Šetření provedená NÚV v roce 2015 ukazují, že zcela rozhodujícím důvodem pro studium zdravotnického oboru je zájem o daný obor (95 % žáků) a předpoklad snadného uplatnění na trhu práce (84 %). Absolventi zdravotnických oborů se dobře uplatňují na trhu práce a vykazují výrazně podprůměrné hodnoty nezaměstnanosti ve všech typech vzdělání. Poměrně vysoký podíl žáků zdravotnických oborů pokračuje v terciárním vzdělávání na vysokých a vyšších odborných školách. Provedená analýza rámcově vzdělávacích programů a školních vzdělávacích programů nebo jejich částí ukázala, že je žádoucí přesněji stanovit základní obsah odborné vzdělávací oblasti a zejména požadované výsledky vzdělávání. Ty byly formulovány, aby vymezovaly nejen vědomosti, ale i dovednosti a postoje a byly využitelné pro sledování pokroku ve vzdělávání žáka a jeho hodnocení v souladu s rozvojem příslušného zdravotnického oboru.

Navzdory tomu měla podle celostátního průzkumu neziskové organizace HealthCare Institute (HCI) provedeného v roce 2016 zájem nastoupit k poskytovatelům lůžkové péče jen třetina studentů a studentek posledních ročníků středních a vyšších odborných zdravotnických škol a necelá polovina vysokoškoláků. Většina chce tedy pracovat v ambulancích či farmacii nebo nemají vůbec v plánu ve vystudovaném oboru pracovat. V rámci pilotního ročníku celostátního průzkumu Barometr mezi studenty zdravotnických škol byli osloveni studenti z celkem 109 středních, vyšších odborných a vysokých zdravotnických škol v ČR. Celkově se do tohoto průzkumu, který byl primárně zaměřen na studenty 3. a 4. ročníků SŠ, 1. až 3. ročníků VOŠ a 1. až 3. ročníků VŠ, zapojilo 1 583 respondentů. Hlavní faktory, které studenty SŠ, VOŠ a VŠ ovlivňují při výběru místa vykonávání jejich budoucí praxe v České republice, jsou plat, pracovní kolektiv a také lokalita nemocnice včetně její dostupnosti a možnosti dopravy. Naproti tomu studenti, kteří mají v plánu po ukončení studia hledat zaměstnání mimo segment zdravotnictví, uvádějí jako nejčastější příčiny svého rozhodnutí nedostatečné finanční ohodnocení nelékařského povolání, „špatnou volbu oboru“ (ve smyslu nepřipravenosti na práci s lidmi a ve směnách) a neadekvátní prestiž nelékařského zdravotnického povolání. Obdobné závěry vyplynuly z průzkumu provedeného HCI v roce 2017, během něhož byli osloveni studenti z celkem 109 středních, vyšších odborných a vysokých zdravotnických škol v České republice. Celkově se do tohoto průzkumu, který byl primárně zaměřen na studenty 3. a 4. ročníků SŠ, 1. až 3. ročníků VOŠ a 1. až 3. ročníků VŠ, zapojilo 2 052 studentů.

Šetření uplatnění absolventů vzdělávacích programů NLZP v praxi z let 2018–2019, které vycházelo z dat NR-ZP a bylo provedeno v srpnu 2020 a jehož výsledky byly publikovány v témže roce, ukazuje, že z celkového počtu 2 634 absolventů oboru všeobecná sestra je v současné době v příslušném povolání zaměstnáno 1 913 absolventů, tj. 72,6 %. Je nutné eliminovat důvody, které absolventy vedou k hledání zaměstnání mimo resort zdravotnictví.

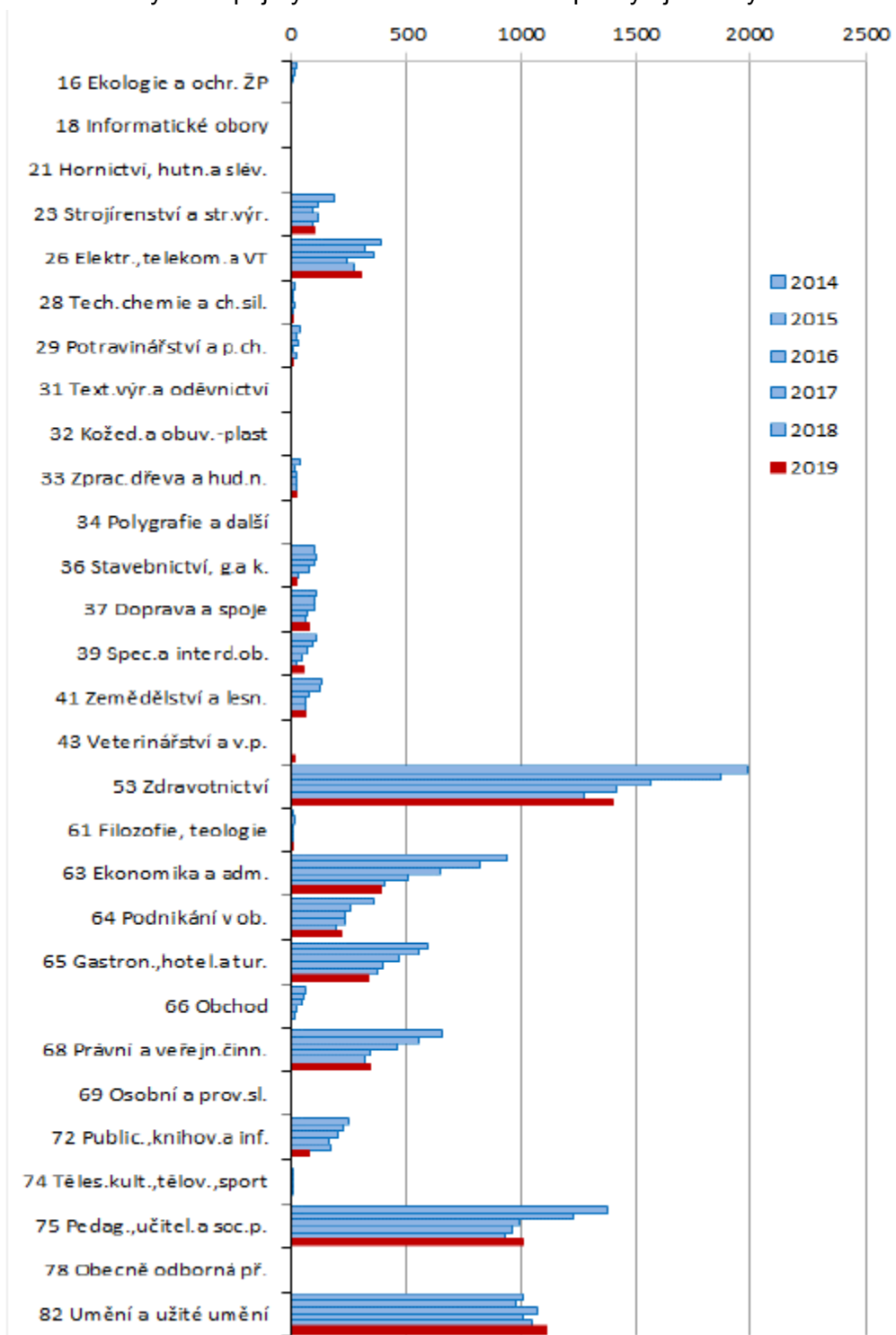
Také demografický vývoj podílu patnáctiletých osob na obyvatelstvu ČR není pro současné PZS (poskytovatele zdravotních služeb) v posledním období příznivý, neboť počty vycházejících absolventů se nacházejí na minimu. Z demografických údajů je patrné, že možné zlepšení se projeví až po roce 2020 a ještě výrazněji po roce 2023. Rovněž můžeme sledovat dlouhodobý pokles zájmu o studium na VOŠ, který je ovlivněn zvyšující se dostupností bakalářského vzdělání na vysokých školách (graf 9, 10).

Graf 9 Vývoj počtu žáků a studentů přijatých do 1. ročníků nástavbového vyššího odborného vzdělávání



Zdroj: NPI ČR

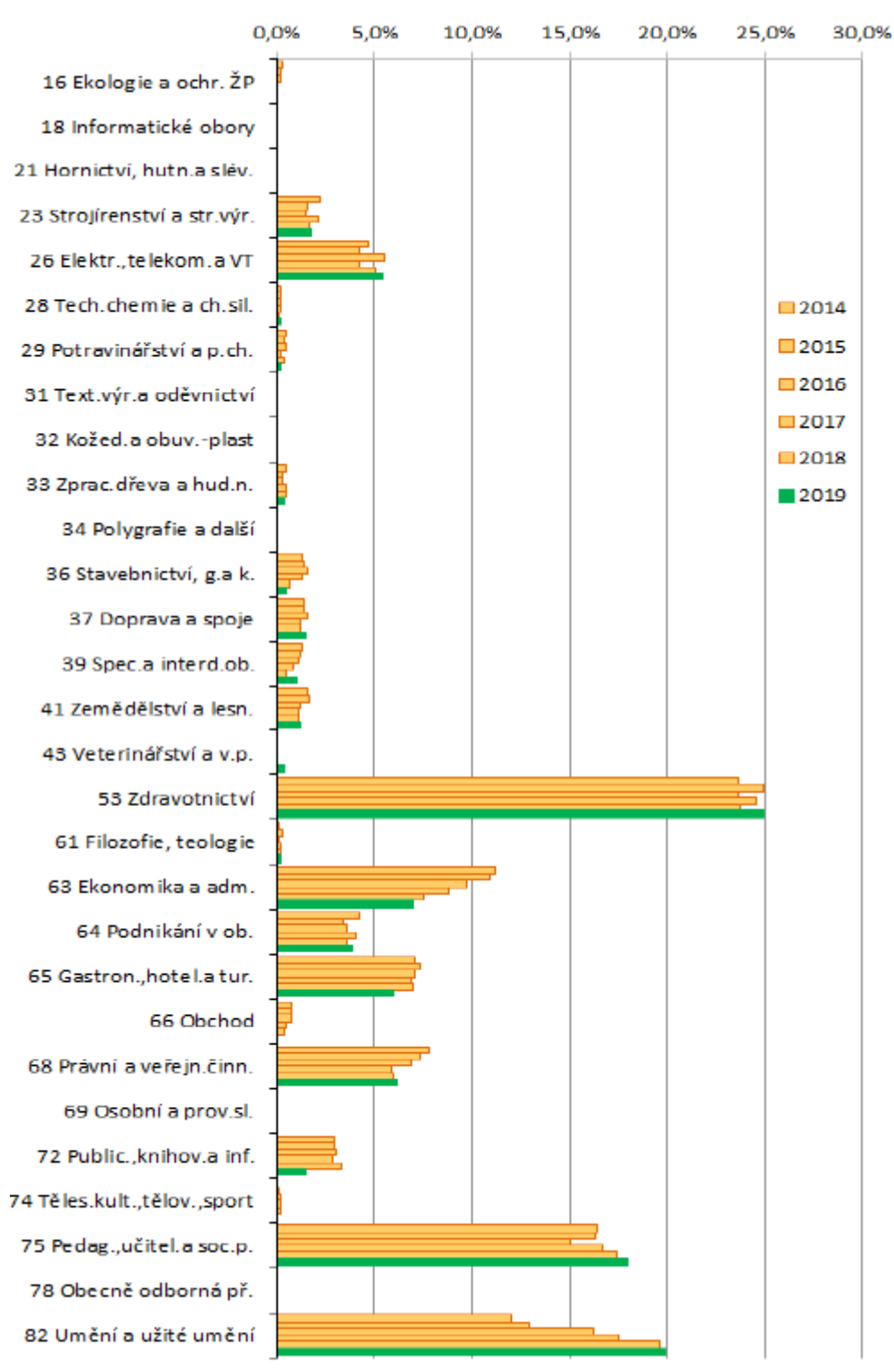
Graf 10 Počty žáků přijatých do 1. ročníku oborů poskytujících vyšší odborné vzdělání



Zdroj: NPI ČR

Rozložení žáků přijatých do 1. ročníků podle jednotlivých oborů se v posledních letech proměňovalo, nyní je meziroční nárůst vykazován ve skupinách oborů Zdravotnictví, viz graf 11.

Graf 11 Podíly žáků přijatých do 1. ročníku oborů poskytujících vyšší odborné vzdělání



Zdroj: NPI ČR

Aktuální personální krize v českém zdravotnictví je dána z největší části nedostatkem nelékařských povolání, sester. Tento stav je způsoben celou řadou faktorů a při jeho řešení je nutné zaměřit se na dva úkoly. **Prvním z nich je personální stabilizace, tj. přijetí souboru opatření k udržení současných sester, příp. návratu těch, které zdravotnictví z různých důvodů opustily. Druhým pak zvýšit počet zájemců o studium na středních zdravotnických školách, tedy i počet absolventů.** Zvýšení počtu zájemců o studium na středních zdravotnických školách je v současné době podporováno kampaní Studuj zdrávku. Jedná se o společný projekt Unie zaměstnavatelských svazů ČR a MZ za podpory odborových svazů. Jeho cílem je přilákat mladé lidi ke studiu na středních a vyšších odborných zdravotnických školách a k práci ve zdravotnictví.

Uvedené demografické a socioekonomické ukazatele jasně dokládají, že resort zdravotnictví nutně potřebuje odpovídající, koncepčně pojatý a dlouhodobě udržitelný plán nejen v oblasti poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Koncepční řešení by mělo vycházet z dobré znalosti stávajícího stavu, krátkodobých i dlouhodobých trendů a mělo by být schopné z nich vyvodit prospektivně účinná opatření. Koncepce ošetrovatelství prostřednictvím této analytické části reflektuje současnou situaci a reaguje na ni ve vytyčených strategických cílech.

## 2.1 Ošetrovatelství v 21. století

Ošetrovatelství se v průběhu historie konstituovalo zvolna, postupně a nejprve skrze praktickou činnost sestry. Později byly položeny základy jeho teorie a formulovány jeho základní ideje, a to především zásluhou teoretiček ošetrovatelství. Pod pojmem ošetrovatelství dnes rozumíme určitý soubor koncepcí, teorií, vědní disciplínu, ale také typ vzdělání, profesi či praktickou činnost. Teorie ošetrovatelství je neustále obohacována o nové poznatky a je pevně spjata s ošetrovatelskou praxí. Vzájemný vztah teorie a praxe v rámci ošetrovatelství lze připodobnit ke kruhu: teorie je aplikovaná v praxi a poznatky získané z praxe jsou využívány pro obohacení a rozšíření teorie (Stasková a kol., 2019).

### 2.1.1 Postavení současné sestry

Povolání sestry patří mezi fyzicky i psychicky náročná. Náročnost spatřujeme především v propojení specializovaných vědomostí a dovedností, které by sestra měla být schopna využít v ošetrovatelské praxi, konkrétně v péči o jiné lidi. Úkolem sester ve společnosti je především preventivní péče, péče o pacienty a pomoc při navrácení zdraví. Zásadní vliv na osobnost sestry v jejím povolání má především její bezprostřední zkušenost s onemocněním, trápením a smrtí druhých lidí. Tyto zážitky přestávají být v praktickém světě ošetrovatelství abstraktním pojmem a stávají se reálnou zkušeností z ošetřování a péče o pacienty. Sestry jsou svědky pláče, zoufalství, bolesti i nářků. Současně ale také svědky uzdravení, zrodu nových životů a návratů zpět do života.

Podle Joyce E. Travelbee (1966) je „sestra schopna pomoci nemocnému najít smysl pouze v případě, je-li schopna vytvořit a udržet vztah člověka k člověku“. Současně Travelbee zdůrazňuje, „že k vytvoření mezilidského vztahu mezi sestrou a pacientem je potřeba vzájemných zkušeností, jejichž hlavní charakteristikou je dosažení potřeby ošetřování“ (Stasková a kol., 2019).

Současné zdravotnické prostředí se potýká s řadou významných problémů především v oblastech personálních, ekonomických i organizačních. To vše ovlivňuje postavení sester v praktickém světě ošetrovatelství. Práce sestry je většinou náročná, má veliký vliv i na osobní život sester, práce v nepřetržitém režimu – denních i nočních směnách – ovlivňuje biorytmus. Dlouhodobé a úspěšné zvládnání povolání sestry by mělo být propojeno s určitými „zásadami“, které sestry ve svém osobním životě dodržují, např. pokusit se ve volném čase zcela zrelaxovat, nepřenášet pracovní zátěž do soukromého života, být aktivní, sportovat a věnovat se činnostem, které je baví.

Očekávání veřejnosti, jak odborné, tak laické, jsou však veliká: sestry současného i budoucího světa by měly mít vysokou úroveň znalostí, měly by umět kriticky myslet, být empatické, inovovat a rovněž aktivně plánovat svoji budoucnost.

Budoucnost českých sester závisí především na jejich (Škrlovi, 2003):

- schopnosti získat zdravou sebedůvěru a sebehodnotu, neboť pouze sestry mohou ovlivnit, jak je společnost vnímá, a to především svým chováním a jednáním,
- schopnosti nečekat na svou budoucnost, ale aktivně si ji vytvářet prostřednictvím profesních skupin,
- schopnosti vidět ošetrovatelství jako kariéru, nikoliv jako zaměstnání,
- schopnosti a touze získat a rozšiřovat si kompetence,
- osobní odpovědnosti (vzdělání, práce, kariéra),
- schopnosti rozhodovat se na základě důkazů, ne emocí nebo domněnek,
- schopnosti prosadit profesionální rovnocennost a partnerské vztahy v týmu spolupracovníků,
- budování sítí známostí a strategických kontaktů (networkingu),
- v jednotném vystupování na veřejnosti a vybudování profesionální image,
- schopnosti zvládnout stres a frustrace.

Současná role a postavení sester v ošetrovatelství má v různých zemích některé společné znaky, ale i řadu odlišností. Postavení sester a ošetrovatelství bylo a je ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními, ekonomickými a politickými faktory. Na postavení sester v 21. století mají svůj dopad změny politického a společenského života, technický vývoj, digitalizace, demografické změny, stárnutí populace a proměna klientské populace, proměna generací, které měly a budou mít vliv na vzdělávání v ošetrovatelství, celospolečenská prestiž zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči, organizace poskytování zdravotní péče, integrace a obsluha nových zdravotnických prostředků. Nelze taktéž opomenout epidemiologické faktory.

Současným trendem v Evropě je posun kvalifikačních kritérií na úroveň terciárního vzdělávání. Ozývá se však i kritika „přešlechtování“ sester v akademické absolventky bez dostatečných praktických dovedností a je požadováno navrácení kvalifikační přípravy všeobecné sestry na střední zdravotnické školy.

Svět současného ošetrovatelství, resp. sester, je nutné vidět nejen z pohledu, který popisujeme výše, ale jsme rovněž povinni vnímat i nedostatečnou a chybějící péči o sestru jako bytost. V praxi to znamená, že především sestry v nepřetržitém režimu jsou časově přetížené. Jsou vyčerpané a unavené, následně vystavené rodinným povinnostem, které často jejich energii rovněž ubírají. V ošetrovatelském světě tak poukážeme na absenci

péče o sestry jako o profesi. Sestrám chybí dostatečný spánek, odpočinek, relaxace a získání nové energie pro další práci.

### 2.1.2 Postavení pacientů a jejich podpora v praxi

Při péči o pacienta je nutné zohlednit jeho celkový stav, respektovat ho jako autonomní bytost, která má právo spolurozhodovat a rozhodovat o svém zdraví. Sestry by měly své pacienty především podporovat a pomoci jim přijmout nové situace plynoucí z nemoci, z léčby či z nově nastoleného smyslu života.

Sestry a ostatní členové ošetrovatelského týmu mají velmi často snahu soustředit se především na fyzickou stránku pacienta a jeho nemoci. V současném ošetrovatelství je ale zcela nezbytné, aby se sestry zaměřovaly i na psychiku a spiritualitu člověka, jeho vnímání, rozpoložení a osobnost. **Sestry by měly mít zájem o člověka jako takového, o jeho celou, komplexní bytost.**

Cílem ošetrovatelského týmu při péči o pacienta by měla být především jeho podpora, pomoc při zvládnutí strachu a úzkostí a předání potřebných a důležitých informací. Velmi významná úloha ošetrovatelského týmu spočívá rovněž v pomoci pacientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnost za své vlastní zdraví. Sestry by měly své pacienty respektovat a dovolit jim žít tak, jak si přejí. Pacienti se svým životním stylem si sami zvolí, jak budou žít, zda budou respektovat léčebná opatření, nebo na svém chování nic nezmění. Pacienti velmi často znají následky svého rozhodnutí, a přesto nechtějí akceptovat nabídku pomoci. Je proto nezbytné, aby si sestry uvědomovaly svou povinnost pečovat o psychiku pacienta a podporovaly jej efektivní edukací. Aby v rámci edukace uměly pravdivě a pokud možno ohleduplně sdělit pacientovi důvody, proč je nutné, aby změnil své chování, a současně aby dovedly poskytnout účinnou radu a pomoc. Edukační činnost provádí sestra v rámci edukačního procesu: spolu s pacientem stanovuje cíle, které berou v úvahu jeho připravenost ke změně vlastního chování. Sestra přitom dle potřeby působí na pacienta a prostředí tak, aby bylo změny v chování dosaženo.

Ošetrovatelský tým by měl ve vztahu k pacientům především:

- mít schopnost podporovat práva pacientů, zajistit jim co nejlepší kvalitu poskytované péče, aby se pacienti stali aktivními účastníky péče o své zdraví;
- poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči pacientům s ohledem na jejich kulturní a etnický původ, sexuální orientaci, genderovou identitu, socioekonomický status, fyzické, kognitivní nebo duševní schopnosti a hodnoty nebo přesvědčení;
- provádět kvalitní edukaci pacienta, jeho blízkých, jiných osob včetně pečovatelů a zdravotnických pracovníků;
- vytvářet, předávat a hodnotit vzdělávací materiály založené na důkazech a zaměřené na podporu zdraví a primární, sekundární a terciární prevenci onemocnění u pacientů a jejich rodin, které zohledňují a chrání individuální, sociální a profesní determinanty zdraví příslušné populace;
- pracovat na zvyšování zdravotní gramotnosti a podpoře sebeřízení pacientů pro prevenci negativních dopadů rizikových faktorů a onemocnění;

- identifikovat dostupné zdravotnické programy a informovat o nich pacienty a podporovat je v oblasti přístupu k těmto programům.

## 2.2 Sestra – regulované povolání

Profese sestry patří mezi státem regulované profese a mohou ji vykonávat pouze ty osoby, které splňují dané normy regulovaného povolání. Pojmem regulované povolání rozumíme povolání nebo činnost, pro jejichž výkon jsou právními předpisy členského státu EU předepsány určité požadavky, bez jejichž splnění nemůže osoba tuto profesi či činnost vykonávat. Jedná se např. o stupeň a obor vzdělání, bezúhonnost, zdravotní způsobilost. Uznávání odborných kvalifikací v rámci EU je proto nezbytnou součástí pro dobré fungování vnitřního trhu, zejména s ohledem na volný pohyb pracovníků a služeb. Současně regulace přináší ošetřovatelské profesi a všem jejím členům pevné postavení, soudržnost a integritu.

Sesterská profese se od druhé poloviny 20. století výrazně mění. Ošetřovatelská péče již neznamena pouze zajištění všech ordinací lékaře a poskytnutí základní ošetřovatelské péče, neznamena ani pouhou péči o nemocného člověka. V souvislosti s rozvojem nových poznatků o zdraví člověka se sestra stala samostatným nepostradatelným zdravotnickým pracovníkem. S tím roste i její zodpovědnost a postupně se zvyšují její kompetence. Od sestry se v současnosti očekává větší odbornost, která jde ruku v ruce s vlastnostmi, jako je samostatnost a zodpovědnost. Profese sestry je považována za jedno z nejnáročnějších povolání, které působí na fyzickou i psychickou schránku člověka. Je nutné zdůraznit, že málokdo je svědkem tolika lidských neštěstí, lidského utrpení a umírání jako sestra.

Postavení sester a poskytování ošetřovatelské péče v ČR je ukotveno v následujících normách. Základní úprava pro poskytování zdravotní péče v ČR je stanovena zákonem č. 372/2011 Sb. Zákon č. 372/2011 Sb. definuje, co je zdravotní péče a kdo je oprávněn ji poskytovat. Současně je ustanovením § 5 odst. 2 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb. vymezena ošetřovatelská péče. Účelem ošetřovatelská péče je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné pacienty, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti. Podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry jsou definovány v zákoně č. 96/2004 Sb. a jeho prováděcími právními předpisy, zejména vyhláškou č. 55/2011 Sb. Požadavky na obsahovou náplň studijních/vzdělávacích programů k získání odborné způsobilosti všeobecné sestry jsou stanoveny vyhláškou č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 39/2005 Sb.“). Rozsah minimálních požadavků pro studijní/vzdělávací program k získání způsobilosti všeobecné sestry stanovených v § 4 vyhlášky č. 39/2005 Sb. byl zveřejněn ve Věstníku MZ, částka 6, 2008 v podobě národního vzdělávacího standardu pro regulované povolání všeobecná sestra. Metodický pokyn byl vydán ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Tento metodický pokyn byl v současné době nahrazen Kvalifikačním standardem k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní/vzdělávací program v oboru všeobecná sestra, který specifikuje podrobněji minimální požadavky na bakalářský studijní



program nebo vzdělávací program vyšší odborné školy. Studijní/vzdělávací programy podléhají akreditačnímu řízení, ke kterému MZ vydává souhlasné stanovisko, že absolventi budou odpovídajícím způsobem připraveni k výkonu regulovaného zdravotnického povolání.

Ošetrovatelské vzdělávání prošlo na přelomu 20. a 21. století obrovskými změnami, které byly způsobeny transformací zdravotnictví, zvyšující se náročností profesionální přípravy a sjednocením přípravy sester v rámci EU. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES (dále jen „směrnice“) podmiňuje kvalifikační přípravu sester:

- a) ukončením všeobecného školního vzdělání v trvání 12 let, potvrzeného diplomem, osvědčením nebo jiným dokladem vydaným příslušnými orgány nebo subjekty členského státu nebo osvědčením o složení přijímací zkoušky na rovnocenné úrovni, jež umožňuje přístup ke studiu na vysoké škole nebo v zařízeních vyššího vzdělávání na úrovni uznané za rovnocennou, nebo
- b) ukončením všeobecného školního vzdělání v trvání alespoň 10 let, potvrzeného diplomem, osvědčením nebo jiným dokladem vydaným příslušnými orgány nebo subjekty členského státu nebo osvědčením o složení přijímací zkoušky na rovnocenné úrovni, jež umožňuje přístup ke studiu ve škole nebo programu pro odborné vzdělávání zdravotních sester a ošetrovatelů.

Odborná příprava všeobecných sester odpovědných za ošetrovatelskou péči zahrnuje nejméně tři roky studia (lze vyjádřit rovněž v odpovídajících kreditech ECTS), přičemž zahrnuje nejméně 4 600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování. Délka teoretické výuky představuje alespoň jednu třetinu a délka praktického vyučování alespoň jednu polovinu minimální délky odborné přípravy. Členské státy mohou poskytnout částečnou výjimku odborníkům, kteří absolvovali část výuky formou jiného výcviku, který má alespoň rovnocennou úroveň. Na základě toho byla přijata v České republice opatření s ukotvením v právních předpisech (zákon č. 96/2004Sb. a jeho prováděcí předpisy) pro získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry ve zkrácené délce studia, které je určeno zejména praktickým sestrám. Odborná příprava všeobecných sester odpovědných za ošetrovatelskou péči zaručí, že dotyčná osoba získala tyto znalosti a dovednosti:

- a) komplexní znalosti z věd, o které se opírá všeobecné ošetrovatelství, včetně dostatečného pochopení anatomie, fyziologie a chování zdravých a nemocných osob, ale i poznatky o vztahu mezi zdravotním stavem a fyzickým i sociálním prostředím člověka;
- b) znalosti o povaze a etice tohoto povolání a o obecných zásadách zdraví a ošetrovatelství;
- c) přiměřené klinické zkušenosti; tyto zkušenosti, které by měly být zvoleny s ohledem na svou studijní hodnotu, by měly být získány pod dohledem kvalifikovaných zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči a v místech, kde počet kvalifikovaných pracovníků a vybavení vyhovuje z hlediska ošetrovatelské péče o pacienty;
- d) schopnost účastnit se praktického výcviku budoucích zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči a získávat zkušenosti z práce s těmito zdravotnickými pracovníky;
- e) zkušenosti z práce s příslušníky jiných profesí ve zdravotnictví.

Zintenzivňující se profesionální příprava a sjednocení přípravy sester v EU (tabulka 3) zohledňuje celosvětový trend stále větší profesionalizace profese sestry, který je spojen

i s vyšší prestiží tohoto povolání. Význam sjednocené kvalifikační přípravy spočívá v možnosti vzájemného uznávání odborných kvalifikací, které v České republice funguje od roku 2004 přijetím zákona č. 18/2004 Sb.

Tabulka 3 Přehled vzdělávání všeobecných sester ve vybraných evropských státech

Země EU	Délka všeobecného školního vzdělávání	Typ školy	Délka studia	Výstup	Celková doba studia
<b>Česká republika</b>	12 let	VOŠ, VŠ	3 roky	diplomovaný specialista (DiS.), bakalář (Bc.)	15 let
<b>Slovenská republika</b>	12 let	VOŠ, VŠ	3 roky	diplomovaný specialista (DiS.), bakalář (Bc.)	15 let
<b>Rakouská republika</b>	10 let	škola pro zdravotní sestry nebo VŠ	3 roky	diplomovaný specialista (Bc.), bakalář (BSc.)	13 let
<b>Polská republika</b>	12 let	VŠ	3 roky	bakalář (Bc.)	15 let
<b>Spolková republika Německo</b>	10 let	škola pro zdravotní sestry nebo VŠ	3 roky	diplomovaný specialista (DiS.), bakalář (BSc.)	13 let
<b>Spojené království Velké Británie a Severního Irska</b>	12 let	College a univerzita	3, 4 roky	diplomovaný specialista (DNE), bakalář (BN)	15–16 let
<b>Maďarská republika</b>	12 let	VŠ	4 roky	bakalář (BSc.)	16 let
<b>Srbská republika</b>	12 let	VŠ	3, 4 roky	odborná zdravotní sestra, bakalář (Bc.)	15–16 let

Zdroj: NCO NZO

Celková délka profesního vzdělávání sester (tabulka 3) se ve vybraných zemích Evropské unie liší v závislosti na délce předchozího všeobecného školního vzdělání. V České republice, Slovenské republice, Polské republice a Srbské republice je celková doba studia pro přípravu všeobecné sestry včetně všeobecného školního vzdělání 15 let. V Maďarské republice trvá studium 16 let. Celková doba studia je nejkratší ve Spolkové republice Německo a v Rakouské republice. Polská republika jako jediná země vzdělává všeobecné sestry pouze formou vysokoškolského studia. V ostatních vybraných zemích včetně České republiky existuje dvojkolejnost vzdělávání v kvalifikační průpravě všeobecných sester, tj. vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání.

Cílem zvyšování úrovně vzdělávání je i následné rozšiřování a zvyšování kompetencí sester. Směrnice stanovuje 8 kompetencí všeobecné sestry, vyplývajících z dosažené kvalifikace. Dle čl. 31 odst. 7 evropské směrnice dosažená kvalifikace všeobecné sestry odpovědné za všeobecnou péči dokládá, že daný odborný pracovník je schopen uplatnit alespoň níže uvedené schopnosti bez ohledu na to, zda výuka proběhla na vysoké škole, ve vyšším vzdělávacím zařízení s uznanou vysokoškolskou úrovní nebo na školách či v rámci programů pro odborné vzdělávání všeobecných sester a ošetřovatelů:

1. schopnost samostatně stanovit potřebnou ošetřovatelskou péči za využití současných teoretických a klinických poznatků a plánovat, organizovat a poskytovat ošetřovatelskou péči při léčbě pacientů na základě znalostí a dovedností získaných v souladu s odst. 6 písm. a), b) a c) v zájmu zlepšení odborné praxe;
2. schopnost účinně spolupracovat s dalšími osobami ve zdravotnictví včetně účasti na praktické odborné přípravě zdravotnických pracovníků na základě znalostí a dovedností získaných v souladu s odst. 6 písm. d) a e);
3. schopnost motivovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe na základě znalostí a dovedností získaných v souladu s odst. 6 písm. a) a b);
4. schopnost samostatně zahájit okamžitá opatření na záchranu života a provádět opatření v případě krizí či katastrof;
5. schopnost samostatně radit, dávat pokyny a poskytovat podporu osobám, které potřebují péči, a jejich blízkým;
6. schopnost samostatně zajistit kvalitu ošetřovatelské péče a její hodnocení;
7. schopnost komplexně odborně komunikovat a spolupracovat s příslušníky jiných profesí ve zdravotnictví;
8. schopnost analyzovat kvalitu péče s cílem zlepšit vlastní odbornou praxi jako zdravotní sestry či ošetřovatele odpovědných za všeobecnou péči.

Článek 31 odst. 6 Směrnice Odborná příprava všeobecných sester odpovědných za všeobecnou péči stanovuje, že dotyčná osoba získala tyto znalosti a dovednosti:

- a) komplexní znalosti z věd, o které se opírá všeobecné ošetřovatelství, včetně dostatečného pochopení anatomie, fyziologie a chování zdravých a nemocných osob, ale i poznatky o vztahu mezi zdravotním stavem a fyzickým i sociálním prostředím člověka;
- b) znalosti o povaze a etice tohoto povolání a o obecných zásadách zdraví a ošetřovatelství;
- c) přiměřené klinické zkušenosti; tyto zkušenosti, které by měly být zvoleny s ohledem na svou studijní hodnotu, by měly být získány pod dohledem kvalifikovaných zdravotnických pracovníků poskytujících ošetřovatelskou péči a v místech, kde počet

kvalifikovaných pracovníků a vybavení vyhovuje z hlediska ošetrovatelské péče o pacienty;

- d) schopnost účastnit se praktického výcviku zdravotnických pracovníků a získávat zkušenosti z práce s těmito zdravotnickými pracovníky;
- e) zkušenosti z práce s příslušníky jiných profesí ve zdravotnictví.

Jednotlivé státy při definování kompetencí všeobecných sester uplatňují definované kompetence ve vlastních právních předpisech.

Kompetence všeobecných sester ve vybraných zemích EU (tabulka 4) jsou do jisté míry odlišné od kompetencí všeobecných sester v České republice. Nejvyšší míra autonomie je patrná u sester ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska, v Rakouské republice a v Polské republice. Nižší míra autonomie je patrná u sester ve Spolkové republice Německo.

Tabulka 4 Přehled kompetencí sester v EU nad rámec kompetencí v ČR

Země EU	Odlišné kompetence ve srovnání s kompetencemi sester v ČR
<b>Slovenská republika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zavádí dvanáctníkové sondy,</li> <li>- provádí kontinuální abdominální dialýzu,</li> <li>- vykonává funkční diagnostiku.</li> </ul>
<b>Rakouská republika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- provádí odběry arteriální krve z arteria radialis nebo arteria dorsalis pedis,</li> <li>- provádí výměnu dialyzačního roztoku během peritoneální dialýzy,</li> <li>- provádí měření zbytkového množství moči pomocí neinvazivních metod (ultrazvuku) včetně rozhodnutí o nutnosti provedení jednorázové katetrizace,</li> <li>- provádí výměnu suprapubických katétrů a perkutánních žaludečních výměnných systémů.</li> </ul>
<b>Polská republika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sestry s magisterským vzděláním mohou předepisovat vybrané léky a léčebné prostředky,</li> <li>- sestry s magisterským vzděláním mohou indikovat vybraná vyšetření.</li> </ul>
<b>Spolková republika Německo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nižší míra autonomie všeobecných sester, odborné výkony provádí na základě pověření lékařem.</li> </ul>
<b>Spojené království Velké Británie a Severního Irska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- předepisují léčivé přípravky,</li> <li>- předepisují další prostředky (pomůcky k ošetřování ran, stomické pomůcky, močové katétry a pomůcky),</li> <li>- provádí a interpretují výsledky vybraných vyšetření pacienta (např. auskultace hrudníku, EKG aj.)</li> </ul>

Zdroj: NCO NZO

Uvedené vzdělávací systémy vybraných zemí EU jsou z velké části srovnatelné s ostatními evropskými vzdělávacími systémy v rámci EU. Je to dáno tím, že při jejich úpravách si experti vzájemně vyměňovali zkušenosti s cílem umožnit volný pracovní pohyb sester po členských zemích EU. Na druhou stranu je nutno zdůraznit, že téměř každý vzdělávací systém je unikátní, jelikož má svá specifika, vyplývající z historie, tradic nebo postojů dané země. Princip vzdělávání v jednotlivých zemích je založen na studijních/vzdělávacích programech. Vzdělávání na vysokých školách v jednotlivých zemích se na základě přijetí boloňského procesu postupně sjednocuje a harmonizuje. Cílem vytváření a rozvíjení prostředků k propojení vzdělávání jednotlivých národních systémů je zefektivnění vzájemné prostupnosti, ať už v rámci mezinárodní mobility absolventů nebo v rámci uznávání kvalifikace všeobecné sestry získané v ostatních zemích. Kompetence jako předpoklad či schopnost vykonávat činnosti všeobecné sestry vychází z úrovně získaných vědomostí a dovedností v rámci kvalifikace.

V souvislosti s postavením sestry v současné době je nutné zdůraznit, že sestry hrají v rámci poskytování zdravotní péče zcela klíčovou roli, pokud jde o rozšiřování, propojování a koordinaci péče. Díky svému vzdělání, celoživotnímu profesnímu vzdělávání a pracovním zkušenostem jsou to zdravotníci na svém místě, kteří v minulosti prokázali a stále prokazují, že jsou schopni poskytovat bezpečnou a efektivní péči v následujících oblastech: prevence onemocnění spojená s edukací pacientů, diagnostika ošetrovatelských problémů, samostatné poskytování komplexní ošetrovatelské péče založené na důkazech, řízení a vedení ošetrovatelských týmů.

## 2.3 Kompetence sester a překážky výkonu ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče již neznamena pouze zajištění indikací lékaře a poskytnutí základní ošetrovatelské péče, neznamena ani pouhou péči o nemocného člověka. V souvislosti s rozvojem nových poznatků o zdraví člověka se sestra stala nepostradatelným samostatným pracovníkem a nezastupitelným členem multioborového týmu. S tím roste i její zodpovědnost a kompetence.

Slovo kompetence je užíváno v různých souvislostech a významech. Centrální databáze kompetencí uvádí, že kompetence představuje souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot, umožňujících uplatnění a osobní rozvoj jednotlivce. Tak jsou v Národní soustavě povolání popisovány požadavky na pracovníka. Vyjadřují předpoklady k výkonu určitého souboru činností. Říkají, co má zaměstnanec znát, umět a jak se má chovat.

Obecně lze kompetence rozdělit do dvou skupin. **První skupina hovoří o kompetencích jako o způsobilosti, dovednosti a potřebných osobních charakteristikách, druhá zahrnuje kompetence jako pravomoci vykonávat určitou činnost** (viz i vnitřní a vnější kompetence dále).

**V rámci první skupiny lze kompetence členů ošetrovatelského týmu rozdělit na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je tvořena především znalostmi osvojenými během kvalifikačního studia, tedy získáním odborné způsobilosti. Praktická část zahrnuje vlastní poskytování komplexní ošetrovatelské péče, v jehož rámci nelékařský zdravotnický pracovník aplikuje teoretické znalosti přímo v praxi.**

Pro naplňování této praktické části je nutná nejen zručnost, ale i umění komunikace a jednání s lidmi a další dovednosti. Tyto kompetence jsou jednak získány teoretickým a praktickým vzděláním, jednak určovány osobnostními charakteristikami zdravotnického pracovníka.

Kompetence lze na vyšší úrovni rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní kompetence představují znalosti, dovednosti, předpoklady a schopnosti k výkonu určité činnosti a jsou výsledkem vzdělávání a zkušeností. Zahrnují jak teoretické odborné znalosti, tak praktickou zručnost a umění komunikace a jednání s lidmi, které jsou důležité pro poskytování ošetrovatelské péče, jak je popsáno v předchozím odstavci (v angl. se označují termínem competency).

Vnější kompetence představují pravomoc, oprávnění nebo rozsah působnosti, které jsou ustanoveny právní normou nebo zaměstnavatelem. Jedná se o vymezení činností, které může pracovník na dané pracovní pozici vykonávat (v angl. se označují termínem competency). Jedná se o pravomoc stanovenou pro výkon určitých činností spojenou s odpovědností za jejich standardní provedení. Povinností každého zaměstnavatele je vymezit pracovníkovi kompetence k výkonu určitých činností prostřednictvím náplně práce. Předpokladem pro výkon ošetrovatelského povolání je naplnění kompetencí v obou významech tohoto slova, a to všemi členy ošetrovatelského týmu. Je to podmínka pro poskytování bezpečné a kvalitní péče.

Nejpočetnější skupinu nelékařských zdravotnických pracovníků poskytujících komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta tvoří všeobecné sestry. Kompetence sester se neustále proměňují vlivem vývoje medicíny, technologií a techniky, jenž s sebou nese zvyšující se nároky na technické dovednosti sester, na jejich znalosti a také odpovědnost, například na jednotkách intenzivní péče, při poskytování perioperační péče, ale i v péči domácí apod. Mění se také role pacienta, neboť v zájmu celého ošetrovatelského týmu je, aby se z pasivního příjemce péče stále více stával aktivním subjektem a převzal odpovědnost za své zdraví a chování v nemoci. Tento proces zvyšuje nároky na komunikační či edukační schopnosti. Povolání sester se řadí mezi fyzicky i psychicky náročná. Sestry provádí výkony, které jsou spojeny s možností ohrožení zdraví a životů jiných lidí, což představuje obrovskou míru odpovědnosti a stresu.

Kompetence sestry vymezuje zákon č. 96/2004 Sb. Podrobněji je rozpracována vyhláška č. 55/2011 Sb., která popisuje činnosti jednotlivých kategorií nelékařských povolání, tedy i sestry. I když sestry získávají odbornou způsobilost na různých kvalifikačních úrovních (vyšší odborné vzdělání a bakalářský stupeň), jejich kompetence při poskytování komplexní ošetrovatelské péče pacientovi jsou stejné jak u diplomovaných sester, tak u sester bakalářek.

**Všeobecná sestra** při poskytování základní a specializované ošetrovatelské péče vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevy jejich onemocnění a rizikové faktory pomocí měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi. Dále například sleduje a hodnotí fyziologické funkce, pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta, zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, chronické rány a stomie, provádí odsávání sekretů z horních dýchacích cest a permanentní tracheostomické kanyly a zajišťuje jejich průchodnost. Sestra sama může hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy včetně zajištění jejich

průchodnosti, pečovat o močové katétry pacientů všech kategorií, provádět edukaci pacientů v ošetrovatelských postupech, orientačně hodnotit sociální situaci pacienta a zprostředkovat pomoc zdravotně-sociálního pracovníka a nutričního terapeuta; může doporučovat vhodné zdravotnické či kompenzační pomůcky apod.

**Často se v praxi setkáváme s nepochopením či nesprávným používáním termínu základní ošetrovatelská péče, což v určitých situacích přináší komunikační problémy.**

Pojem základní ošetrovatelská péče zahrnuje dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. takovou péči, jež je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity života, u nichž je riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, minimální a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu. Specializovaná ošetrovatelská péče je dle této vyhlášky poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, u nichž je riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání reálné nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péči se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace. Termín vysoce specializované ošetrovatelské péče označuje ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí.

Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče, jako například zavádění periferních žilních katétrů, podávání léčivých přípravků, aplikaci kyslíkové terapie, ošetrování akutních a operačních ran, katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let, výměnu a ošetření tracheostomické kanyly pacientům při vědomí starším 10 let, zavádění nazogastriční sondy, zajištění výživy sondou apod. Sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě této indikace je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich.

Pod odborným dohledem lékaře může sestra podávat nitrožilně krevní deriváty, sestra se specializovanou způsobilostí aplikuje transfuzní přípravky, provádí extubaci endotracheální kanyly, může provádět externí kardiostimulaci.

Odborný dohled nad určenými činnostmi sestry může vykonávat lékař, popřípadě zubní lékař. Nelze však zjednodušeně tvrdit, že lékař může mít dohled nad všemi činnostmi sester. Naopak, lékař může vykonávat odborný dohled jen nad těmi činnostmi, ke kterým má odbornou způsobilost. Zajišťuje tedy odborný dohled při diagnostických nebo léčebných výkonech ve smyslu prevence a řešení komplikací, které při těchto výkonech mohou nastat, nikoliv při ošetrovatelské péči. Během studia medicíny jsou sice budoucí lékaři seznámeni s obsahem a činnostmi ošetrovatelské péče, ale úroveň jejich znalostí zdaleka nedosahuje úrovně při samostatném studiu ošetrovatelství.

Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče vykonává sestra, která nemá specializovanou způsobilost, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem pouze některé činnosti sestry poskytující základní a specializovanou péči, a to pouze pod odborným dohledem. Bez odborného dohledu může sestra poskytovat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči teprve po dosažení specializované způsobilosti v daném oboru, kdy bez indikace péči poskytuje, ale i organizuje. Může přitom sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení, provádět a dokumentovat fyzikální vyšetření pacienta, edukovat pacienty ve specializovaných ošetrovatelských postupech apod., na základě indikace lékaře může provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné výkony a asistovat během výkonů, edukovat pacienty ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech. Vyhláška o činnostech vymezuje činnosti pro deset oborů specializované způsobilosti všeobecné sestry. Vymezuje činnosti jak při poskytování péče pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, tak i např. v geriatrii, v domácí a hospicové péči nebo při poskytování péče ve specifických oborech jako v nukleární medicíně, transfuzní službě, perfuziologii, psychiatrii či pracovně-lékařské péči.

V praxi dochází často také k situacím, kdy sestře se specializovanou způsobilostí v konkrétním oboru, např. v oboru specializace Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech, není tato způsobilost přiznána v případě, že působí na interním oddělení nebo pokud pracuje na interním oddělení, není přiznána specializace v oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech. V současné době, kdy jsou sestry plně vytíženy z důvodu jejich nedostatečného počtu na odděleních, se často stává, že se nemohou účastnit dalšího vzdělávání v novém oboru v celém jeho rozsahu. Východiskem by byla změna koncepce specializačního vzdělávání tak, aby byla větší „průchodnost“ v programech specializačního vzdělávání. Tím by se sestrám usnadnilo získání další specializované způsobilosti pro obor, ve kterém pracují.

Při nedostatku zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči na odděleních intenzivní a resuscitační péče nezřídka pracují také praktické sestry, a i když mají v kompetenci pouze vyhrazené výkony podle § 4 a odst. 5 vyhlášky č. 55/2011 Sb., je nutné, aby se aktivně zapojily do péče o pacienta a prováděly i výkony, které nejsou v popisu jejich činnosti uvedeny, např. odsávání z dýchacích cest.

Zmíněné činnosti tvoří každodenní náplň sesterské práce a sestra je za vykonání každé z nich odborně i právně odpovědná. Jde o její kompetence. Přestože jsou činnosti sester právně vymezené, dochází v praxi k situacím, kdy sestry, a nejen ony, vykonávají činnosti, které nespádají do jejich kompetencí, ale jsou mimo jejich rámec, a to jak směrem „nahoru“, když vykonávají některé z činností lékařů, tak směrem „dolů“ při realizaci činností praktických sester či ošetrovatele a sanitáře.

Uvedené kompetence týkající se poskytování hygienické péče nejsou součástí činností stanovených vyhláškou pro všeobecnou sestru. Těžko si však představit, že by sestra takovou péči neposkytovala, obzvláště u pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování specializované nebo vysoce specializované ošetrovatelské péče při jejich hospitalizaci na standardním lůžkovém oddělení nebo oddělení intenzivní či resuscitační péče. Na druhou stranu sestry provádějí činnosti, kterými překračují své kompetence a které



jim nenáleží, a patří naopak mezi činnosti lékařů, jako například vypisování požadavků a žádanek na vyšetření apod. Sestry se samostatně věnují nejen hodnocení a ošetřování poruch integrity kůže, chronických ran či stomií, ale provádějí i jejich diagnostiku a léčení. Lékaře pak kontaktují pouze v případech nezbytně nutných, například v případě komplikací.

V rámci efektivního fungování týmu při poskytování ošetrovatelské péče je nesmírně důležité dodržování kompetencí „lege artis“ jeho jednotlivými členy. Porušení těchto kompetencí může poškodit jak zdravotnického pracovníka, tak pacienta. Nedostatečné a nejednoznačné vymezení kompetencí může být důvodem k jejich překračování nebo nenaplňování. Příčiny nedostatku sester jsou různé a jednou z nich může být i jejich nespokojenost s pracovním prostředím a podmínkami pro výkon povolání. Velkou měrou se na nespokojenosti sester podílí vliv stresu, narůstající agresivita pacientů a zejména jejich rodinných příslušníků. Naopak na spokojenosti s pracovními podmínkami se u všeobecných sester podílejí faktory, k nimž patří odměna za práci, péče o pacienty, jistota pracovního místa a uznání osobních výsledků. Jak uvádí Vévoda a kol. (2010), z porovnání osobních priorit všeobecných sester týkajících se pracovního prostředí a stupně jejich saturace zaměstnavatelem vycházely jako nejlépe sladěné následující faktory: vztahy k přímým nadřízeným, poskytované sociální výhody a spolupráce s jinými profesemi.

V posledních letech je odbornou veřejností diskutována přemíra zdravotnické dokumentace. Dokumentace musí zohledňovat i právní předpisy vztahující se ke zpracování osobních údajů pacientů. Sestra často vyplňuje nejen dokumentaci ošetrovatelskou, tedy vztahující se přímo k poskytování péče o pacienta, která je daná přímo vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 98/2012 Sb.“), ale i dokumentaci související s poskytováním zdravotní péče nepřímou, jako například různé formuláře, kontrolní deníky apod. MZ reaguje na podněty z praxe a přichází s opatřením, jak snížit administrativní zátěž sester. Ve spolupráci s Institutem pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) realizuje kurz Administrativní pracovník ve zdravotnictví, jehož absolventi se budou věnovat zejména dokumentaci, a doplní tak multidisciplinární tým. Absolventi tohoto vzdělávacího programu budou podporovat zdravotnické pracovníky v administrativní oblasti a vykonávat další administrativní práce související se zdravotnictvím. Otázkou je i větší zapojení do digitalizace zdravotnictví, protože jedním z argumentů, který sestry používají, je skutečnost, že dokumentace používaná v ČR není jednotná. Jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb a někdy i samotná oddělení si vytvářejí vlastní zdravotnickou dokumentaci, což může způsobit nemalé potíže při přechodu na jiné oddělení či k jinému poskytovateli zdravotních služeb. Další velkou oblastí, která je často diskutována, je přechod na elektronickou dokumentaci. Často se v praxi setkáváme s tím, že si elektronickou dokumentaci musí sestry pod vedením náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání / náměstkyně ošetrovatelské péče tvořit samy. Také v tomto případě chybí jednotná dokumentace, která by sestřím ulehčila práci.

**Praktická sestra** doplňuje multidisciplinární ošetrovatelský tým, který zajišťuje diferencovanou ošetrovatelskou péči. Věnuje se především pacientům, jejichž zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž základní životní funkce nejsou ohroženy a u nichž nedošlo k patologickým změnám psychického stavu. O tyto pacienty pečuje v rozsahu svých kompetencí vedle všeobecné sestry bez odborného dohledu. Na pracovištích, kde se poskytuje péče pacientům, u nichž selhávají základní životní funkce nebo toto selhání bezprostředně hrozí nebo u nich došlo

k patologickým změnám psychického stavu, může vykonávat pouze úzce vymezené ošetrovatelské činnosti pod odborným dohledem nebo přímým vedením.

**Ošetrovatel** jako další člen multidisciplinárního týmu vykonává činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry, dětské nebo praktické sestry a může v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti základní a specializované ošetrovatelské péče v rámci poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Pečuje zejména o hygienu pacientů včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka, pomáhá při podávání léčebné výživy, pomáhá při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě podává stravu. Pečuje o vyprazdňování pacientů včetně provedení očistného klyzmatu, může měřit tělesnou teplotu, výšku a hmotnost, doprovázet pacienty na odborná vyšetření a ošetření. Pečuje o úpravu prostředí pacientů, popřípadě se v rozsahu své odborné způsobilosti podílí na činnosti při zajištění herních aktivit dětí. Ošetrovatel může také provádět úpravu těla zemřelého. Pod přímým vedením všeobecné, praktické nebo dětské sestry může asistovat při určených ošetrovatelských, diagnostických nebo léčebných výkonech. Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může vykonávat určené výkony pouze pod přímým vedením všeobecné sestry nebo dětské sestry, popřípadě porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem.

Pomocné a obslužné činnosti, které jsou nutné k poskytování ošetrovatelské péče, vykonává **sanitář**. Svoje místo má také při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační péče, paliativní péče, lékařské péče a klinicko-farmaceutické péče či zdravotní péče na úseku patologie.

Při své činnosti provádí hygienickou péči o pacienta, pomáhá při polohování, fixaci pacientů a manipulaci s nimi včetně základní prevence proleženin. Provádí úpravy lůžka, v rámci perioperační péče úpravy operačního stolu. Provádí činnosti při zajištění stravy pacientům, měří tělesnou teplotu, výšku, hmotnost, pečuje o vyprazdňování pacientů. V rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti při příjmu, přemísťování a transportu dospělého pacienta. Provádí technické manipulace s lůžky a jinými zdravotnickými prostředky, připravuje a podává léčebné zábaly, částečné i celkové koupele, pomáhá při ergoterapii. V rámci laboratorní praxe může provádět transport, třídění a centrifugaci biologického a zdravotnického materiálu, distribuci laboratorních výsledků, připravovat zdravotnický materiál potřebný pro odběry a další zpracování biologického materiálu, vykonávat pomocné činnosti při evidenci dárců a odběru a značení vzorků. V rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti při úpravě těla zemřelého, připravuje těla zemřelých k pitvě, po pitvě upravuje těla zemřelých a obléká je pro předání pohřební službě, pomáhá při výkonu pitvy.

Při poskytování specializované ošetrovatelské péče poskytuje vyhláškou určené činnosti pod přímým vedením všeobecné sestry, dětské sestry, praktické sestry nebo porodní asistentky, a při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může dle vyhlášky o činnostech výkony provádět pouze pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, dětské sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru.

Ideální je stav, kdy má poskytovatel zdravotních služeb možnost vytvořit na odděleních při poskytování ošetrovatelské péče multidisciplinární týmy a obsadit je kompetentními pracovníky. Tam, kde to není možné, ať už z finančních důvodů nebo z důvodu nedostatku pracovníků některého ošetrovatelského povolání, musí do jisté míry improvizovat. Dochází pak k situacím, že zdravotničtí pracovníci přebírají kompetence a vykonávají činnosti, které

jim ne zcela náleží, a to jak kompetence vyšší – sanitář doprovází pacienta na vyšetření a ošetření – tak nižší – sestra transportuje pacienta na vyšetření, provádí hygienickou péči, rozděljuje stravu apod.

S ohledem na výše uvedené problémy v oblastech kompetencí členů ošetrovatelského týmu je nezbytné zdůraznit, že u poskytovatelů zdravotních služeb se setkáváme se situací, kdy primář oddělení odpovídá i za ošetrovatelskou péči: hlavní sestra / náměstkyně pro ošetrovatelskou péči / náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání je podřízena náměstkovi pro léčebnou a léčebně preventivní péči, tedy lékaři.

V rámci prosazování ošetrovatelství jako samostatného oboru je to nelogický a neefektivní způsob vedení, který nepřispívá ke zvýšení prestiže sesterského povolání, neboť v takovém případě se sestře na vedoucí pozici bude jen těžko stanovovat strategie řízení ošetrovatelské péče na jejím úseku.

Kompetence nejsou vždy zohledněny ani podporovány v každodenní práci sestry. Stále je požadován výkon, nikoli péče orientovaná na pacienta – vnímání a pochopení jeho potřeb a efektivní reflexe a intervence na ně. Mezi nejvíce omezené a často vůbec nepoužívané patří kompetence sestry z oblasti práce s pacientem: komunikace, terapeutická komunikace, nedirektivní rozhovor. Tyto činnosti jsou však nutné k tomu, aby sestra mohla pacienta vést procesem péče o zdraví a zvládnání nemoci.

Je nezbytné určit kompetence pro jednotlivé členy ošetrovatelského týmu tak, aby se vzájemně nezaměňovaly, a vyžadovat jejich dodržování i v praxi.

## 2.4 Hodnocení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče

Základním požadavkem moderního ošetrovatelství je kvalitní a bezpečná ošetrovatelská péče. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb naposledy velmi detailně formulovala Rada EU v Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, WHO / Aliance pro bezpečí pacientů OECD. Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je podmíněno dodržováním správných ošetrovatelských postupů v praxi.

Definice samotné kvality zdravotní péče/služeb se neustále dynamicky mění a rozšiřuje v závislosti na mnoha okolnostech. Zejména pak záleží na pohledu osoby, která kvalitu definuje, neboť každý člověk hodnotí kvalitu z jiného úhlu pohledu, ať už jako pacient (klient), zdravotnický pracovník či jako manažer, a proto má jiné priority. Pacient bude hodnotit kvalitu podle toho, zda poskytovaná ošetrovatelská/zdravotní péče splnila jeho očekávání, bude hodnotit úroveň poskytnuté péče včetně hotelových služeb. Zdravotničtí pracovníci budou kvalitu služeb posuzovat podle toho, zda naplňují potřeby tak, jak jsou definovány profesionály, a zda poskytují vhodné techniky a procedury. Budou kvalitu hodnotit i podle počtu zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči zapojujících se do komplexní ošetrovatelské péče. Řídící pracovníci poskytovatelů zdravotních služeb budou za kvalitní péči považovat takovou, která umožňuje co nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů.

Donabedian (Gladkij, 2003) definuje kvalitu zdravotní péče jako „takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání

s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu zdravotní péče jako „stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.“ Podle dalších definic je za kvalitní zdravotní péči pokládána „úroveň, s níž je péče provedena podle platných odborných a technických norem“ (Berwick et al., 1992). Jak uvádí Palmer (Gladkij, 2013), jde o to „dělat správné věci správným způsobem“.

Kvalita zdravotní péče je mírou pravděpodobnosti pozitivních výstupů pro zdraví pacienta. Nikdy se nejedná o jistotu. S ohledem na náchylnost zdravotnického systému k pochybení je třeba „kvalitu zdravotní péče sledovat, průběžně vyhodnocovat a kontinuálně zvyšovat“ (Žaludek, 2020).

Kvalitní, a tudíž i bezpečnou zdravotní péčí rozumíme takovou péči, která je poskytována v prostředí, v němž dochází k minimalizaci rizik a nebezpečí pro pacienta. Kvalita poskytované zdravotní služby je citlivým tématem, které nezajímá jen poskytovatele zdravotních služeb, ale i státní správu, plátce zdravotního pojištění a hlavně veřejnost, tedy pacienty.

Kvalita péče má několik dimenzí, podle kterých je hodnocena. Jedná se především o bezpečnost: možná rizika diagnostiky, léčby a péče by měla být omezena na minimum. Dále jsou to kompetence, to znamená, že vědomosti a dovednosti každého jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí, a přijatelnost, efektivnost a vhodnost, které zaručují, že poskytnutá péče je pro daného pacienta vhodná a odpovídá jeho požadavkům. Důležitým faktorem pro hodnocení kvality péče je její dostupnost a kontinuita, zajišťující poskytnutí přiměřené péče, která odpovídá současné úrovni vědeckého poznání, v pravý čas.

Pro zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je nutné, aby poskytovatel zdravotních služeb přijal (nebo měl zavedeny) základní principy procesního řízení, založeného na kontinuálním zvyšování kvality podle schématu ze všech oborů zabývajících se sledováním kvality: plán změn – testování (modelování) navržených změn – realizace navržených změn – kontrola – vyhodnocení – revize plánu – zpětná vazba. Obecnou součástí tohoto řízení, jež je vhodná i pro poskytovatele zdravotních služeb, je sběr indikátorů kvality a jejich využití k dalšímu řízení některých procesů na základě statistických dat. Pro zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče jsou jednoznačně nezbytné informace. V dnešní ekonomicky napjaté době mají poskytovatelé zdravotních služeb většinou jen omezené zdroje, a nemohou tedy sbírat data ze všech činností a postupů, které v jejich zařízeních probíhají. Kvalita ošetrovatelské péče může být posuzována podle různých kritérií a v závislosti na tom, kdo hodnocení kvality provádí – jestli je to pacient, lékař, sestra nebo management úseku nebo poskytovatel zdravotních služeb. Jiný je pohled na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče očima pacienta, který se soustřeďuje na uspokojení svých potřeb, míru bolesti, stravu apod., jiný úhel pohledu zaujme lékař, který bude hodnotit správnost provedení ordinace. Jinak bude na kvalitu péče pohlížet sestra, která bude hodnotit úroveň ošetrovatelské péče podle provedených ošetrovatelských úkonů a času, který má na jejich provedení u jednotlivých pacientů. A odlišný bude pohled manažera, který zkoumá vliv provedených intervencí na nákladovost a efektivitu provozu oddělení. Proto si každý poskytovatel zdravotních služeb vybírá, které zdravotnické, nezdravotnické a manažerské postupy a výsledky jsou pro něj v aktuální době nejdůležitější,

a proto nejvhodnější ke sledování. Sledování se zaměřuje na postupy, které mají vysokou četnost nebo jsou často provázeny problémy či chybami.

Nezbytnou součástí celého procesu je stanovení měřitelných veličin, indikátorů, sběr a analýza určených dat a v neposlední řadě trvalé porovnávání jednak mezi jednotlivými úseky poskytovatele zdravotních služeb, jednak s ostatními poskytovateli zdravotních služeb. Indikátory jsou vždy kvantitativní ukazatele, které vyjadřují kvalitu – mají podobu číselných hodnot a mohou být zaměřeny na sestru, klinickou událost, proces nebo systém. Výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který umožní porovnat jej s jinými hodnotami.

Indikátory kvality jsou tak dalším podkladem pro šetření a zlepšování, nabízejí velice efektivní možnost monitorování výkonu, lze provádět srovnání nejen mezi různými poskytovateli zdravotních služeb, ale i v čase, za určité uplynulé období. Jejich smysluplné sledování je nedílnou součástí všech systémových modelů pro hodnocení a řízení kvality poskytované péče, jako jsou akreditace nebo certifikace.

### **Externí hodnocení kvality**

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je stanoven v zákoně č. 372/2011 Sb. Přesné podmínky pro splnění akreditace jsou definovány v prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (dále jen „vyhláška č. 102/2012 Sb.“).

Externí hodnocení kvality a bezpečí není pro poskytovatele zdravotních služeb povinné – jedná se o dobrovolný proces. Bude tedy provedeno pouze u těch poskytovatelů, kteří o ně požádají osobu k tomuto hodnocení oprávněnou.

### **Interní hodnocení kvality a bezpečí péče**

Ve smyslu ustanovení § 98 a násl. zákona č. 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotních služeb v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí, jehož nedílnou součástí je i hodnocení ošetrovatelské péče.

Kromě trvalého zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb a posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb je obecným cílem hodnocení kvality a bezpečí také zlepšení systému řízení ve zdravotnictví.

MZ vypracovalo pro zavedení tohoto systému tzv. Minimální požadavky, které jsou v aktualizovaném znění uveřejněny ve Věstníku MZ, č. 16/2015. Jedním z těchto požadavků je i zavedení **resortních bezpečnostních cílů (RBC)**. Pro poskytovatele lůžkové péče to znamená v praxi naplnění 8 RBC:

- RBC1 – Bezpečná identifikace pacientů,
- RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti,
- RBC3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech,
- RBC4 – Prevence pádů,
- RBC5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče,
- RBC6 – Bezpečná komunikace,
- RBC7 – Bezpečné předávání pacientů,
- RBC8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Naplnění RBC je předmětem jednak vlastního hodnocení podle předem stanovených standardů, ale je i předmětem zkoumání kvality při externím hodnocení kvality poskytované péče, které je prováděno za účelem získání akreditace systému kvality zdravotnického zařízení. Jde o komplexní, systematický a pravidelný proces, jehož výsledkem je identifikace slabých míst v systému poskytování zdravotní péče a jenž je zároveň podnětem pro další kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. Uvedené resortní bezpečnostní cíle se staly nedílnou součástí fungování poskytovatelů zdravotních služeb, kteří pochopili jejich význam pro bezpečí a kvalitu poskytované péče. Standardy pro jejich plnění jsou zpracovány do řízené dokumentace jako závazné dokumenty, zaměstnanci jsou s nimi seznamováni, dodržování stanovených postupů je pravidelně kontrolováno či auditováno. Informace získané při zavedení některých RBC jsou využívány jako podklad pro sledování dalších parametrů, například zavedení optimálních postupů hygieny rukou je nedílnou součástí sledování výskytu infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče. Hlášený výskyt pádů a dekubitů je sledován nejen na lokální úrovni, ale také na národní úrovni v rámci programu statistického zjišťování ČR Systémem hlášení nežádoucích událostí (SHNU) ve spolupráci s ÚZIS (Pokorná a kol., 2016). Zpravodajskou povinnost předat data o počtu hlášení nežádoucích událostí do SHNU ukládá všem PZS lůžkové péče vyhláška č. 293/2019 Sb., o Programu statistických zjišťování na příslušný rok. Statistická zjišťování ministerstva zdravotnictví jsou součástí Programu statistických zjišťování v České republice, který byl sestaven v souladu se zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

Pro zajištění kvalitní a bezpečné péče je žádoucí věnovat pozornost dalším slabým místům a postupně je saturovat, vynakládat prostředky na nápravu a zavádět další systémová opatření, která povedou ke snížení rizik poškození pacientů, ale i zdravotnických pracovníků v procesu poskytování zdravotní péče. Jednou takovou oblastí je např. bezpečná fyzická manipulace s pacientem, prevence poranění pacienta a zdraví zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči. Poškození podpurně-pohybové soustavy představuje v Evropě nejčastější problém související s prací.

Základem hodnocení kvality ošetrovatelské péče je audit prováděný školenými pracovníky/auditory. Audit představuje systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče. Je založen na profesionálních postupech a má za úkol zjistit, jak dalece se komplexní ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům těmito postupy řídí nebo se s nimi slučuje. Cílem není vyhodnocení výkonu sester za účelem hledání chyb a následného potrestání. Jde spíše o hledání slabých míst v nastaveném procesu péče o pacienta a o zajištění co nejrychlejší nápravy. Standardy jako hodnoticí kritéria musí být tedy zpracovány před začátkem hodnocení. Hlavním účelem ošetrovatelského auditu je sledování efektivity péče, odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje a podpora kritického myšlení sester, vedoucího k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacientů. Plán auditů ošetrovatelské péče je u poskytovatele zdravotních služeb zpravidla stanoven hlavní sestrou nebo náměstkyní pro ošetrovatelskou péči / náměstkyní pro nelékařská zdravotnická povolání nebo manažerem kvality. Provádí je vlastní zaměstnanci, kteří jsou k auditování proškoleni. Audity představují jeden z neefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality.

Ošetrovatelský standard jako hodnoticí kritérium je platná definice kvalitní ošetrovatelské péče. Určuje závaznou normu, umožňuje objektivní hodnocení, poskytuje pocit bezpečí a jistoty pacientům a chrání sestry před neoprávněným postihem. Standardy ošetrovatelské

péče si vypracovává poskytovatel zdravotních služeb sám jako lokální standardy nebo jsou standardy vydány jako národní ošetřovatelské postupy garantované přímo MZ. Zvláštním typem standardů jsou standardy vydávané profesními sdruženími/organizacemi, které jsou závazné pro členy těchto organizací.

V ČR jsou k dispozici ošetřovatelské standardy a postupy, které jsou nesourodé a jsou vydávány zejména odbornými společnostmi ve velmi variabilní podobě. Výsledkem je nestejná/nesrovnatelná dostupnost a kvalita zdravotnické péče v ČR, omezená revizní a kontrolní činnost a absence hodnocení indikátorů kvality a efektivity. V současnosti chybí instituce, které by na základě jasně stanovených závazných kritérií vydávala doporučení a koordinovala tvorbu a aktualizaci klinicky doporučených postupů. Důsledkem jsou rozdíly v jednotlivých uplatňovaných ošetřovatelských postupech jak v rámci jednoho oboru, tak zejména v rámci multioborové ošetřovatelské/zdravotní péče. Klinické doporučené postupy jsou systematicky vytvářena stanoviska, pomáhající ošetřovatelskému týmu a pacientům ve specifických ošetřovatelských případech rozhodovat o přiměřené ošetřovatelské péči. **Prvním počinem v ošetřovatelství je tvorba klinického doporučeného postupu Dekubity, jenž byl zpracován Agenturou pro zdravotnický výzkum (AZV ČR) na základě precizní národní metodologie s využitím GRADE.** Kvalita poskytované ošetřovatelské péče je podporována překlady a zveřejňováním doporučení pro klinickou praxi, zejména v oblasti prevence a léčení dekubitů. Nicméně je nutné zdůraznit, že v oblasti ošetřovatelství jsou tyto aktivity velice výjimečné a ošetřovatelství bývá při tvorbě klinicky doporučených postupů upozadováno.

V souvislosti s probíhající mezinárodní kampaní Nursing now, jejímž cílem je posílení statutu a profilu ošetřovatelství, usiluje MZ o sjednocení kvality ošetřovatelské péče a zavedení jednotné metodiky tvorby a aktualizace návrhů ošetřovatelských činností v České republice. V roce 2020 zveřejnilo MZ prvních 8 **Národních ošetřovatelských postupů (NOP)**. Záměrem jejich vydání je sjednocení kvality ošetřovatelské péče a poskytnutí metodiky tvorby a aktualizace místních ošetřovatelských postupů v České republice. NOP jsou souborem minimálních doporučení, podle kterých si poskytovatelé zdravotních služeb mohou vytvořit vlastní ošetřovatelské postupy pro zajištění jednotné, kvalitní a bezpečné péče. NOP upravují problematiku aplikace teoretických znalostí i praktických dovedností v jednotlivých specifických oblastech poskytování zdravotní péče. Byly vybrány oblasti, které navazují na minimální standardy kvality a bezpečí poskytovaných služeb definované vyhláškou č. 102/2012 Sb.

MZ vydalo ve vazbě na ustanovení § 47 odstavce 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. a ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských oborů v Brně, se zástupci poskytovatelů zdravotních služeb, profesních a odborných společností:

- Národní ošetřovatelský postup Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády,
- Národní ošetřovatelský postup Péče o pacienta s bolestí,
- Národní ošetřovatelský postup Katetrizace močového měchýře,
- Národní ošetřovatelský postup Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity,
- Národní ošetřovatelský postup Role NLZP při zacházení s léčivými přípravky,
- Národní ošetřovatelský postup Asistence při zavedení a péče o centrální žilní katétr,
- Národní ošetřovatelský postup Odsávání dýchacích cest,
- Národní ošetřovatelský postup Zavedení a péče o periferní žilní katétr.

V rámci tvorby národních ošetrovatelských postupů bude pozornost zaměřena na formulování postupů v neonatologii a pediatrii. Současně bude MZ průběžně reagovat na potřeby ošetrovatelské praxe a bude odrážet cíle strategie Zdraví 2030. Národní ošetrovatelské postupy jsou průběžně publikovány na webových stránkách MZ – Ošetrovatelství a nelékařská povolání (<https://www.mzcr.cz/category/osetrovatelstvi-a-nelekarska-povolani/>).

Velký význam v rámci sledování a hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče má zjišťování spokojenosti pacientů poskytovatelem zdravotních služeb. Spokojenost lze zjišťovat pomocí dotazníků, ať už vytvořených ve vlastní organizaci nebo dotazníků sledovaných na národní úrovni, které pak slouží ke srovnávání jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče (např. v projektu Nemocnice ČR firmy HCI).

Sledování spokojenosti pacientů je pro poskytovatele zdravotních služeb jedním z povinných standardů interního systému kvality a bezpečí poskytované péče. Tato povinnost zavedení a sledování spokojenosti pacientů je definována v ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. Dosud byl způsob naplňování tohoto požadavku velmi nejednotný a výstupy z těchto řešení nenabízely prakticky žádné systémové využití. To bylo hlavním důvodem, proč ministerstvo zdravotnictví stanovilo tuto oblast jako prioritní a zacílilo svou činnost na vytvoření nástroje pro sledování spokojenosti pacientů na národní úrovni, jenž by představoval jednotný a uživatelsky přívětivý systém použitelný pro každého poskytovatele lůžkové péče na území ČR. Projekt Národní hodnocení spokojenosti pacientů (NHSP) je výsledkem dlouhodobé aktivity ministerstva zdravotnictví, jejímž hlavním cílem je nastavení jednotného systému sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů v ČR a posílení hlasu pacienta v systému poskytování lůžkové zdravotní péče.

Měření kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů je světově využívaným způsobem pro porovnávání jednotlivých zdravotnických zařízení. Podmínkou pro validní zhodnocení dat je však jednotný postup, který nebyl v ČR doposud nastaven. Účelem tohoto projektu je revize stávající situace (dosud bylo hodnocení spokojenosti pacientů často řešeno externím subjektem) a vytvoření funkčního systému sledování spokojenosti pacientů včetně jednotného dotazníku a metodiky pro využití nejen na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb, ale především pak na národní úrovni.

Projekt Národní hodnocení spokojenosti pacientů si klade za cíl vytvořit objektivní, jednotný a udržitelný systém měření kvality poskytované hospitalizační péče založený na názoru pacientů. V rámci projektu je využívána jednotná národní metodika, standardizovaný dotazník a jeden zpracovatel dat, který představuje národní autoritu v této oblasti. Výsledky jsou národně porovnatelné na úrovni jednotlivých hodnocených pracovišť i na úrovni poskytovatelů zdravotních služeb.

Sledování kvality péče o pacienty má svůj nezanedbatelný význam. Spočívá ve formální informaci a záruce pro pacienty, že poskytovatel zdravotních služeb splňuje předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost péče. Sledování a hodnocení kvality přispívá k dalšímu vytváření podmínek programu soustavného zlepšování kvality u poskytovatele zdravotních služeb. Pro veřejné plátce zdravotní péče je sledování kvality péče signálem, že prostředky vynaložené ze shromažďovaných zdrojů jsou vkládány do služeb, které mají ověřenou úroveň kvality a bezpečnosti.



## Závěr

**Dlouhodobější plány personální stabilizace v ošetrovatelství by měly být cíleny na uznání životních potřeb sester, ale i obecně všech pracovníků ve zdravotnictví, na soulad pracovního a rodinného života a zvyšování efektivity zdravotnického systému** (změna struktury poskytování zdravotní péče – s větším důrazem na péči primární, využívání elektronického zdravotnictví, zavádění integrované péče). Velmi významným aspektem je dále **zlepšování pracovního prostředí ve zdravotnictví, zvyšování atraktivity práce sestry, její prestiže a postavení v systému poskytování zdravotních služeb prostřednictvím zvyšování kompetencí souvisejících s ošetrovatelskou péčí**. K upevnění pozice sester v resortu zdravotnictví mohou nemalou měrou přispět i různé druhy motivačních pobídek a nástrojů. Oblast zdravotnictví je vysoce náročná na odbornou lidskou práci. Proto se personální nestabilita resortu zdravotnictví může stát jedním z limitujících faktorů veřejné všeobecně dostupné zdravotní péče a může významně ovlivnit kvalitu poskytované ošetrovatelské/zdravotní péče.

## 3 STRATEGICKÁ ČÁST

V této strategické části odráží Koncepce hlavní přístupy k budoucímu rozvoji ošetrovatelství v ČR v letech 2021–2030. Cílem je reflektovat potřeby jednotlivce, rodiny a společnosti a zvyšovat kvalitu života za podmínek udržitelnosti ekonomického rozvoje, jež je nezbytnou podmínkou zdravotního zabezpečení obyvatel na nejvyšší možné úrovni. Strategická část byla koncipována na základě vyhlášených strategických cílů MZ a úzce souvisí se Strategickým rámcem Zdraví 2030 v oblasti specifických cílů Ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace, Optimalizací zdravotnického systému a Podpory a vědy.

Jak uvádí Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, současný systém péče o zdraví je charakterizován úspěšným rozvojem jednotlivých klinických oborů. Je však zřejmé, že narůstají problémy v oblasti zdrojů, činností i výsledků. Problémy jsou jen částečně zvládnuty prostřednictvím dílčích a krátkodobých opatření. Strategická část Koncepce zohledňuje trend MZ posílit koncepční práci s cílem zvýšit účinnost, hospodárnost i trvalou udržitelnost systému péče o zdraví v kontextu demografického, ekonomického i sociálního vývoje.

Naplňování definovaných strategických cílů garantuje Pracovní skupina pro řešení komplexní ošetrovatelské péče, jež vznikla jako poradní orgán MZ.

Na základě výše uvedených úvah je možné vizi celé Koncepce zpřesnit a formulovat globální cíl, kterým je: kontinuální zvyšování kvality, dostupnosti a efektivity komplexní ošetrovatelské péče.

**Globální cíl bude naplněn prostřednictvím tří strategických cílů:**

- 1. Vzdělání a praxe založená na spolupráci všech zainteresovaných stran, navýšení počtů přijímaných uchazečů v ošetrovatelských povoláních.**
- 2. Bezpečná úroveň personálního obsazení a kvalita poskytované ošetrovatelské péče.**
- 3. Posílení postavení sester.**

Strategické cíle jsou rozpracovány prostřednictvím **specifických cílů**, jež konkretizují povahu intervencí daného strategického cíle tak, aby bylo během následujících deseti let zajištěno jejich naplnění. Specifické cíle jsou dále rozpracovány do konkrétních návrhů opatření.

### 3.1 Strategický cíl 1 Vzdělání a praxe založená na spolupráci všech zainteresovaných stran

**K naplnění strategického cíle 1 dojde prostřednictvím specifických cílů:**

- 1.1 Posílení významných investic do vzdělávání sester / ošetrovatelských týmů / neformálních pečujících.**
- 1.2 Profesionální rozvoj sester / členů ošetrovatelských týmů v jednotlivých oblastech.**
- 1.3 Podpora vědy a výzkumu.**

Obsah strategického cíle 1 byl definován na základě těchto probíhajících změn ve zdravotnictví:

- a) významný technologický pokrok,
- b) možné hrozby,
- c) šíření epidemií a nouzový stav – cílem je, aby byl systém vzdělávání zdravotníků schopný včas a efektivně reagovat na změny, a umožnil tak studentům a novým absolventům poskytovat bezpečnou a kvalitní péči.

Tento cíl vychází ze zjištění, že ve vzdělávání zdravotnických pracovníků jsou systémové problémy, týkající se rozporu mezi jejich kompetencemi a potřebami pacientů a obyvatel, přetrvávajícího genderového rozvrstvení profesního postavení a kvantitativního i kvalitativního nepoměru v jednotlivých zdravotnických profesích (Frenk et al., 2010). Pro definování strategického cíle 1 je důležitý i stále platný závěr ICN z roku 2009, podle něhož je schopnost vzdělávacích programů připravovat kompetentní absolventy ošetrovatelství pro klinickou praxi často ohrožena mnoha faktory, např.: nedostatečným důrazem a nízkou časovou dotací vyhrazenou pro klinickou výuku, absencí jasně definovaných cílů klinického vzdělávání, používáním neefektivních metod v klinické výuce, nevhodnými, nekvalitními nebo přeplněnými prostorami pro klinickou výuku a nedostatkem dobrých vzorů v klinické praxi. Kromě toho čelí pedagogové v ošetrovatelství stejným demografickým výzvám jako ostatní pracovníci. Některé z uvedených faktorů jsou platné i pro kvalifikační přípravu zdravotnických pracovníků.

### **Specifický cíl 1.1 Posílení významných investic do vzdělávání sester / ošetrovatelských týmů / neformálních pečujících**

V následujících letech doporučujeme v souvislosti s plněním specifického cíle 1.1 **upravit osnovy v oblasti ošetrovatelských oborů** tak, aby obsahovaly širší základnu znalostí, ale neprodlužovaly specifické vzdělávací programy. Vzdělávání u sester by mělo být kromě odborných znalostí **zaměřeno především na specifické komunikační schopnosti a znalosti skupinových procesů v praxi**. Sestry by měly získávat více klinických zkušeností, aby si osvojily poskytování kvalitní péče. K vytvoření inovativních příležitostí v oblasti vzdělávání je pak důležitý dostatek **kvalitních pedagogů spolupracujících s kvalitními profesionály**. **Klíčovým předmětem vzdělávacích programů ošetrovatelských oborů je odborná klinická praxe, v jejímž rámci dochází k provázání teoretických vědomostí s praktickými dovednostmi a požadovanými postoji**. **K naplnění těchto cílů je nezbytné vedení vyučujícími s odpovídajícím odborným a pedagogickým vzděláním a jasně definovanými cíli klinické výuky ještě předtím, než studenti absolvují odborné praxe pod vedením sester – mentorek v třísměnném provozu**. Tato systematická příprava je žádoucí vzhledem k narůstající profesní odpovědnosti a nárokům kladeným na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Nezbytnou součástí je i **zvýšení kapacit škol realizujících zdravotnické vzdělávání a zatraktivnění studia na středních a vyšších odborných zdravotnických školách, aby byli mladí lidé motivovaní k jejich studiu a k práci ve zdravotnictví**.

Naplnění strategického cíle 1.1 úzce souvisí se zhodnocením vzdělávacích plánů dalších členů ošetrovatelského týmu – **praktických sester, ošetrovatelů a sanitářů**.

V neposlední řadě je nutné navrhovat, doporučovat a realizovat programy, jejichž cílem bude **motivovat, vzdělávat, informovat a edukovat rodinné příslušníky, neformální pečovatele i ostatní uživatele**, kteří se dostávají do neobvyklých situací, jež aktuálně vyžadují jejich znalosti a dovednosti v péči o jiné osoby (např. blízké). Jedná se např. o: péči o pacienta se stomií, péči o dítě s metabolickým onemocněním, péči o pacienta po úraze ve vlastním sociálním prostředí, péči o pacienta s psychiatrickou diagnózou ve vlastním sociálním prostředí nebo péči o terminálně nemocného pacienta ve vlastním sociálním prostředí, péči o pacienta po cévní mozkové příhodě, s demencí atd.

Pro většinu pacientů je velkým přínosem, že mohou se svým onemocněním, léčbou nebo rekonvalescencí setrvávat v domácím prostředí. Je vědecky dokázáno, že vlastní sociální prostředí hraje důležitou roli v uzdravování, popř. psychické spokojenosti a v kvalitě zvládnání nemoci. Po lidech, kteří se dostávají do rolí neformálních pečovatelů, je vyžadováno, aby během krátké doby získali poměrně velké množství znalostí, dovedností a praktických schopností souvisejících s péčí o jejich blízké.

I z těchto důvodů by měly různé instituce a patientská sdružení apelovat na rozšíření možností realizace odborného vzdělávání neformálních pečovatelů a rodinných příslušníků.

### **Specifický cíl 1.2 Profesionální rozvoj sester / členů ošetrovatelských týmů v jednotlivých oblastech**

Nepřetržitý profesionální rozvoj všech členů ošetrovatelského týmu přispívá k bezpečné a účinné praxi zdravotníků, kteří využívají automatické uznávání svých odborných kvalifikací. Profesionální rozvoj by se měl vztahovat na technický, vědecký, regulační a etický vývoj a motivovat všechny odborníky, aby se účastnili celoživotního vzdělávání ve svém povolání.

**Do profesionálního rozvoje sester patří kromě specializačního a celoživotního vzdělávání rovněž rozvoj řídicích schopností, kvalitní klinická praxe, praxe založená na vědeckých důkazech, mentorování nových absolventů a kolegů. Kvalitní vzdělání v oblastech kvalifikačního a celoživotního vzdělávání pro budoucnost by se mělo zaměřit také na mimořádné události, které jsou pro obyvatele České republiky hrozbou (např. epidemie, pandemie, hromadná neštěstí, teroristické útoky).**

Jako samostatnou oblast profesionálního rozvoje sester lze vnímat výchovu a rozvoj znalecké činnosti v oboru ošetrovatelství.

Navržený profesionální systém vzdělávání by měl být dlouhodobý, intenzivní, kontinuální a rovněž maximálně efektivní a bez dalších překážek v praxi.

**Specializační vzdělávání by mělo být v budoucích letech zaměřeno na klinické obory, kde sestra prokazuje vysokou míru vědomostí, dovedností i samostatnosti při výkonu povolání, např. v oboru intenzivní péče, intenzivní péče v pediatrii a neonatologii, perioperační péče, anesteziologie, v oboru onkologické, psychiatrické a geriatrické péče, v prevenci výskytu a šíření infekčních onemocnění, v primární péči a v oboru hojení ran.**

**Specifickou problematiku specializace v oboru ošetrovatelské péče v interních a chirurgických oborech je efektivněji řešit dosažením zvláštní odborné způsobilosti. Ošetrovatelská péče v interních a chirurgických oborech je zahrnuta ve velké míře v kvalifikačním vzdělávání sestry.**

Kromě vzdělávání zaměřeného čistě na odbornou stránku, resp. vědomosti a dovednosti v poskytování zdravotní péče v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými a technologickými poznatky, by se profesní vzdělávání sester mělo periodicky zaměřovat na získávání, doplňování a zdokonalování vědomostí a dovedností v oblasti organizace a řízení lidských zdrojů, na osobní rozvoj (např. komunikaci, sebepoznání, sebereflexi a zdravý životní styl, dále na zvládání stresu a prevenci syndromu vyhoření), na sociální dovednosti (např. interpersonální vztahy, poznání mezigeneračních rozdílů, vztahů v týmu, atmosféru na pracovišti).

Celoživotní vzdělávání by mělo zajistit trvalé a kontinuální doplňování a prohlubování vědomostí, získávání nových poznatků a informací, zlepšování dovedností a zajišťování kvalitnější ošetrovatelské péče. Profesní celoživotní vzdělávání se uskutečňuje prostřednictvím různých forem celoživotního vzdělávání, které jsou stanoveny v zákoně č. 96/2004 Sb. Tradičními metodami jsou např. semináře, školicí akce, různé kurzy, stáže. Kromě tradičních metod rozvoje vzdělávání by se **vzdělavatelé měli zaměřit i na moderní přístupy, např. e-learning, koučink, mentoring, simulační výuku** atd. Na realizaci celoživotního profesního vzdělávání by se v budoucnosti měly více podílet profesní sdružení/organizace, jejichž úkolem by mělo být definování priorit v plánech celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky v zájmu zachování bezpečného a účinného výkonu příslušného povolání.

Naplnění specifického cíle 1.2 bude realizováno na základě výstupů vypracovaných pracovní skupinou pro přípravu zadávací dokumentace pro analýzu specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Cílem je zvyšování efektivity tohoto typu vzdělávání a zvyšování profesní odbornosti se zaměřením na moderní přístupy ve vzdělávání, jejichž rozšiřování do praxe v rámci ošetrovatelství stagnuje, přičemž bude brán zřetel na ekonomickou náročnost celoživotního vzdělávání.

### **Specifický cíl 1.3 Podpora vědy a výzkumu**

*„Ošetrovatelský výzkum ve většině případů směřuje ke zkoumání klinických oblastí v praxi. Hodnotí a posuzuje se péče, sledují se intervence nebo prognózy, zaměřujeme se na kvalitu života pacienta, který je ovlivněn chorobou nebo přístrojem. Výsledky pak slouží jak pro teoretická, tak praktická východiska a další rozhodování zdravotnických pracovníků. Výsledky zmíněných výzkumů pak umožňují realizovat péči založenou na vědeckých důkazech – evidence base. Takové studie pomáhají sestřám v hledání optimální cesty při poskytování péče v souladu s aktuálními a kvalitními poznatky v dané oblasti péče. Může jít o velmi specifické intervence, například při srovnávání efektu dvou metod nefarmakologického tišení bolesti. Na druhé straně se ale může jednat i o komplexní postupy ošetrovatelské péče zaměřené na změnu postojů a chování pacienta, například edukace diabetika v selfmanagementu a selfmonitoringu. Tento intervenční výzkum je zásadní v evidence base practice.“ (Mazalová, 2016)*

Hlavním cílem podpory vědy a výzkumu je zajistit takovou úroveň zdravotnického výzkumu, která je srovnatelná s úrovní ve vyspělých státech Evropské unie, a zároveň šířit výsledky výzkumu a pomoci se zajišťováním jeho potřeb ve zdravotnictví v ČR. Mezi zásadní synergicky podporující aktivity specifických cílů patří: podpora výzkumu s důrazem

na prevenci, ověřování nových efektivních ošetrovatelských postupů, podpora výzkumu chování ve vztahu ke zdraví včetně monitoringu úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel, podpora výzkumných aktivit ve vztahu ke stárnutí populace, vytvoření studie o zdravotním stavu obyvatel České republiky, která bude východiskem pro výzkumné programy, a podpora výzkumných aktivit ve vztahu k péči o osoby s duševním onemocněním, zvláště v komunitních službách.

**Výzkum v ošetrovatelství umožňuje sestřám zkoumat a kriticky hodnotit zavedené postupy, stejně jako zkoumat efektivitu a hodnotu postupů nových nebo navrhovaných. Výsledky výzkumu mohou ovlivňovat jak vzdělání sester, tak ošetrovatelskou praxi.** Vysokoškolsky vzdělaná sestra by měla být schopna pomocí vlastní vědecké práce zlepšovat kvalitu ošetrovatelské péče. Sestra by měla být schopna: chápat potřebu výzkumu jako součást své odborné myšlenkové výbavy, kriticky hodnotit užívané stereotypy ošetrovatelské péče a hledat způsoby jejího neustálého zlepšování, formulovat výzkumné otázky, provádět výzkum, aplikovat výsledky výzkumu v praxi a mít potřebu kontinuálního celoživotního vzdělávání (Kutnohorská, 2009).

**Naplnění specifického cíle 1.3 by mělo být realizováno prostřednictvím institucionálního výzkumu:**

- a) **Na národní úrovni:** Jednotlivé **grantové a dotační programy by měly být vypisovány i na realizaci specifických nelékařských výzkumů**, ve kterých by mohli zdravotníci uplatnit získané poznatky v praxi. Např. výzkumy týkající se hojení chronických ran a používaných materiálů nebo nutriční problematiky, výzkumy týkající se testování nových produktů v praxi, popř. nových postupů v praxi.
- b) **Na lokální úrovni:** Jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb umožní sestřám a zdravotníkům realizovat výzkumy na místní úrovni a současně je v této činnosti budou podporovat.

**Podpora vědy a výzkumu úzce souvisí s dosažením terciárního stupně vzdělání, které výrazně zvyšuje kompetence sester, umožňuje udržovat a rozvíjet výzkumnou základnu a zlepšit aplikaci znalostí ku prospěchu pacientů.**

### 3.2 Strategický cíl 2 Bezpečná úroveň personálního obsazení a kvalita poskytované ošetrovatelské péče

Návrh strategického cíle 2, zaměřeného zejména na všeobecné sestry v přímé ošetrovatelské péči, obsahuje náměty, které by měly zajistit nejen bezpečnou úroveň personálního zabezpečení, ale i zvýšit prestiž a přitažlivost tohoto povolání, zlepšit postavení všeobecných sester ve společnosti a obzvláště naplnit chybějící stavy u poskytovatelů lůžkové péče. Současný stav personální oblasti ve zdravotnictví je důsledkem dlouhodobého nezohledňování demografického vývoje společnosti. Vytyčený cíl vychází ze získaných plošných dat NR-ZP a NR-PZS a je v souladu se specifickým cílem 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví Strategického rámce Zdraví 2030.

Ošetřovatelství se liší od samotné medicíny v tom, že je založeno na inherentních ošetřovatelských hodnotách zaměřených na lidské porozumění a k péči o pacienty se staví holisticky – to stroje nedokážou nahradit.

Pracovníci v ošetřovatelství se jako členové zdravotnického týmu podílejí především na poskytování zdravotních služeb. Ošetřovatelskou péči zajišťují mimo přímé péče také prostřednictvím řídicí, metodické, koncepční, kontrolní, výzkumné a pedagogické činnosti v ošetřovatelství. Při výkonu svého povolání respektují příslušné právní normy, etické kodexy a standardy péče, chrání a podporují lidskou důstojnost, ctí práva jedinců, rodin a komunit. **Ošetřovatelský tým** tvoří zdravotničtí pracovníci s různou úrovní kvalifikace a s vymezenými kompetencemi: **všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři, praktické sestry, ošetřovatelé, sanitáři. Výkon specializovaných ošetřovatelských činností zajišťují všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky a zdravotničtí záchranáři se specializací.** Jiní nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytují ošetřovatelskou péči v rámci definovaných kompetencí stanovených právním předpisem. Cílem spolupráce jednotlivých členů týmu je **zajistit optimální péči o pacienta, omezit zdvojování poskytovaných služeb, vyřešit mezery v poskytování péče** a vyvarovat se negativních důsledků pro pacienta.

Týmová práce je hlavní formou zdravotní péče o pacienta a je zřejmé, že na dobré fungování a efektivitu zdravotnických týmů mají zásadní vliv především sestry. Jsou pojítkem, které často drží celé týmy pohromadě. V řadě oblastí je nutné zavést nová uspořádání, která povedou k optimalizaci zdravotnických týmů obecně.

Principy zdravotní péče založené na týmech (ICN 2014):

- Sdílené cíle: Tým – včetně pacienta a případně členů rodiny nebo dalších podpůrných osob – spolupracuje na stanovení sdílených cílů, které odrážejí priority pacienta a jeho rodiny a které lze jasně definovat, pochopit a získat pro ně podporu všech členů týmu.
- Jasná role: Existují jasná očekávání ohledně funkcí, povinností a odpovědnosti každého člena týmu, což optimalizuje efektivitu týmu a často umožňuje využívat dělbu práce, a dosáhnout tak výsledku, který převyšuje schopnosti jeho jednotlivých částí.
- Vzájemná důvěra: Členové týmu si získávají vzájemnou důvěru, vytvářejí silné standardy vzájemnosti a lepší příležitosti pro sdílený úspěch.
- Efektivní komunikace: Tým si stanovuje priority a nepřetržitě zlepšuje své komunikační schopnosti. Má konzistentní kanály pro upřímnou a úplnou komunikaci a tyto kanály jsou přístupné a používané všemi členy týmu ve všech situacích.
- Měřitelné procesy a výsledky: Tým se dohodne na včasné a spolehlivé zpětné vazbě ohledně úspěchů a neúspěchů, která se týká jak fungování týmu, tak dosahování týmových cílů, a realizuje doporučení z ní získaná. Zpětná vazba je využívaná ke sledování a zlepšování okamžité a dlouhodobé výkonnosti.

**Cílem budování funkčních ošetřovatelských týmů je zajistit správný počet zdravotnických pracovníků se náležitými vědomostmi, dovednostmi, přístupem a kvalifikací, kteří vykonávají ty správné úkoly ve správný čas na správném místě**

**za účelem dosažení předem stanovených cílů. Aby tohoto stavu mohlo být dosaženo, je zapotřebí zajistit fungování jednotlivých úrovní řízení v ošetrovatelství.**

Na základě podnětů z praxe a pro zajištění kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče je doporučeno zavést do systemizací placené místo školitelky/mentorky, která bude mít povinnost věnovat se novým zaměstnancům v rámci adaptačních procesů a studentům při výkonu odborných praxí.

Efektivní plánování kvalitního personálního zabezpečení může vést k lepším výsledkům ve zdravotnictví a dále ke zlepšení zdravotních služeb, lepšímu fungování zdravotnického systému, zvýšené efektivitě a lepšímu udržení a kvalitnějšímu náboru pracovníků.

Buchan (2007) popisuje osm základních principů efektivního plánování pracovní síly:

1. Zajistit, aby byli pracovníci na důležitých pozicích / zainteresované strany zapojeni do plánovacího procesu a podporovali jej (jedná se například o finance, orgány odpovědné za plánování služeb, poskytovatele vzdělání, zaměstnavatele ve veřejném nebo soukromém sektoru) a aby byla rovněž stanovena jasná pravidla odpovědnosti.
2. Stavět na strukturované informační základně o aktuálním personálním zajištění, rozpočtech na personál a příslušných činnostech bez ohledu na to, zda se plánování týká nemocničního oddělení, organizace, oblasti nebo celé země.
3. Zhodnotit dynamiku pracovní síly a „toky“ mezi sektory a organizacemi v rámci systému, jehož se plánování týká – zhodnocení zdrojů nabídky a fluktuace zaměstnanců.
4. Sestavit shrnující analýzu a s její pomocí identifikovat potřebu a rozsah změny.
5. Vyvinout a odsouhlasit sadu parametrů pro plánování, které propojuje data o pracovní síle a činnosti.
6. Pomocí citlivostní analýzy vytvořit modely různých scénářů poptávky po službách a odpovídajícího profilu personálního zajištění.
7. Vyvinout a odsouhlasit národní plán pro pracovní sílu, který bude souhrnem místních a regionálních plánů.
8. Stanovit rámec pro monitorování změn v personálním zajištění v porovnání s plánem – vyvinout cyklus revize a aktualizací.

### **Budoucnost v oblasti řízení ošetrovatelství v ČR**

Vzhledem k rozsahu i náplni činností hlavní sestry, počtu řízených sester a dalších nelékařských zdravotnických povolání (cca 180 000 NLZP) je pro zvýšení prestiže povolání a jeho zviditelnění v rámci postavení zdravotnických pracovníků v systému zdravotní péče žádoucí začlenit do organizační struktury MZ pozici hlavní sestry na řídicí úrovni náměstka ministra.

Náměstkyní ministra a Hlavní sestrou České republiky může být v budoucnosti jmenována všeobecná sestra, která:

- a) je státním občanem České republiky a zaměstnancem MZ;
- b) je způsobilá k výkonu povolání podle § 3 odst. 1 písm. a) až c) podle zákona č. 96/2004 Sb.;



- c) má ukončené vysokoškolské vzdělání v magisterském oboru a nejméně 10 let výkonu povolání v oboru ošetrovatelství;
- d) absolvovala vzdělání v oblasti managementu nebo organizaci a řízení ve zdravotnictví formou specializačního nebo vysokoškolského vzdělání a
- e) splňuje další předpoklady pro výkon požadovaných činností zaměstnance ve veřejné správě stanovené jiným právním předpisem.<sup>6</sup>

Hlavní sestra České republiky v okruhu působnosti MZ zejména:

- a) navrhuje celostátní strategii v nelékařských zdravotnických oborech a koncepci ošetrovatelství;
- b) reprezentuje a zastupuje Českou republiku v oblasti mezinárodní spolupráce v ošetrovatelství, porodní asistenci a ostatních nelékařských zdravotnických povoláních;
- c) zabezpečuje metodické vedení v oboru ošetrovatelství, porodní asistence a ostatních nelékařských zdravotnických povolání u poskytovatelů zdravotních služeb; spolupracuje se zástupci managementu poskytovatelů zdravotních služeb;
- d) vyjadřuje se ke všem zásadním koncepčním, odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči v oblasti zdravotní;
- e) formuluje zásadní stanoviska související s kvalifikačním a celoživotním vzděláváním;
- f) podílí se na kontrolní činnosti v oblasti výkonu povolání a vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání;
- g) navrhuje zřízení poradních pracovních skupin a komisí, navrhuje jejich složení za účelem řešení rozvoje nelékařských zdravotnických povolání, kvality poskytované zdravotní a sociální péče, vědy a výzkumu a koordinuje jejich činnost;
- h) spolupracuje s lékaři, zubními lékaři, farmaceuty, odbornými společnostmi, profesními sdruženími, pověřenými organizacemi, vzdělávacími institucemi a dalšími resorty.

Vedoucí pracovní místo při vedení zdravotnických povolání v oblasti ošetrovatelské péče u poskytovatele zdravotních služeb může podle tohoto zákona vykonávat zdravotnický pracovník, který má:

- a) způsobilost k výkonu povolání podle § 3 odst. 1 zákona č. 96/2004 Sb.,
- b) odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra, dětská sestra nebo porodní asistentka a
- c) alespoň 3 roky výkonu zdravotnického povolání v oboru, v němž má být vedoucí funkce vykonávána, pokud není stanoveno jinak.

**Vedoucí pracovní místo v oblasti ošetrovatelské péče vykonává:**

- náměstek pro ošetrovatelskou péči / náměstek pro nelékařská zdravotnická povolání nebo hlavní sestra za podmínky, že splňuje výše uvedené podmínky v bodě a) a b), je absolventem magisterského studia souvisejícího s řídicí činností a alespoň 6 let

<sup>6</sup> Zákon č. 234/2014 Sb., zákon o státní službě, ve znění pozdějších předpisů.

vykonává příslušné zdravotnické povolání, v němž má být vedoucí funkce vykonávána;

- vrchní sestra za podmínky, že splňuje výše uvedené podmínky v bodě a) až c), je absolventem vzdělávání v managementu nebo organizaci a řízení ve zdravotnictví;
- staniční sestra za podmínky, že splňuje výše uvedené podmínky v bodě a) až c) a získala specializovanou způsobilost v oboru, v němž má být vedoucí funkce vykonávána.

Plánování funkčních ošetřovatelských týmů úzce souvisí s postavením řídicích pracovníků v ošetřovatelství u poskytovatelů zdravotních služeb.

**Cílem strategického cíle 2 je ukotvit jejich samostatné postavení v rámci organizační struktury poskytovatelů zdravotních služeb a implementovat návrh kvalifikačních předpokladů pro řídicí pracovníky v ošetřovatelství do právních předpisů.**

**K naplnění strategického cíle 2 dojde prostřednictvím specifických cílů:**

**2.1 Tvorba ošetřovatelských týmů jako základu bezpečné úrovně personálního obsazení.**

**2.2 Tvorba záložních týmů, jejich specifikace při různých epidemiologických situacích.**

**2.3 Kvalita a bezpečí komplexní ošetřovatelské péče.**

### **2.1 Tvorba ošetřovatelských týmů jako základu bezpečné úrovně personálního obsazení**

Zajištění bezpečného množství zdravotnických pracovníků poskytujících ošetřovatelskou péči se opírá především o jejich správně stanovenou základní úroveň. Nejdůležitějším prvkem je jednoznačně výběr všeobecných sester a dalších členů ošetřovatelských týmů z řad zdravotnických pracovníků, které je nutné připravit, vyškolit a následně jim určit správná místa a přidělit jim odpovídající práci a kompetence. K personální stabilizaci resortu zdravotnictví přispěje zvýšení prestiže všeobecné sestry jako člena týmu, a to včetně posilování kompetencí a kariérního růstu všeobecných sester. Toto by také společně se systémem odměňování a dalších motivačních faktorů mělo vést ke zvýšenému zájmu o povolání všeobecné sestry. Realizace zmíněného strategického cíle povede k větší podpoře profese všeobecné sestry z hlediska péče o dlouhodobý profesní růst sester, ale i nastavení prvků prevence proti negativním dopadům psychické a fyzické zátěže na všeobecné sestry.

Zabezpečení optimálního počtu zdravotnických pracovníků poskytujících ošetřovatelskou péči je jednou z nutných podmínek zkvalitnění celé ošetřovatelské péče. Současně s sebou přináší příznivé podmínky pro práci sester, a tím významně přispívá k tomu, aby sestry byly schopné teoreticky i prakticky převzít plnou odpovědnost za komplexní ošetřovatelskou péči o pacienta.

Jen těžko lze uplatňovat individuální přístup k pacientům a nutit sestry pracovat v souladu s novými trendy v ošetřovatelství, pokud poskytovatelé zdravotních služeb nespĺňují ve směnách optimální počty zdravotnických pracovníků. Management poskytovatelů zdravotních služeb by měl sledovat a akceptovat nejen moderní trendy v ošetřovatelství, ale měl by být schopen především zajistit odpovídající počty zdravotnických pracovníků

na pracovištích, a to i na pozicích pracujících pod odborným dohledem, jako jsou např. sanitáři.

Většina pracovišť se již dlouhodobě a komplexně zaměřuje na zavedení programu kvality ošetrovatelské péče, v němž jsou zpracovány ošetrovatelské postupy, sledují se indikátory kvality a pracuje se podle trendů moderního ošetrovatelství. Existují ale i místa, kde převažuje rutinní práce sester, pasivní přístup a odmítání směrů vedoucích ke zkvalitnění péče. Je nutné si uvědomit, že množství zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči nezaručuje ještě kvalitu poskytované péče, ale jejich dostatek je jednou z podmínek zvládnutí současných problémů na jednotlivých pracovištích.

Minimální počet zdravotníků na pracovišti stanovuje vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Vzhledem k rychlému vývoji v medicíně a ošetrovatelství a změně struktury poskytované péče je vhodné zvážit zavedení nového modelu stanovení optimálního počtu členů ošetrovatelského týmu na pracovišti. Jako podklad pro naplnění specifického cíle 2.1 může sloužit výpočet i moderní kalkulace, vycházející ze stavu a potřeb infrastruktury lůžkové péče, tzv. síťový model. Síťový model je založen na stavu sítě poskytovatelů lůžkové péče v roce 2018 a vznikl na základě hlášení zdravotních pojišťoven do Národního registru zdravotních služeb.

Lze také využít metodiku výpočtu zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči pro cílená pracoviště u poskytovatelů lůžkové péče, v ambulantní a terénní péči, která je součástí komplexního projektu ÚZIS s názvem Metodická optimalizace a zefektivnění systému úhrad nemocniční péče v ČR (DRG restart). Tento model sleduje jako svůj nosný cíl vybudování dlouhodobě udržitelné datové, informační a personální základny pro optimalizaci a průběžnou kultivaci systému úhrad lůžkové péče v ČR.

#### **Naplnění specifického cíle 2.1 bude realizováno:**

- **vybudováním národního informačního systému pro monitoring stávajících a plánování potřebných personálních kapacit ve zdravotnictví na celostátní, regionální i místní úrovni a**
- **tvorbou prediktivních modelů pro plánování a organizaci lidských zdrojů ve zdravotnictví.**

#### **2.2 Tvorba záložních týmů, jejich specifikace při různých epidemiologických situacích**

Epidemiologická situace roku 2020 naznačuje významnou potřebu tvorby tzv. záložních týmů, které by byly připraveny plnit pracovní úkoly podle vývoje aktuální epidemiologické situace v rámci oblastí. Nejdůležitějším prvkem je jednoznačně výběr všeobecných sester a dalších členů ošetrovatelských týmů z řad zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči, které je nutné připravit, vyškolit a následně jim určit správná místa a přidělit jim odpovídající práci a kompetence. Nelze opomenout stupeň a kvalitu vzdělání jednotlivých členů týmu. Stěžejním prvkem je v této souvislosti hlavní koordinátor/manažer, který bude celý „záložní tým“ řídit.

Stanovený tým by měl být pravidelně školen a současně testován, zda je připraven v případě potřeby poskytnout státu nebo poskytovateli zdravotních služeb vyžadovanou službu v praxi. Vzdělanost a akceschopnost týmů v záloze je potřeba neustále rozvíjet.

#### **Naplnění specifického cíle 2.2 by mělo být realizováno:**

- **analýzou právních předpisů;**
- **na národní úrovni vytvořením metodiky**, která bude specifikovat personální a finanční zajištění záložních ošetrovatelských týmů, jejich průběžné vzdělávání a praktický nácvik;
- **na lokální úrovni prověřováním funkční metodiky**, která bude využívána pro případ náhlé nutnosti poskytování ošetrovatelské péče.

### **2.3 Kvalita a bezpečí komplexní ošetrovatelské péče**

V komplexní ošetrovatelské péči chceme pacientům poskytovat humánní, kvalitní, účinnou, hospodárnou a vysoce odbornou péči. K tomu je třeba splnit nelehké úkoly, mezi něž patří především vytváření vynikajících podmínek a profesionálního prostředí. Vývoj ošetrovatelství v posledních dvou dekadách potvrdil, že zavádění systematických a ověřených přístupů k zajištění bezpečnosti pacientů vede ke zvýšení celkové kvality péče. Je však důležité, abychom jednotlivé systémy kvality chápali jako prostředek, nikoli cíl našeho úsilí. Jestliže s nimi dokážeme účinně a racionálně zacházet, pozitivně ovlivníme vedení poskytovatele zdravotní péče.

Úspěšné řízení komplexní ošetrovatelské péče vyžaduje hluboké znalosti tohoto náročného řídicího procesu, vysokou odbornou kvalifikaci v oblasti rozhodujícího (strategického) plánování a manažerské dovednosti. Zavádění systému kvality a jeho správná aplikace by měly spočívat nejen v tom, že zaměstnanci budou seznámeni se strategií, ale současně by měli být schopni aplikovat konkrétní kroky vedoucí k naplnění strategie v každodenní praxi. K tomuto účelu lze využít supervizi jako nástroj podpory, získání informací a edukace.

Kvalita ve zdravotnictví je velmi široký pojem. Zahrnuje množství dimenzí, podle kterých poskytovanou kvalitu péče hodnotíme. Nejen samotní poskytovatelé, ale i MZ se v minulých letech zasloužilo o analýzu a zkvalitňování péče prostřednictvím poskytovatelů v následujících oblastech:

**Bezpečnost** – rizika, která ohrožují pacienty ve zdravotnictví, by měla být eliminována na minimum. I proto vydalo MZ v minulých letech jako součást komplexního programu kontinuálního zvyšování kvality také materiály týkající se resortních bezpečnostních cílů a národních ošetrovatelských postupů. Cílem je především minimalizovat hrozby chyb u poskytovatelů a zvyšovat kvalitu a bezpečnost.

**Kompetence** – vědomosti, dovednosti a znalosti každého zdravotníka by měly být v souladu s jeho vzděláním, resp. kvalifikací, a zařazením na správnou pozici u poskytovatele.

**Efektivnost** – poskytovaná ošetrovatelská péče by měla směřovat k očekávaným výsledkům a uzdravení pacientů.

Vhodnost – potřeby pacientů jsou uspokojovány na základě popsaných vědeckých důkazů a standardů poskytované péče.

Ekonomičnost – cílů v péči je dosaženo s co neekonomičtějším využitím zdrojů.

Přijatelnost – všechna péče je pro pacienty přijatelná.

Kontinuita – schopnost systému, aby na sebe péče navazovala bez větších komplikací.

Včasnost – péče by měla být poskytována tehdy, kdy je nejvíce potřebná a pro pacienta maximálně přínosná.

Přiměřenost – péče je poskytována v souladu s nejnovějšími poznatky vědy, odpovídá stavu a potřebám pacienta.

Úcta a vnímavost – zejména ve vztahu k edukaci pacienta a jeho blízkých. Respekt k pacientovi, jeho důstojnosti, soukromí a individualitě.

Rovnost (ekvita) – je vyjádřena rovným, spravedlivým, stejným přístupem k léčbě pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich platební schopnost, věk, pohlaví či sociální postavení.

Mezi neefektivnější nástroje kontinuálního zvyšování kvality patří audit – může se týkat ošetrovací jednotky, konkrétní péče o daného pacienta, ošetrovatelské dokumentace nebo právě dodržování ošetrovatelských standardů péče. Cílem auditu je jednoznačně zlepšovat kvalitu ošetrovatelské péče. Audit by měl být založen na standardech ošetrovatelské péče, které jsou aplikovány do praxe. Jeho úkolem je zjistit, jaká péče je v praxi reálně poskytována pacientovi a do jaké míry se sestry řídí standardizovanými popisy péče. Nikdy není cílem hledání chyb a následná kázeňská opatření.

**Naplnění specifického cíle 2.3 bude realizováno:**

- **zpracováním návrhů pro tvorbu ošetrovatelských postupů a jejich rozpracováním do klinicky doporučených postupů v ošetrovatelství prostřednictvím AZV ČR;**
- **hledáním systémových opatření, která povedou ke snížení rizik poškození pacientů, ale i zdravotnických pracovníků v procesu poskytování zdravotní péče;**
- **zpracováním návrhu na ukotvení supervize jako nástroje celoživotního učení a profesního růstu.**

### 3.3 Strategický cíl 3 Posílení postavení sester

Zvyšování a rozšiřování kompetencí sester je prioritou Koncepce a úzce souvisí s posilováním postavení sestry v rámci systému poskytování zdravotní péče a s rozvojem pozic pro sestry s rozšířenými kompetencemi, které zahrnují expertní znalosti, komplexní rozhodovací dovednosti a klinické zkušenosti s vykonáváním pokročilé role sestry.

Stále více zemí zavádí pro sestry role s rozšířenými kompetencemi. ICN definuje ošetrovatelství s rozšířenými kompetencemi takto: „ordinující sestra (nurse practitioner, NP) či sestra s rozšířenými kompetencemi (advanced practice nurse, APN) je registrovaná sestra, která získala soubor odborných znalostí, komplexní rozhodovací dovednost a klinické

kompetence pro rozšířenou praxi, jejíž povaha je dána kontextem a zemí, v níž má povolení k provozování praxe. Pro vstup do této profese se doporučuje magisterský titul“ (ICN, 2009a).

Rozšířenými kompetencemi rozumíme přechod některých kompetencí, které původně patřily především lékařům, na vybrané, proškolené a zkušené sestry a ostatní zdravotníky s tím, že zvolený výkon bude patřit do nových, oficiálních činností s plnou odpovědností a zpoplatněním. Cílem **zavedení pozice sester s rozšířenými kompetencemi v ČR** je snaha snížit náklady a zvýšit dostupnost péče pro pacienty a současně zvýšit spokojenost pacientů.

Zvyšování kompetencí sester úzce souvisí i se spoluprací sester a lékaře, ambulantních specialistů a u vybraných činností revizního lékaře. Sestra může vykonávat v některých situacích činnosti, které nejsou zohledněny výkonově, je proto nutné je akceptovat v připravované legislativě. Posílení kompetencí sester by umožnilo efektivnější využití finančních prostředků převzetím některých výkonů lékaře, např. aktuálního hodnocení zdravotního stavu pacienta včetně návrhu řešení ošetrovatelských problémů.

Posílení postavení sester v systému poskytování zdravotní péče by se mělo týkat těchto oblastí:

- odpovídající ohodnocení práce,
- podpory zlepšení pracovních podmínek,
- zájmu žáků o obor ošetrovatelství,
- dostatečného množství zdravotnických pracovníků, resp. všech zdravotnických povolání,
- podpory odborné veřejnosti,
- kvalitního funkčního systému, kdy absolventi vrůstají plnohodnotně do profesního života, především s ohledem na zaškolování a adaptační procesy,
- plnohodnotného využívání potenciálu sester (např. v lůžkové péči),
- respektu k celému ošetrovatelskému týmu,
- medializace a dobrého PR profesí ošetrovatelského týmu,
- optimálního pracovního života a kvalitnějšího osobního života,
- podpory v činnostech, které sestry vykonávají a ovládají (např. edukace pacienta před výkonem a po něm),
- podpory rozšiřování kompetencí s ohledem na specializace sester,
- možnosti přesunout pozice hlavní sestry do pozice náměstka pro nelékařská zdravotnická povolání / náměstka ošetrovatelské péče na všech řídicích úrovních,
- osvěty pacientů s ohledem na předcházení nemocem a upevňování zdraví.

Dále doporučujeme jednat s lékaři o dalším rozšíření kompetencí sester, zejména v indikaci základních vyšetření a jejich interpretaci, předepisování vybraných léčivých přípravků a léčebné výživy sestrou, úpravě medikace sestrou, vystavování opakovaných předpisů, které již předepsal lékař. Kompetence k těmto dovednostem (výkonům) získají sestry prostřednictvím profesního celoživotního vzdělávání v certifikovaných kurzech, ve specializačním vzdělávání nebo v magisterských programech vysokých škol.

Posílení kompetencí sester se prolíná s nutností revize vzdělávacích programů kvalifikačního a specializačního vzdělávání, certifikovaných kurzů. Úpravy vzdělávacích programů již byly zahájeny a budou realizovány v rámci postupného plnění strategického cíle 1. V této souvislosti je potřeba zohlednit vysokoškolské magisterské vzdělání sestry s kategorizací S4 (revizní sestra). Současně je nutné soustředit se na kontrolu využívání a poskytování ošetrovatelské péče v jejím objemu a kvalitě prostřednictvím příslušně vzdělaných NLZP, kteří přinesou do revizní činnosti pojišťoven svůj odborný pohled. Změny by se měly projevit v oblastech kontroly správnosti a oprávněnosti vykázané a vyúčtované ošetrovatelské péče, která bude nově hodnocena s ohledem na ošetrovatelské problémy diagnostikované sestrou včetně stanoveného plánu péče. Předefinováním odpovědnosti revizních lékařů zdravotních pojišťoven při indikacích ošetrovatelské péče lze za jasně definovaných indikačních podmínek omezit rozhodovací povinnost revizních lékařů zdravotních pojišťoven o obsah a rozsah ošetrovatelské péče; takto uvolněné kapacity mohou být využity při kontrolní činnosti zdravotních pojišťoven. Snahou navrhovaných opatření je, aby byly vynakládány finanční prostředky účelně a efektivně využity.

Formování ošetrovatelského povolání tak, aby dokázalo reagovat na proměnlivé a složité prostředí (např. demografický vývoj, pandemie), v němž sestry poskytují péči, vyžaduje promyšlený systém vzdělávání v ošetrovatelství. Je třeba sestrám stále vštěpovat hodnotu celoživotního profesního vzdělávání a provést v rámci zdravotnického systému změny, které podpoří vzdělávání a vzájemnou spolupráci všech členů ošetrovatelského týmu s cílem zajistit kvalitu poskytované péče a bezpečnost pacientů. Neméně důležité je zapojení všeobecných sester do realizace zdravotní politiky na regionální, národní i mezinárodní úrovni.

**Naplnění strategického cíle 3 by mělo být realizováno prostřednictvím specifických cílů:**

**3.1 Úprava právních předpisů.**

**3.2 Podpora při definování role profesních/stavovských organizací.**

**3.3 Pracovní podmínky.**

Specifické cíle budou zahrnovat problematiku následujících oblastí:

- změny současných právních předpisů odrážející zvýšené/rozšířené kompetence sester a směřující k posílení postavení členů ošetrovatelského týmu;
- podpora při definování role profesních/stavovských organizací;
- revize a úprava studijních a vzdělávacích programů kvalifikačního studia;
- revize a úprava vzdělávacích programů specializačního studia zdravotnického zaměření;
- podpora změny organizační struktury MZ směřující k ukotvení pozice Hlavní sestry ČR na řídicí úroveň náměstka ministra zdravotnictví pro nelékařská zdravotnická povolání / náměstka ošetrovatelské péče;
- podpora vzniku pečujících skupin pro členy ošetrovatelského týmu, konkrétně: pozice ombudsmana u poskytovatelů zdravotních služeb jako péče o členy ošetrovatelského týmu, realizace individuálních i týmových supervízi jako podpora syndromu vyhoření a jiné různé formy zaměřené na péči o pracovníky.

**Je zcela nezbytné podotknout, že kontinuální vzdělávání a péče o ošetrovatelský tým přispívá k sociálnímu a ekonomickému rozvoji ČR a je jedním ze zásadních faktorů**

**pro konkurenceschopnost národního hospodářství, resp. zdravotnictví, v ekonomice založené na znalostech.**



## 4 IMPLEMENTACE

Rámcová implementační část Koncepce na roky 2021–2030 definuje hlavní aktéry ošetřovatelství, a to ve vztahu k definovaným cílům Koncepce. V akčních plánech budou prostřednictvím implementačních plánů jako krátkodobých prováděcích dokumentů specifikovány nástroje, nositelé a realizátoři u jednotlivých aktivit (v návaznosti na Koncepti).

### 4.1 Aktéři rozvoje ošetřovatelství – implementační subjekty

Identifikace zainteresovaných stran vychází především z kompetencí jednotlivých subjektů. Aktéři byli zařazeni přímo k definovaným cílům Koncepce podle předpokládané oblasti jejich vlivu na rozvoj komplexní ošetřovatelské péče.

Tabulka 5 Aktéři rozvoje ošetřovatelství

Aktéři	Vzdělání a praxe založená na spolupráci všech zainteresovaných stran, navýšení počtů přijímaných uchazečů v ošetřovatelských povoláních			Bezpečná úroveň personálního obsazení a kvalita poskytované ošetřovatelské péče			Posílení postavení sester		
	Posílení významných investic do vzdělávání sester / ošetřovatelských týmů / neformálních pečujících	Profesní rozvoj sester v jednotlivých oblastech	Podpora vědy a výzkumu	Tvorba ošetřovatelských týmů jako základu bezpečné úrovně personálního zabezpečení	Tvorba záložních týmů, jejich specifikace při různých epidemiologických situacích	Kvalita a bezpečí komplexní ošetřovatelské péče	Úprava právních předpisů	Podpora profesních organizací	Pracovní podmínky
MZ	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MF	X						X		
MPSV							X		X
MŠMT	X		X				X		
NCONZO	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PZS	X	X	X	X	X	X			X
Pacientské organizace	X	X				X			
Vzdělavatelé	X	X	X		X	X			
Pojišťovny	X	X		X	X	X			
Profesní sdružení/ organizace NLZP	X	X	X	X	X	X	X		X

Zdroj: MZ

Při realizaci implementace hrají důležitou roli kromě definovaných aktérů také spolupracující subjekty. Jedná se především o pracovní skupinu pro řešení komplexní ošetrovatelské péče, ÚZIS ČR a odborné společnosti.

## 4.2 Rámec implementace

Implementace Koncepce bude s ohledem na její desetiletou platnost probíhat na základě tří na sebe navazujících nebo prolínajících se akčních plánů. Akční plány budou navrhovány v souladu s Konceptí a aktivitami Strategického rámce Zdraví 2030. Připravované rozdělení implementace na časově ohraničené implementační dokumenty umožní v rámci realizace strategického dokumentu průběžně reagovat na aktuální změny či trendy a inovace. Akční plány budou zpracovány vždy s předstihem, před začátkem platnosti. Předloženy budou vždy na základě projednání s relevantními zainteresovanými stranami. Akční plány jako celek budou pokrývat oblasti spadající do působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR. Snahou akčních plánů bude řešit oblasti jednotlivých definovaných strategických cílů, které se dále dělí do specifických cílů.

Cíle budou kopírovat neinvestiční priority MZ pro dané programové období. Implementační plány představují hlavní prováděcí dokumenty Koncepce. Mohou být doplněny dílčími strategickými a prováděcími dokumenty (např. metodickými doporučeními).

Specifické cíle budou v rámci implementačních plánů rozpracovány na dílčí cíle, které formulují konkrétní kroky a aktivity, vedoucí k realizaci daného dílčího, a tím i specifického (a strategického) cíle. Zároveň ale všechny dohromady pojímají komplexní ošetrovatelskou péči, respektive zdravotní péči, jako komplexní oblast, která reprezentuje zdraví jako podstatnou podmínku prosperity jednotlivce i celé společnosti.

Samostatně vypracované implementační plány poskytnou také informace o hierarchické struktuře prací, harmonogramu a plánovaném rozpočtu (preferovaným zdrojem financování budou evropské zdroje), o základním souboru sledovaných indikátorů, řídicí a organizační struktuře implementace, systému řízení rizik, systému monitorování a evaluací a také o komunikačním plánu.

Stejně jako samotná Koncepce je i implementační plán živým dokumentem, který bude reagovat na změny vnějšího prostředí a na poznatky z realizace, a podle toho budou realizovány jednotlivé aktivity. Důsledkem vývoje, reakce na nové poznatky či na identifikovanou potřebu mohou být změnová opatření, jež mohou vyústit v potřebu aktualizace dílčích cílů nebo aktivit vedoucích k jejich realizaci.

Navrhované akční plány budou navazovat na zahájený změnový proces v jednotlivých oblastech vytyčených Strategickým rámcem Zdraví 2030 za přímé účasti jednotlivých aktérů. Cílem akčních plánů bude dosáhnout plnění aktivit ve všech uvedených oblastech v průběhu trvání akčních plánů, a to do roku 2030. Koordinátorem plánovaných aktivit bude Ministerstvo zdravotnictví ČR prostřednictvím NCO NZO, které bude při plnění aktivit akčního plánu konzultovat jednotlivé kroky s Pracovní skupinou pro řešení komplexní ošetrovatelské péče a dalšími odborníky. Akční plány budou mít dosah do systému kvalifikačního i celoživotního vzdělávání. Pro posílení role sestry i dalších členů

ošetřovatelského týmu je naprosto zásadní realizace navrhovaných právních úprav, které zcela ovlivní implementaci všech strategických i specifických cílů Koncepce. Oblast tvorby ošetřovatelských týmů a zlepšení strategického plánování v ošetřovatelství bude realizována prostřednictvím spolupráce na vyhodnocených výstupech tzv. síťového modelu nebo DRG-Restart. Akční plány a jimi navrhované budoucí aktivity by měly vést ke zlepšení stávající situace v ošetřovatelství, a to v souladu s připravovanými cíli Strategického rámce Zdraví 2030. Rizikem, které je nutné zohlednit při tvorbě akčních plánů a jednotlivých aktivit, je hrozba nedostatečného konsensu, tzn. nepřijetí odbornými společnostmi, v jejichž prostředí existuje výrazná roztržičnost profesních zájmů, případně dalších klíčových stakeholderů, a dále pomalé legislativní změny nutné k naplnění cílů a také nedostatek finančních prostředků. Z těchto důvodů je nutné průběžně diskutovat přípravu akčních plánů v Pracovní skupině pro řešení poskytování komplexní ošetřovatelské péče i s dalšími odborníky a navrhnout vhodnou indikátorovou sadu a systém monitorování implementace tak, aby akční plány a jimi navrhované aktivity vedly k prokazatelnému zlepšení stávající situace v ošetřovatelství.

Na plnění časového harmonogramu a tvorbě akčních plánů se budou podílet jednotliví stakeholderi, kteří zastupují Ministerstvo zdravotnictví ČR, NCO NZO, vzdělávací instituce, poskytovatele zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny, profesní sdružení/organizace, patientské organizace.

### 4.3 Předpoklady úspěšné realizace Koncepce


Úspěšná realizace Koncepce závisí ve značné míře na vlivech, které by měly být zachovány či vytvořeny proto, aby byla Koncepce jako celek zdárně implementována. Současně představují i možné příležitosti a hrozby, jež by mohly realizaci Koncepce na jedné straně akcelarovat, na druhé straně ohrozit, a proto by měly být následně rozpracovány do podoby registru rizik v rámci akčního plánu.

Jedná se především o:

1. Politickou vůli a podporu k realizaci Koncepce.
2. Prosazení potřebných legislativních změn v zákonodárném procesu.
3. Zajištění dostatečných zdrojů, finančních i lidských, pro realizaci Koncepce.
4. Vznik výstupů vedoucích k plnění cílů Koncepce, a tím i přínosu celé Koncepce.
5. Vůli jednotlivých stakeholderů ke změnám a jejich aktivní zapojení.
6. Upřednostnění obecného zájmu a jeho nadřazení zájmům jednotlivých zainteresovaných stran.

### 4.4 Odhadované finanční nároky, preferovaný zdroj financování

Koncepci je prostřednictvím akčních plánů možné realizovat pouze v případě zajištění adekvátního množství lidských a finančních zdrojů. Lze předpokládat, že většina finančních prostředků bude alokována na úhrady mezd a dalších neinvestičních výdajů spojených s pracemi na realizaci jednotlivých opatření. Bližší určení finanční náročnosti implementace i nároků na lidské zdroje pro realizaci jednotlivých opatření bude uvedeno v návazných akčních plánech.



Významným zdrojem financování implementace Koncepce bude státní rozpočet, kapitola 335 – MZ. Dalšími významnými zdroji financování pak budou fondy EU a další finanční mechanismy, jako jsou fondy EHP nebo program švýcarsko-české spolupráce. Rozpočet resortu je průběžně zajišťován prostřednictvím standardních procesů tvorby rozpočtového rámce (střednědobého i dlouhodobého) a je projednáván v rámci stanovování státního rozpočtu.

Opatření uvedená v Koncepti jsou navržena jako genderově neutrální.

## 5 Použitá literatura

- Barometr mezi budoucími zdravotními sestrami 2016. In: *HealthCare Institute* [online]. Praha: HealthCare Institute. 27. 4. 2017 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: <http://www.healthcareinstitute.org/cz/projekty/barometr-mezi-sestrami/barometr-mezi-budoucími-zdravotními-sestrami-2016.html>
- Barometr mezi budoucími zdravotními sestrami 2017. In: *HealthCare Institute* [online]. Praha: HealthCare Institute. 19. 9. 2018 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: <http://www.healthcareinstitute.org/cz/projekty/barometr-mezi-sestrami/barometr-mezi-budoucími-zdravotními-sestrami-2017.html>
- BERWICK, D. M., A. ENTHOVEN a J. P. BUNKER. Quality management in the NHS: the doctor's role--I. *British Medical Journal*, 1992, roč. 304, č. 6821, s. 235–239.
- BUCHAN, J. Nursing workforce planning in the UK: A report for the Royal College of Nursing. In: *Workforce. Education and Development Services* [online]. London: Royal College of Nursing, 2007 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: <http://www.weds.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1076/nurse%20workforce%20planning%20in%20uk.pdf>
- FRENK, J., L. CHEN, Z. A. BHUTTA et al. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *Lancet* [online]. 2010, Vol. 376, No. 9756, s. 1923-1958. [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- HEJNAROVÁ, E. a L. SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy. I., Interna*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 211 s. ISBN 978-80-247-3601-3.
- Hospodářské přehledy OECD Česká republika Červenec 2018. Strukturální kapitola – Zlepšení systému zdravotní péče v České republice. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16384/35583/%C4%8CJ\\_OECD%20Hospod%C3%A1%C5%99sk%C3%BD%20p%C5%99ehled.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16384/35583/%C4%8CJ_OECD%20Hospod%C3%A1%C5%99sk%C3%BD%20p%C5%99ehled.pdf)
- HÖSCHL, C., P. WINKLER a O. PĚČ. The state of psychiatry in the Czech Republic. *International review of psychiatry*. 2012, roč. 24, č. 4, s. 278–285. ISSN 0954-0261. DOI: 10.3109/09540261.2012.688730.
- ICN. Balíčky mezinárodní rady sester (ICN) [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, posl. aktual. 13. 7. 2020 [cit. 2020-08-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/balicky-mezinarodni-rady-sester-icn/>
- JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- JAROŠOVÁ, D. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelství založené na důkazech. Evidence based practice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAZALOVÁ, L. *Kapitoly z výzkumu ošetrovatelství* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 109 s. [cit. 2020-10-06]. ISBN 978-80-244-5085-8. DOI: 10.5507/fzv.16.24450858.

MZD. *Strategie reformy psychiatrické péče: Projektový blog strategické projektové kanceláře MZD* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 8. října 2013 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>

MZD. *Vypracování odborného podkladu o stavu vzdělávání všeobecných sester u nás a v Evropě*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018. Úkolový list Ministerstva zdravotnictví České republiky, č. 7.

MZD. *Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 3: Duševní zdraví*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 29. 1. 2014 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-2/>

MZD. *Zdraví 2030. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice od roku 2030*. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR. Veřejná konzultace k aktualizovaným implementačním plánům Strategického rámce Zdraví 2030* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 5. 8. 2020 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/>

PACOVSKÝ, V. *O moderním ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1975. 71 s.

PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2018. 286 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

POKORNÁ, A. a kol. *Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016 [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz>

PTÁČEK, R. a P. BARTŮNEK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva: (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*. Praha: [s. n.], 2002. 24 s.

RAFFERTY, A. M., R. BUSSE a B. ZANDER-JENTSCH et al. (eds.). *Strengthening health systems through nursing: evidence from 14 European countries* [online]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies and World Health Organization, Regional Office for Europe, 2019. 163 s. [cit. 2020-11-05]. ISBN 978-92-890-5174-3. Dostupné z: [https://apps.who.int/iris/handle/10665/326183?search-result=true&query=Strengthening+health+systems+through+nursing&scope=%2F&rpp=10&sort\\_by=score&order=desc](https://apps.who.int/iris/handle/10665/326183?search-result=true&query=Strengthening+health+systems+through+nursing&scope=%2F&rpp=10&sort_by=score&order=desc)

STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: UK, Vydavatelství Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

STASKOVÁ, V., V. TÓTHOVÁ a J. KOŤA. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 135 s. ISBN 978-80-271-2206-6.

Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. In: *World Health Organization* [online]. Denmark: World Health Organization, 2015 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf)

ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

VÉVODA, J., K. IVANOVÁ, M. NAKLÁDALOVÁ a J. MAREČKOVÁ. Pracovní spokojenost všeobecných sester. *Profese on-line* [online]. 2010, roč. 3, č. 3, s. 207–219. ISSN 1803-4330. DOI: 10.5507/pol.2010.019.

VOJTĚCH, J. a D. CHAMOUTOVÁ. Vývoj vzdělanostní a oborové struktury žáků a studentů ve středním a vyšším odborném vzdělávání v ČR a v krajích ČR a postavení mladých lidí na trhu práce ve srovnání se stavem v Evropské unii – 2017/18. In: *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2018 [cit. 2020-08-21]. 51 s. Dostupné z: [http://www.nuv.cz/uploads/download/2018/VYVOJ2017\\_cele\\_pro\\_www.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/download/2018/VYVOJ2017_cele_pro_www.pdf)

WINKLER, P., D. KRUPCHANKA, T. ROBERTS et al. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet. Psychiatry*. 2017, roč. 4, č. 8, s. 634–642. ISSN 2215-0366. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30135-9.

WINKLER, P., T. FORMÁNEK, K. MLADÁ a P. CERMAKOVA. The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *International journal of methods in psychiatric research*. 2018, roč. 27, č. 3, e1728. ISSN 1049-8931. DOI: 10.1002/mpr.1728.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. 1st ed. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013. 182 s. ISBN 978-92-890-0279-0. Dostupné také z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals* [online]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2015. 35 s. [cit. 2020-11-06]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership: web annex: nursing roles in 21st-century health systems* [online]. Geneva: World Health Organization, 2020. 24 s. ISBN 978-92-4-000701-7 [cit. 2020-11-06]. Dostupné také z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332852> License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership* [online]. Geneva: World Health Organization, 2020. 144 s. ISBN 978-92-4-000328-6. Dostupné také z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>

MZ ČR. *Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Akční plán č. 10: Vzdělávání zdravotnických pracovníků b) Nelékařští zdravotničtí pracovníci [online]. 2015 [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepubupload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2010b\\_nelekari\\_rev%20AV.pdf](https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepubupload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2010b_nelekari_rev%20AV.pdf)

Zdravotnictví ČR: personální kapacity a odměňování 2018. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2019 [cit. 2020-08-21]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008281/nzis-rep-2019-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2018.pdf>

Žaludek A. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-2275-2.

Legislativa:

Zákon č. 89/1995 Sb. ze dne 31. května 1995, o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 19, s. 993–1004. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1185–1264. ISSN 1211-1244.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134 ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998, částka 46, s. 5674–6258. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 258 ze dne 14. července 2000, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74, s. 3622–3662. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452–1479. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 378 ze dne 6. prosince 2007, o léčivech a změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech) [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007, částka 115, s. 5342–5428. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482–543. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 99 ze dne 22. března 2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1686–1730. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 98 ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1666–1685. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče [ve znění pozdějších předpisů]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1737–1745. ISSN 1211-1244.



Zákon č. 268 ze dne 22. října 2014, o zdravotnických prostředcích a změně zákona č. 634/2004Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014, částka 110, s. 3146–3187. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 110 ze dne 12. března 2019, o zpracování osobních údajů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2019, částka 47, s. 890–911. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 293/2019 ze dne 14. listopadu 2019, o Programu statistických zjišťování na rok 2020, ve znění pozdějších předpisů In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2019, částka 125, s. 2938–3128. ISSN 1211-1244.

Věstník MZ ČR č. 9/2004, Koncepce ošetřovatelství. In: *Věstník MZ ČR* [online]. 2004, částka 9, s. 2 [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-9-2004/>

Věstník MZ ČR č. 11/2020, Koncepce domácí péče. In: *Věstník MZ ČR* [online]. 30. října 2020, částka 11, s. 2 [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Vestnik-MZ\\_11-2020.pdf](https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Vestnik-MZ_11-2020.pdf)

## 6 Seznam zkratek

ADP – Asociace domácí péče ČR, z. s.

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

AZV ČR – Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky

ČAS – Česká asociace sester

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evagelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický ústav

EFN – European Federation of Nurses Associations

EHP – Evropský hospodářský prostor

EONS – European Oncology Nursing Society

ES – Evropské společenství

EU – Evropská unie

HCI – HealthCare Institute

ICN – The International Council of Nurses

IPECP – Interprofessional Education and Collaborative Practice

IPVZ – Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

JIP – jednotka intenzivní péče

MF – ministerstvo financí

MMR – ministerstvo pro místní rozvoj

MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – ministerstvo zdravotnictví

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

NNZP – náměstek nelékařských zdravotnických povolání

NPI ČR – Národní pedagogický institut České republiky

NOP – Národní ošetřovatelský postup

NR-PZS – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

NR-ZP – Národní registr zdravotnických pracovníků

NÚV – Národní ústav pro vzdělávání

NZIS – Národní zdravotnický informační systém

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)

OSN – Organizace spojených národů

OSZSP ČR – Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky

POUZP – Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků, z. s.

PZS – poskytovatel zdravotních služeb

PŽK – periferní žilní katétr

RBC – resortní bezpečnostní cíle

Sb. – Sbírka (zákonů)

SDGs – Sustainable Development Goals

SŠ – střední škola

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

WHO – World Health Organization

## 7 Seznam tabulek, grafů, obrázků

Obrázek 1 Obyvatelstvo podle pohlaví, věku a věkových skupin .....	22
Obrázek 2 Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2101 .....	23
Obrázek 3 Migrace obyvatel ČR dle území Čech, Moravy a Slezska v letech 2010–2016 ...	27
Obrázek 4 Migrace obyvatel ČR dle území Čech, Moravy a Slezska k 1. čtvrtletí roku 2020 .....	28
Graf 1 Trendy stárnutí české populace v projekci do roku 2050 .....	23
Graf 2 Věk a počet pracovníků dle pracovního zařazení – všeobecná sestra .....	24
Graf 3 Věk a počet pracovníků dle pracovního zařazení – dětská sestra .....	25
Graf 4 Věk a počet pracovníků dle pracovního zařazení – praktická sestra .....	25
Graf 5 Počet úvazků všeobecných sester a porodních asistentek na 1 000 obyvatel v rámci krajů ČR ve všech segmentech péče v roce 2017 a 2018 .....	29
Graf 6 Počet všeobecných sester na 100 tisíc obyvatel – srovnání vývoje v ČR, Německu a Rakousku .....	30
Graf 7 Práce všeobecných sester ve směnném provozu lůžkové péče .....	31
Graf 8 Mezinárodní srovnání počtů všeobecných sester .....	32
Graf 9 Vývoj počtu žáků a studentů přijatých do 1. ročníků nástavbového vyššího odborného vzdělávání .....	34
Graf 10 Počty žáků přijatých do 1. ročníku oborů poskytujících vyšší odborné vzdělání .....	35
Graf 11 Podíly žáků přijatých do 1. ročníku oborů poskytujících vyšší odborné vzdělání ....	36
Tabulka 1 Celkové počty ve vybraných povoláních poskytujících ošetrovatelskou péči .....	26
Tabulka 2 Absolventi podle typu vzdělavatelů za rok 2018 a 2019 .....	32
Tabulka 3 Přehled vzdělávání všeobecných sester ve vybraných evropských státech .....	42
Tabulka 4 Přehled kompetencí sester v EU nad rámec kompetencí v ČR .....	44
Tabulka 5 Aktéři rozvoje ošetrovatelství .....	73

## 8 Přílohy

Tabulka 1 Pohyb obyvatelstva (absolutní údaje) podle regionů soudržnosti, krajů a okresů v 1. čtvrtletí roku 2020

Region soudržnosti, kraj, okres	Sňatky Marriages	Rozvody Divorces	Živě narozeni Live births	Zemřelí Deaths			Přirozený přírůstek Natural increase	Přistě- hovali Immigi- grants	Vystě- hovali Emi- grants	Přírůstek stěho- váním Net migration	Celkový přírůstek Total increase
				celkem Total	do 1 roku Under 1 year	do 28 dnů Neonatal deaths					
<b>Česká republika</b>	<b>3542</b>	<b>5188</b>	<b>26245</b>	<b>30028</b>	<b>66</b>	<b>44</b>	<b>-3783</b>	<b>16083</b>	<b>11875</b>	<b>4208</b>	<b>425</b>
region soudržnosti (NUTS 2):											
Praha	461	620	3430	3291	4	2	139	9992	9128	864	1003
Střední Čechy	435	698	3461	3597	5	5	-136	7614	4434	3180	3044
Jihozápad	423	650	2928	3591	11	7	-663	3560	3010	550	-113
Severozápad	359	576	2651	3380	7	3	-729	2744	3600	-856	-1585
Severovýchod	479	779	3772	4246	14	11	-474	3826	3112	714	240
Jihovýchod	535	726	4317	4660	8	5	-343	4057	3001	1056	713
Střední Morava	376	547	2977	3540	5	4	-863	2186	2495	-309	-872
Moravskoslezsko	474	592	2709	3723	12	7	-1014	1623	2614	-991	-2005
kraj (NUTS 3), okres (LAU 1):											
<b>Hlavní město Praha</b>	<b>461</b>	<b>620</b>	<b>3430</b>	<b>3291</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>139</b>	<b>9992</b>	<b>9128</b>	<b>864</b>	<b>1003</b>
<b>Středočeský kraj</b>	<b>435</b>	<b>698</b>	<b>3461</b>	<b>3597</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>-136</b>	<b>7614</b>	<b>4434</b>	<b>3180</b>	<b>3044</b>
Benešov	25	33	223	285	-	-	-62	463	289	174	112
Beroun	29	51	254	243	2	2	11	716	369	347	358
Kladno	57	79	392	504	-	-	-112	925	684	241	129
Kolín	29	64	238	300	1	1	-62	661	507	154	92
Kutná Hora	22	41	187	204	-	-	-17	409	294	115	98
Mělník	30	69	286	290	-	-	-4	649	438	211	207
Mladá Boleslav	44	63	310	355	-	-	-45	791	577	214	169
Nymburk	33	52	251	262	-	-	-11	684	456	228	217
Praha-východ	63	93	492	375	-	-	117	2019	1105	914	1031
Praha-západ	51	50	407	274	2	2	133	1566	1132	434	567
Příbram	39	62	278	343	-	-	-65	416	375	41	-24
Rakovník	13	41	143	162	-	-	-19	310	203	107	88
<b>Jihočeský kraj</b>	<b>227</b>	<b>360</b>	<b>1556</b>	<b>1907</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>-351</b>	<b>1698</b>	<b>2022</b>	<b>-324</b>	<b>-675</b>
České Budějovice	67	123	507	534	1	-	-27	863	838	25	-2
Český Krumlov	23	29	187	163	-	-	24	229	283	-64	-30
Jindřichův Hradec	34	56	204	288	2	1	-84	292	478	-186	-270
Písek	24	33	152	224	1	1	-72	376	380	-4	-76
Prachatice	31	22	100	147	-	-	-47	206	189	17	-30
Strakonice	21	51	172	222	3	2	-50	255	389	-134	-184
Tábor	27	46	234	329	-	-	-95	329	317	12	-83
<b>Píseňský kraj</b>	<b>196</b>	<b>290</b>	<b>1372</b>	<b>1684</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>-312</b>	<b>2094</b>	<b>1220</b>	<b>874</b>	<b>562</b>
Domažlice	12	33	142	171	-	-	-29	281	193	88	59
Klatovy	31	46	203	302	1	-	-99	335	284	51	-48
Píseň-město	65	81	471	498	1	1	-27	1452	1062	390	363
Píseň-jih	20	39	143	207	1	1	-64	329	263	66	2
Píseň-sever	33	46	181	217	-	-	-36	517	369	148	112
Rokycany	10	20	105	128	1	1	-23	205	198	7	-16
Tachov	25	25	127	161	-	-	-34	378	254	124	90
<b>Karlovarský kraj</b>	<b>102</b>	<b>169</b>	<b>673</b>	<b>950</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>-277</b>	<b>769</b>	<b>825</b>	<b>-56</b>	<b>-333</b>
Cheb	34	53	195	284	1	1	-89	354	364	-10	-99
Karlovy Vary	40	70	264	372	-	-	-108	508	460	48	-60
Sokolov	28	46	214	294	1	-	-80	257	351	-94	-174
<b>Ústecký kraj</b>	<b>257</b>	<b>407</b>	<b>1978</b>	<b>2430</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>-452</b>	<b>2129</b>	<b>2929</b>	<b>-800</b>	<b>-1252</b>
Děčín	38	57	342	392	-	-	-50	378	764	-386	-436
Chomutov	53	58	307	357	1	-	-50	518	536	-18	-68
Litoměřice	28	58	299	363	-	-	-64	469	625	-156	-220
Louny	18	50	191	270	-	-	-79	367	447	-80	-159
Most	37	67	236	346	3	1	-110	566	427	139	29
Teplice	45	61	291	388	1	1	-97	535	635	-100	-197
Ústí nad Labem	38	56	312	314	-	-	-2	487	686	-199	-201

Zdroj: ČSÚ

Tabulka 2 Pohyb obyvatelstva (absolutní údaje) podle regionů soudržnosti, krajů a okresů v 1. čtvrtletí roku 2020

Region soudržnosti, kraj, okres <i>Cohesion region, region, district</i>	Sňatky <i>Mar- riages</i>	Rozvody <i>Divorces</i>	Živě narozeni <i>Live births</i>	Zemřelí Deaths			Přirozený přírůstek <i>Natural Increase</i>	Přistě- hovali <i>Immi- grants</i>	Vystě- hovali <i>Emi- grants</i>	Přírůstek stěho- váním <i>Net migration</i>	Celkový přírůstek <i>Total Increase</i>
				celkem <i>Total</i>	do 1 roku Under 1 year	do 28 dnů Neonatal deaths					
<b>Liberecký kraj</b>	<b>153</b>	<b>263</b>	<b>1106</b>	<b>1231</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-125</b>	<b>1474</b>	<b>1197</b>	<b>277</b>	<b>152</b>
Česká Lípa	39	76	270	292	-	-	-22	484	458	26	4
Jablonec nad Nisou	29	57	221	267	-	-	-45	391	367	24	-22
Liberec	69	93	447	458	4	2	-11	836	677	159	148
Semily	16	37	168	214	-	-	-46	327	259	68	22
<b>Královéhradecký kraj</b>	<b>162</b>	<b>269</b>	<b>1334</b>	<b>1612</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>-278</b>	<b>1434</b>	<b>1460</b>	<b>-26</b>	<b>-304</b>
Hradec Králové	37	79	408	509	1	1	-101	660	693	-33	-134
Jičín	18	33	189	234	-	-	-45	410	299	111	66
Náchod	45	49	254	311	2	2	-57	279	347	-68	-125
Rychnov nad Kněžnou	27	54	189	218	-	-	-29	357	288	69	40
Trutnov	35	54	294	340	2	2	-46	309	414	-105	-151
<b>Pardubický kraj</b>	<b>164</b>	<b>247</b>	<b>1332</b>	<b>1403</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>-71</b>	<b>1700</b>	<b>1237</b>	<b>463</b>	<b>392</b>
Chrudim	27	62	276	298	-	-	-22	451	331	120	98
Pardubice	61	94	426	443	2	2	-17	1057	653	404	387
Svitavy	37	54	266	325	1	-	-59	277	299	-22	-81
Ústí nad Orlicí	39	37	364	337	2	2	27	413	452	-39	-12
<b>Kraj Vysočina</b>	<b>147</b>	<b>206</b>	<b>1306</b>	<b>1428</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-122</b>	<b>1198</b>	<b>1072</b>	<b>126</b>	<b>4</b>
Havlíčkův Brod	25	27	253	286	-	-	-33	286	287	-1	-34
Jihlava	33	50	291	305	-	-	-14	425	349	76	62
Peňhřimov	23	24	195	248	-	-	-53	317	208	109	56
Třebíč	31	50	248	296	-	-	-48	228	267	-39	-87
Žďar nad Sázavou	35	55	319	293	1	1	26	279	298	-19	7
<b>Jihomoravský kraj</b>	<b>388</b>	<b>520</b>	<b>3011</b>	<b>3232</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>-221</b>	<b>3250</b>	<b>2320</b>	<b>930</b>	<b>709</b>
Blansko	32	47	240	323	-	-	-83	378	269	109	26
Bmo-město	120	159	1023	1034	2	2	-11	2617	2383	234	223
Bmo-venkov	73	129	629	582	3	2	47	1231	844	387	434
Břeclav	29	48	265	328	1	-	-63	410	336	74	11
Hodonín	55	72	349	415	-	-	-66	374	360	14	-52
Vyškov	29	26	217	252	-	-	-35	399	316	83	48
Znojmo	50	39	288	298	1	-	-10	289	260	29	19
<b>Olomoucký kraj</b>	<b>205</b>	<b>301</b>	<b>1605</b>	<b>1853</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-248</b>	<b>1325</b>	<b>1256</b>	<b>69</b>	<b>-179</b>
Jeseník	11	19	101	118	1	-	-17	131	126	5	-12
Olomouc	70	112	606	641	-	-	-35	810	669	141	106
Prostějov	50	50	289	357	-	-	-68	352	318	34	-34
Přerov	38	55	309	395	-	-	-86	365	387	-22	-108
Šumperk	36	65	300	342	-	-	-42	222	311	-89	-131
<b>Zlínský kraj</b>	<b>171</b>	<b>246</b>	<b>1372</b>	<b>1687</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>-315</b>	<b>1148</b>	<b>1526</b>	<b>-378</b>	<b>-693</b>
Kroměříž	39	52	240	317	-	-	-77	350	345	5	-72
Uherské Hradiště	45	78	346	429	2	2	-83	382	507	-125	-208
Vsetín	41	41	340	404	-	-	-64	269	389	-120	-184
Zlín	46	75	446	537	2	2	-91	565	703	-138	-229
<b>Moravskoslezský kraj</b>	<b>474</b>	<b>592</b>	<b>2709</b>	<b>3723</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>-1014</b>	<b>1623</b>	<b>2614</b>	<b>-991</b>	<b>-2005</b>
Bruntál	49	32	194	273	1	-	-79	272	308	-36	-115
Frydek-Místek	72	86	486	626	1	1	-140	680	862	-182	-322
Karviná	109	122	515	816	2	1	-301	808	1230	-422	-723
Nový Jičín	52	79	341	476	2	2	-135	493	447	46	-89
Opava	58	97	397	505	1	1	-108	391	409	-18	-126
Ostrava-město	134	176	776	1027	5	2	-251	1084	1463	-379	-630

Zdroj: ČSÚ

