

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Vývoj systému vzdělávání u nelékařských  
zdravotnických pracovníků**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:  
**Mgr. Vendula Pírková**

Zpracovala:  
**Anna Mottlová Malinová**

Brno 2010

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: Vývoj systému vzdělávání u nelékařských zdravotnických pracovníků zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Tismě dne 20.4.2010

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Vendule Pírkové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat svým nejbližším za trpělivost, morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Anna Mottlová Malinová

# OBSAH

<b>Úvod</b>	<b>1</b>
<b>1. Střední zdravotnický personál – historie ošetřovatelství</b>	
1.1. Historie a osobnosti českého i světového ošetřovatelství	3
1.2. Vývoj ošetřovatelství u nás v 19. a 20. století	8
<b>2. Vývoj profese po roce 1989</b>	
2.1. Charakteristika ošetřovatelství	13
2.2. Nelékařský zdravotnický pracovník – NLZP – obsah pojmu	16
2.3. Podstatné legislativní změny spjaté se vstupem do Evropské unie	
2.4. Vzdělávání	18
2.4.1. Kvalifikační vzdělávání	19
2.4.2. Celoživotní vzdělávání	21
2.5. Financování vzdělávání	24
<b>3. Promítnutí změn v praxi</b>	
3.1. Efekt prováděných změn	28
3.2. Důvody odchodu z profese a možnosti nápravy	32
<b>4. Poznatky z praxe</b>	
4.1. Výstupy z rozhovorů se zdravotnickými pracovníky	37
4.2. Shrnutí	39
<b>Závěr</b>	<b>40</b>
<b>Resumé</b>	<b>42</b>
<b>Anotace</b>	<b>43</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>44</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>46</b>

# Úvod

Zdravotnictví se dotýká každého z nás a v současnosti se snaží vypořádat právě s nedostatkem personálu, a to nejen lékařů, ale i zdravotních sester. Mnohé z nich odchází zcela ze svého oboru, další odchází do zahraničí, především díky volnému pracovnímu trhu, do zemí Evropské unie a to nejen z důvodu lepšího finančního ohodnocení. Informace přicházející z Světové zdravotnické organizace - WHO či Evropské komise nás upozorňují, že tento stav není výlučně problémem České republiky. Situace nedostatku zdravotnického personálu je díky globalizaci celosvětovým problémem a výše zmíněné instituce společně se členskými státy hledají východisko z nastalé situace. Součástí přicházejících informací je i analýza stávajícího stavu v jednotlivých zemích. Jednou z alarmujících informací nejen v ČR, je vývoj demografické křivky. Stárnutí populace nevyžaduje jen finanční zajištění a nutnost důchodové reformy, ale z prodlužující se délkou života je nutné zaměřit se na péči o seniory. Tím se otevírá prostor pro zdravotnické obory jako geriatric, gerontology, paliativní medicína a hospicová péče. Právě hospicová péče v ČR je jedním z nejmladších prvků ve zdravotní péči, přičemž v zahraničí má dlouholetou tradici. Výše uvedené prvky péče o chronicky nemocné a seniory, by měly být zahrnuty do systému vzdělávání zdravotnických pracovníků. Ze statistických údajů je patrná rovněž skutečnost, že se stárnutím populace budou stárnout i zdravotničtí pracovníci a je nezbytné s tímto vývojem v budoucnu počítat.

Péče o osoby fyzicky nebo psychicky nemohoucí či nemocné osoby je stará jako lidstvo samo. Tato činnost se v průběhu existence lidstva vyvíjela a měnila, ovšem až moderní společnost ji uznala za profesi v pravém slova smyslu. Domnívám se, že si zaslouží pozornost veřejnosti a to nejen odborné, ale i laické. Ze své vlastní zkušenosti vím, že pohled na pracovníky ve zdravotnictví může být ve společnosti velmi rozdílný. Toto hledisko se jeví velmi subjektivním a samozřejmě na něj má vliv především osobní zkušenost dotazovaných, neboť právě sestra je nemocnému na blízku a to i v okamžiku, kdy u něj nemohou, nebo nechtějí být jeho nejbližší. V těchto složitých situacích lze velmi obtížně a zcela objektivně hodnotit poskytovanou péči. Nároky na výkon povolání sestry jsou vysoké, a to nejen po psychické a lidské stránce, ale s ohledem na

1

obrovský rozvoj lékařské vědy, společenských věd, zejména sociologie, psychologie, pedagogiky a technologií, i stránce odborné. V moderní a vyspělé společnosti se stala sestra rovnocennou členkou zdravotnického týmu, její role je samostatná a nezastupitelná.

Cílem mé práce je popsat vývoj vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků do dnešních dnů. Vzhledem k tomu, že v současnosti dle legislativy Evropské unie je velké množství zdravotnických profesí, zaměřím se pouze na obor všeobecné sestry. Mým záměrem je nejen popsat historii, vznik a vývoj vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu tedy všeobecné sestry, ale ráda bych zahrнула i současný stav této profese v České republice. Jedná se o postavení sester na pracovišti, jejich kompetence, prestiž povolání ve společnosti. Dílčím cílem je zamyšlení jakou roli hraje nastavený systém vzdělávání u nelékařského zdravotnického personálu.

# 1. Nelékařský zdravotnický personál – historie ošetřovatelství

## 1.1. Historie a osobnosti českého i světového ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče prošla a prochází svým vývojem. V současnosti používají zdravotničtí pracovníci širokou škálu moderních přístrojů a přípravků, ale vývoj ošetřovatelství není založen pouze na technice a vybavení. Ošetřovatelství se vyvíjelo společně s vývojem lidstva, jeho poznáváním přírody i sebe sama. Velký vliv mělo náboženství, ale i politický vývoj a války. Postupná změna přístupu k člověku jako takovému, k jeho zdraví a snaze zajistit určitou míru kvality života vedla ke změnám i v ošetřovatelství.

Primitivní lidé nechápali příčiny nemocí. První léčebná praxe vycházela z přesvědčení, že kouzla mohou zabránit vzniku nemocí. Lidé věřili, že si nemocný rozhněval bohy, kteří na něj seslali nemoc jako formu trestu. Snažili se proto bohy udobřit, aby opustili těla nemocných, léčení bylo často ponecháno pouze na přírodě. S rozvojem společnosti se uctívání bohů soustředilo do chrámů. Zde se kněží modlili i za vyléčení nemocných a pomáhali smířit rozhněvané bohy. Kněží tak vešli v povědomost jako lékaři. Ošetřovatelská péče v domácnostech byla poskytována hlavně matkami, nebo jinými členy rodiny. (<http://szs.tabor.indos.cz/projekt/>)

Rozhodující vliv na rozvoj medicíny v Evropě měla medicína starořecká. Její počátky spadají do 2. tisíciletí př. n. l. Z tohoto období jsou známi především Hippokrates a Aesculapius. Jejich metody přejali i arabské země, kde vliv Islámu, který nabádá k touze po poznání, pomohl rozvoji medicíny. Jejich díla např. díla učence, filozofa, přírodovědce a lékaře Avicenna neboli Ibn Sína, otce moderní arabské medicíny, ([www.cestyapamatky.cz](http://www.cestyapamatky.cz)) byla později přeložena do latiny a zpětně ovlivnila a obohatila medicínu západní Evropy.

Až s příchodem křesťanství se stává součástí snahy o léčení i opatrovnictví, což lze později pokládat za základ ošetřovatelství. Křesťanská víra a přesvědčení, že služba

člověku je službou Bohu přiváděla mnoho dobročinných osob k tomu, aby navštěvovaly a ošetřovaly nemocné. Ve 4. století začaly vznikat první kláštery a mnoho příslušnic římských vysokých společenských vrstev se zapojilo do péče o nemocné. Po několik dalších století zakládaly církevní řády v mnoha zemích mužské i ženské kláštery, v nichž mniši a jeptišky ošetřovali tělesně i duševně nemocné. Velkou úlohu sehrály tyto řády zejména v době epidemií. Vznikají tzv. špitály, které ovšem v prvopočátku měly rozdílné poslání. Některé sloužili jako útulky pro pcectné, jiné byly určené výhradně jen nemocným či chudým. Z církvi to byla především církev katolická, která orientovala nově vznikající řády k poskytování péče potřebným a nemocným lidem a to převážně v kláštorech a špitálech. (www.nconzo.cz)

Významnou postavou českého opatrovnickví byla Svatá Anežka Česká (Přemyslovna). Byla příslušnicí panovnického rodu Přemyslovců. Již od útlého dětství na ni působily vzory evropských zakladatelek špitálů Alžběty Duryňské a Hedviky Slezké. Když sešlo z jejího druhého plánovaného sňatku, vzdala se světského postavení a zasvětila svůj život Bohu. Byla nadšenou obdivovatelkou řádu Svatého Františka a rozhodla se vstoupit do jeho ženské řehole sv. Kláry. V Praze, na pozemcích, které získala darem od své matky dala roku 1233 postavit klášter a špitál sv. Františka, při kostele sv. Haštala. Založila několik dalších klášterů, k nimž byly postupně vybudovány i špitály. Pro tyto již byla vypracovaná pravidla pro opatrování zejména pak pro nemocné a chudé. Ve stejném roce složila Anežka Přemyslovna řeholní slib a stala se abatyší kláštera. Svatá Anežka Česká je v naší historii první ženou, která založila mužský řád. Jednalo se o špitální bratrstvo, které bylo papežem nedlouho po svém založení uznáno za samostatný ošetřovatelský řád křížovníků s červenou hvězdou, jehož hlavní úlohou bylo ošetřování nemocných a chudých. Anežka Přemyslovna je tedy právem považována za zakladatelku a patronku českého ošetřovatelství. Za svůj život, který věnovala zcela pomoci chudým a nemocným byla v r. 1989 svatořečena. (Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., Galerie historických osobností, str. 7, 8 ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 7, r. 2001)

K opatrovnickví přiváděly hlavně ženy náboženské pohnutky, kdy obětování se a utrpení bylo povýšeno na cíl lidského života. V nemoci začali poskytovat pomoc lidem holiči, porodní báby, kořenáři, mastičkáři a další osoby. Koncem 1. tisíciletí vznikají



první lékařské školy, které obohacují prozatímní znalosti středověkého lékařství ve světě. Do té doby tato studia byla výhradně pro ty, kdož byli znalí čtení a psaní, a to byli převážně kněží a mniši. Mezi církevní příslušníky se již dostávají i osoby civilní. Významnou osobností, která nepocházela z panovnického rodu byla Zdislava z Lemberka, dcera brněnského purkrabího. Byla vychovávána v úctě ke stavu řeholnímu a kněžskému a vedle péče o početnou rodinu se věnovala právě činnosti charitativní. Vstoupila jako laická spolupracovnice do apoštolského řádu dominikánů. Žila velmi skromně a velmi často navštěvovala nemocné a chudé, kteří u ní nalézali potřebnou podporu. Svou péči věnovala i umírajícím a právě tato její činnost je popsána i v Dalimilově kronice, neboť prý Zdislava měla zázračnou moc, která je vylíčena následovně: “Pět mrtvých boží mocí vzkřísila, mnoha slepým zrak vrátila, chromých a malomocných mnoho uzdravila...”

Také Zdislava z Lemberka se svým manželem postavila klášter a to právě pro dominikánský řád, do kterého Zdislava vstoupila. Tento klášter je v Jablonném v Podještědí, kde je Svatá Zdislava pochována. Svatořečena byla v roce 1995. (Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., Galerie historických osobností, str. 9 ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 7, r. 2001)

Na rozvoj ošetrovatelství měly ve středověku kromě vzniků církevních řádů vliv hlavně války. Vedle velkého množství padlých a raněných byly často příčinou porážky mnoha armád epidemie, které propukaly při nedodržování hygienických pravidel. Uvedené skutečnosti vyvolávaly zvýšenou potřebu lékařské a ošetrovatelské péče.

V období třicetileté války mnohé špitály zanikly. Náhlá rozsáhlá epidemie cholery v roce 1665 a další epidemie morová (1679-1680), při níž jen v Čechách zemřelo 50 tisíc lidí poukázala na to, že dosavadní lékařské znalosti jsou nedostačující. K pozvolnému probuzení zájmu o zdraví obyvatel dochází až v době vlády Marie Terezie a Josefa II.. V roce 1753 vydává M. Terezie zdravotní řád pro země české a v roce 1770 ještě normu, která upravuje pravidla a práva všech zdravotnických osob (volně praktikujících lékařů, lékárníků, chirurgů, porodních bab aj.). Doba osvícení a snahy o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva se setkávala s ohlasem v celé rakousko – uherské monarchii. V prvopočátku se jednalo především o tzv.

zkušenostní hygienu a některé z problémů epidemiologie. Dále byla zaváděna protiepidemiologická opatření, která spočívala především v zavádění karanténních předpisů – např. protimorový vojenský kordon na hranicích, ničení zboží ze zamořených území apod. Jako další krok osvícenského státu jsou zakládány všeobecné, veřejné nemocnice, psychiatrické ústavy a později i porodnice. (NCO NZO)

Jak jsem v úvodu uvedla, války hrály ve vývoji péče o nemocné významnou roli. Bylo nutné zajistit dostatek odborně připravených žen pro péči, zejména o raněné. Proto mezníkem pro vývoj ošetrovatelství se stala Krymská válka (1854-1856). Ačkoliv už i před ní existovala zdravotnická pomoc. Jednalo se o zajištění první pomoci zejména chirurgy v polních lazaretech. Z toho vyplývá, že šlo o činnost do té doby převážně mužskou, a právě lékařům velmi záhy začal chybět pomocník, který by se zaměřil na péči o pacienta po prvotním ošetření. Z východních zemí můžeme uvést např. ruského chirurga N. I. Pirogova.<sup>2</sup> Dle jeho návrhu bylo odborně vyškoleno prvních 30 dobrovolných ruských ošetrovatelek k práci v Sevastopolu.

Stejně tak se objevuje snaha o ošetrovatelskou praxi a hnutí na straně západní. Velkou propagátorkou a zastánkyní byla Florence Nightingalová (1820-1910). Florence Nightingalové (dale FN) je nejvýznamnější osobností v historii světového ošetrovatelství. Její den narození, tedy 12. květen byl vyhlášen Mezinárodním dnem sester. Pocházela z anglické bohaté střední vrstvy a velmi často cestovala po celé Evropě. Florence byla velmi inteligentní, atraktivní a uznávaná nejen v rodinných kruzích, ale i mezi politiky. Měla velký zájem o sociální otázky, navštěvovala domovy nemocných a stále více se zajímala o ošetrovatelství a nemocnice. Její zájem nesdíleli její rodiče, domnívali se, že cestování odvede od zmíněné činnosti její pozornost. Ovšem cestování Florence využívala k získávání dalších zkušeností na poli ošetrovatelském. V Paříži v nemocnici Milosrdných sester Vincence z Pauly se naučila metodám ošetřování ran. V roce 1850 v Kaiswerthu prošla tříměsíčním ošetrovatelským kurzem. Právě zde se rozhodla věnovat se plně ošetrovatelství. V roce 1853 byla jmenována ředitelkou tzv. “ Zařízení pro jemné ženy v nemoci – Establishment for Gentlewomen during Illness“ v královské nemocnici v Londýně.

V roce 1854, v období Krymské války, požádal tehdejší ministr války a její přítel Sidney Herbert Florence Nightingalovou o pomoc a pověřil ji vytvořením a řízením skupiny ošetřovatelek v nemocnicích v Turecku. Skupina 48 sester byla složena z větší části ze sester civilních, kterým Florence dávala přednost před řádovými. Lékaři zpočátku nevívali tuto pomoc s velkým nadšením, ale v průběhu války, kdy raněných neustále přibývalo, se ošetřovatelky staly nezbytnou součástí zdravotnického týmu. Důležitým přínosem v tomto období její činnosti bylo tzv. zavedení principů sanitární vědy. Jednoduše řečeno, jednalo se o zlepšení vybavení a zásobování lůžkovinami, obvazovým materiálem a jiným nemocničním vybavením a tím i o přijatelnější hygienické podmínky.

Florence a její tým ošetřovatelek se starali nejen o stránku tělesnou, ale i duševní. Hlavně Florence byla celý den mezi nemocnými a raněnými a pro potřeby vojska zařídila knihovny, čítárny a dokonce i kavárnu.

Celoživotním cílem FN bylo pozvednout ošetřovatelství na úroveň společensky uznávané profese. Florence založila v roce 1860 Ošetřovatelskou školu v Nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Studentky této školy prošly roční výukou, která se skládala z teorie a praxe pod vedením zkušené zdravotní sestry. Dále pak tři roky pracovaly v nemocnicích jako „ošetřovatelky na zkoušku“ ve službách školy. Absolventky školy Florence Nightingelové pracovaly po celé Británii a Evropě a mnohé stály u založení ošetřovatelských škol ve světě.

Ve stejném roce, kdy byla založená zmiňovaná Ošetřovatelská škola, byla publikována i nejlepší práce FN pod názvem „Poznámky k ošetřovatelství“. Kniha byla přeložena do téměř desítky světových jazyků a je považována dodnes za součást zlatého fondu ošetřovatelské literatury. Spisy a publikace FN se týkají nejen plánování, organizace ošetřovatelské práce, principů ošetřovatelství ale i citlivosti pro potřeby pacienta a významně ovlivnili světové zdravotnictví. Také její poznatky v oblasti hygieny a šíření infekce vedly k mnoha zlepšením a k zdravějšímu způsobu života.

Florence Nightingelová zemřela ve věku 90.let, stala se legendou už za svého života a právem je považována za zakladatelku ošetřovatelství nejen v Anglii, ale její

práce se stala vzorem při zakládání dalších škol v ostatních zemích. Díky ní se do doby charitativní činnosti stává uznávanou odbornou profesí. (Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., Galerie historických osobností, str. 70 - 74 ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 7, r. 2001)

## 1.2. Vývoj ošetřovatelství v českých zemích v 19. a 20. století

Rozvoj evropského i zámořského ošetřovatelství na základě založení londýnské ošetřovatelské školy, ale i národnostní a emancipační hnutí v Rakousko-Uhersku vedly v roce 1874 ke vzniku první ošetřovatelské školy v Praze. Její existenci značně ovlivnily velké české spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, které stály v čele ženského hnutí, tzv. Výrobního spolku a byly horlivými zastánkyněmi ženských práv. V jejich úsilí jim byli nápomocni významní čeští lékaři. Stejně jako v zahraničí i u nás bylo mnoho předsudků a nebylo mnoho lékařů, kteří byli této myšlence nakloněni. Jedním z vyjimečných pokrokových vlastenců byl prof. MUDr. Bohumil Jan Eiselt, vědec a pedagog, profesor a přednosta I. Interní kliniky. Vzhledem k jeho činnosti společenské a organizační, která ho přivedla k zájmu o práci ošetřovatelek byl společně s profesorem dr. Janovským zakladatelem a přednostou kliniky chorob kožních, u zrodu české ošetřovatelské školy v Praze. Oba lékaři patřili k horlivým učitelům na této škole a získali pro tuto činnost i další lékaře – učitele lékařské fakulty. I. Interní klinika lékařské fakulty Univerzity Karlovy za vedení pana profesora i jeho nástupců se na dlouhá léta stala zázemím ošetřovatelek a následně pak i diplomovaných sester.

Fakt, že v období osvícení nebylo mnoho českých klinik ani českých lékařů byl důvodem, proč škola neměla dlouhého trvání. České žákyně nechtěly praktikovat na německých klinikách a nenašlo se dostatečné množství českých přednostů, kteří by umožnili žákyním praktikovat na jejich klinikách. Takže v roce 1881, z národnostních a pravděpodobně i finančních důvodů, škola zanikla. Přesto je třeba ocenit, že to byla první ošetřovatelská škola na území Rakousko-Uherska. Velkou mírou ovlivnila rozvoj ošetřovatelství ve střední Evropě již tím, že poukázala na potřebu systematického a odborného vzdělávání sester pro profesionální výkon ošetřovatelské činnosti.

V roce 1882 vznikla ošetřovatelská škola ve Vídni, v českých zemích si po mnoho let každá klinika zacvičovala sestry sama. Teprve v roce 1916 byla v Praze otevřena česká Státní dvouletá ošetřovatelská škola. U jejího zrodu opět stál profesor Janovský, v té době již jako rektor Univerzity Karlovy. První představenou této školy byla paní Františka Fajfrová. Nebyla ošetřovatelkou ani lékařkou, ale projevovala o tuto profesi nebývalý zájem. Na její popud přijely do školy z Vídně dvě diplomované sestry Anna Marie Hupková a Gisela Bártová. Jako vzdělané sestry pomáhaly s výukou žákyň hlavně v nemocnicích. Sestra Hupková se stala první vrchní sestrou ve Všeobecné nemocnici v Praze a kromě výuky žákyň se snažila získat důvěru lékařů a dalších ošetřovatelek pro nové absolventky ošetřovatelské školy. Tato škola pokračovala v činnosti i po skončení první světové války v nově vzniklém Československu a stala se vzorem pro vznik řady dalších ošetřovatelských škol vznikajících na území mladé republiky. V roce 1920 byla na krátko ve funkci ředitelky školy vystřídána F. Fajfrová diplomovanou sestrou Boženou Březinovou. Ta přišla do školy r. 1918 právě na pozvání ředitelky Fajfrové. Její osobní půvab a sympatie žákyň byly příčinou toho, že přísná paní Fajfrová uvolnila své místo právě sestře Březinové. Zvláště její práce přivedla k zájmu o tuto školu dceru prvního československého prezidenta T.G.Masaryka Alici Masarykovou a výsledkem tohoto spojení byla mise tří zkušených americký sester, vyslaných americkým Červeným křížem, které školu na tři roky převzaly a vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky. Postupně zacvičily pro práci instruktorek praktického vyučování první absolventky této školy.

(Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., Galerie historických osobností, str. 15 - 26 ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 7, r. 2001)

PhDr. Alice Masaryková sehrávala významnou roli v podpoře ošetřovatelství po mnohá léta. V roce 1919 založila Československý Červený kříž (dale ČSČK) a po dvacet let byla jeho předsedkyní. Právě ČSČK spravoval od roku 1920 Českou ošetřovatelskou školu. Alice Masaryková aktivně podporovala vzdělávání ošetřovatelek a financování školy, ale také svým společenským postavením posilovala prestiž školy i profese samotné.

Absolventky prvních kurzů České ošetřovatelské školy rozšířily řady pracovníků v nemocnicích a tak ještě po dlouhou dobu vedle sebe pracovaly tři kategorie

ošetřovatelského personálu. Byly to absolventky ošetřovatelské školy, tedy diplomované ošetřovatelky, dále pak řádové sestry a pomocné ošetřovatelky zacvičené na nemocničním oddělení. Jedny z prvních absolventek státní ošetřovatelské školy založily již v roce 1921 Spolek absolventek ošetřovatelské školy, který byl v roce 1928 změněn na Spolek diplomovaných sester. V činnosti Spolku se výrazně odrazil vývoj ošetřovatelství ve světě i maximální snaha členek o poskytování kvalifikované služby nemocným a sociálně potřebným. Spolek pořádal přednášky, pokračovací kursy a pomáhal zakládat další ošetřovatelské školy. Navázal spolupráci se sesterskými organizacemi v zahraničí. V roce 1933 byl Spolek diplomovaných sester Československé republiky přijat do Mezinárodní rady sester. (celovečerní cyklus o T.G.Masarykovi uvedený na ČT2 dne 7.3.2010)

České ošetřovatelství mezi světovými válkami bylo orientováno nejen na rozvoj nemocniční služby, ale vzhledem k potřebě personálu rovněž na vzdělávání zdravotnických pracovníků. Již v roce 1919 byla v Praze otevřena Vyšší sociální škola, jejíž zakladatelkou byla PhDr. A. Masaryková. Škola připravovala v jednoletém studiu sociální pracovníky pro práci v terénu. Později ji absolvovaly i některé diplomované sestry. Tyto sestry zakládaly a vedly poradny pro matky a děti, zdravotní stanice s dispenzářem tuberkulózně a pohlavně nemocných. V roce 1929 zavedl ČSČK organizovanou ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách, v níž sestry pracovaly zcela samostatně na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami (do roku 1924 tzv. nemocenskými pokladnami).

Druhá světová válka přerušila vývoj československého ošetřovatelství. Činnost Spolku diplomovaných sester byla zastavena. Výuka ve školách však pokračovala a rozvoj lze pozorovat především v organizaci nemocniční ošetřovatelské péče. Poprvé se setkáváme s funkcí civilní sestry představené - hlavní sestry. Jsou vypracovány organizační řády a pracovní náplně sester, které odpovídají skutečným vědomostem, možnostem, které mohou sestry na oddělení u pacientů vykonávat v jednotlivých pracovních směnách, včetně povinností a práv vrchních a staničních sester. Vedoucí lékaři začínají uznávat sestru jako významného spolupracovníka potřebného pro zajištění kvalitní odborné ošetřovatelské péče. Válečné období a vysoká potřeba sester byly tedy hlavním důvodem rozvoje nemocničního ošetřovatelství. Již během války, ale

zejména po jejím skončení, se naléhavě zvýšila potřeba kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. Síť státních ošetrovatelských škol se rychle rozšiřovala.

V roce 1946 vznikla v Praze Vyšší ošetrovatelská škola, která poskytovala pedagogické vzdělání sestřím - učitelkám na ošetrovatelských školách, připravovala vrchní sestry pro řídicí práci v ošetrovatelství a v neposlední řadě se zde se sestry vzdělávaly pro terénní péči.

Ošetrovatelské školy byly podle nového školského zákona z roku 1948 sloučeny s rodinnými a sociálními školami a středními odbornými školami, v nichž se studentům současně dostávalo všeobecného středoškolského vzdělání i kvalifikační přípravy. Školy byly přejmenovány na Střední zdravotnické školy, na nichž se připravovaly všechny kategorie tzv. středního zdravotnického personálu. Protože se již na konci padesátých let ukázalo, že základní profesní příprava v této formě sestřím pro další praxi nestačí a další vzdělávání bylo založeno pouze na individuálním přístupu k dalšímu studiu, mnohdy jen na čtení odborných článků a účasti na konferencích, vynutila si praxe v roce 1960 vznik Institutů pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Instituty byly založeny v Brně a v Bratislavě. Instituty zaměřily svou pedagogickou práci na specializační studium sester v řadě oborů, např. dietní sestry, dětské sestry a porodní asistentky a technické obory. Pod technické obory spadali sanitáři, zdravotní a lékárenští laboranti a oční optici. Ve stejném roce bylo pro odborné učitelky na středních zdravotnických školách otevřeno pětileté studium ošetrovatelství v kombinaci s psychologií a později s pedagogikou. Studium bylo otevřeno v Praze na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Ošetrovatelské předměty byly zajišťovány Fakultou všeobecného lékařství UK, na III. interní katedře specializované na ošetrovatelství. Zde se také brzy jako vyučující ošetrovatelství objevily první zkušené absolventky tohoto vysokoškolského studia. V roce 1986 byl ústav přejmenován na Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků a bylo k němu přičleněno nově vzniklé centrum stomatologické péče.

V letech 1987 - 1994 proběhlo na Filozofické fakultě UK v Praze také jednooborové studium péče o nemocné určené zejména hlavním a vrchním sestřím. Velmi důležitým krokem byl vznik Národního centra ošetrovatelství a nelékařských

zdravotnických oborů v roce 2003. Uvedené instituce se staly prvními centry postupně se rozvíjejícího ošetrovatelského výzkumu.

Po dlouhou dobu nesměly československé sestry, podobně jako jiné profesní či zájmové skupiny, založit vlastní profesní organizaci. Všechny byly sdruženy v Revolučním odborovém hnutí, které zcela formálně hájilo "zájmy všech pracujících". Teprve v roce 1973 se nakonec podařilo založit Československou společnost sester, která začala velmi aktivně pracovat. Sdružovala dvě národní sesterské společnosti - Českou společnost sester a Slovenskou společnost sester, které měly společný federální výbor. Společnost se zabývala výhradně odbornou problematikou. Organizovala odborné konference a sympozia sester, snažila se ovlivnit ošetrovatelské vzdělávání a podporovat ošetrovatelský výzkum, i když to v době totalitního režimu opravdu nebylo snadné. V roce 1982 byla Československá společnost sester přijata do Mezinárodní rady sester. (NCO NZO)

Dalším významným zlomovým momentem, který se výrazně promítl do vývoje profese ošetrovatelství byla změna politického zřízení na přelomu devadesátých let minulého století. Změna se dotkla nejen samotné práce sester, ale především jejich vzdělávání.



## 2. Vývoj profese po roce 1989

### 2.1. Charakteristika ošetrovatelství

Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. Použiji – li definici ošetrovatelství z roku 2004, jedná se o samostatnou vědeckou disciplínu zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, jeho navrácení a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocným a zajištění klidného a důstojného umírání a smrti. Významný podíl má rovněž na prevenci, diagnostiku, terapii a rehabilitaci. Ošetrovatelský personal pomáhá jednotlivcům, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat své potřeby fyziologické, psychosociální, ale také duchovní. Vede nemocné k sebeběči a edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péči. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči.

Hlavním cílem ošetrovatelství je uspokojování potřeb člověka s ohledem na individuální kvalitu života. Při této činnosti je nezbytná spolupráce nejen s lékaři, odborníky a dalším zdravotnickým personálem, ale především s pacientem a jeho nejbližšími.

Charakteristickými rysy ošetrovatelství tedy zákonitě musí být individualizovaná péče, založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví a potřebám vzniklých nebo pozmeněných onemocněním, nebo úrazem. Tako péče musí být poskytována aktivně a na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem. Je nezbytný holistický přístup k nemocnému, tedy nesoustředit se pouze na příznaky fyzické, ale hledat možné příčiny i v psychice. Neméně významným rysem ošetrovatelství je preventivní charakter péče. Veškeré zmíněné činnosti jsou

vykonávány profesionálním ošetrovatelským týmem, který je složen z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace a kompetencí. (Zdroj: Doc. PhDr. Staňková, CSc., Koncepce českého ošetrovatelství, str. 6 - 8 ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1, 2003, [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) ). Ošetrovatelství patří do kategorie tzv. regulovaných povolání. Ve stručnosti lze uvést, že se jedná o ta povolání, která svou náročností vyžadují, aby pracovníci splňovali přísná, zákonem vymezená kritéria. Ve zdravotnictví k těmto profesím patří povolání lékaře, stomatologa, farmaceuta, všeobecné sestry a porodní asistentky.

(Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., Sestra – reprezentant profese, str. 8 ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 11, r. 2002)

## 2.2. Nelékařský zdravotnický pracovník - obsah pojmu

Pojem nelékařský zdravotnický pracovník (dale jen NLZP), zavedený Zákonem č. 96/2004Sb., 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 (dále jen zákon o nelékařích) zahrnuje v současnosti širokou škálu profesí. V minulosti bylo zvykem rozlišovat zdravotnický personál na lékaře, zdravotní sestry, technické profese a nižší zdravotnický personál, což představovalo hlavně pomocné profese jako je sanitář. V případě povolání sestra se jednalo o sestry tzv. diplomované se všeobecným zaměřením, ženské a dětské. Nutností pro profesní kategorie např. sestry dietní, rehabilitační, sálové bylo absolvovat nástavbové vzdělávání.

Hovoříme – li v současnosti o zdravotní sestře, tak jak je v povědomí široké veřejnosti, jedná se o povolání s názvem všeobecná sestra. Toto označení vešlo v platnost zákonem č. 96/2004Sb., o nelékařích. Tato legislativní úprava zahrnuje následující profese s přesným určením možnosti získání odborné způsobilosti k jejich výkonu:

**Všeobecná sestra** je způsobilá k výkonu povolání po absolvování nejméně tříletého bakalářského zdravotnického programu, event. studia na vyšších zdravotnických

školách (dále jen VOŠ). Studium oboru všeobecná sestra na Střední zdravotní škole je uznáno, pokud bylo zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, studium oboru dětská sestra, porodní asistentka, ženská sestra rovněž na Střední zdravotní škole (dále jen SZŠ) lze uznat s rokem zahájení studia nejpozději 1996/1997.

**Porodní asistentka** může vykonávat své povolání po absolvování rovněž bakalářského studia, studia na VOŠ, případně SZŠ za stejných podmínek jako sestra všeobecná. Studijní obory jsou akreditovány pro přípravu porodních asistentek.

Z výčtu veškerých nelékařských povolání, která jsou uvedena ve výše zmiňovaném zákoně v paragrafech 5 až 44 bych ještě charakterizovala povolání **zdravotně sociální pracovník**. Součástí jeho činnosti, kromě zdravotně sociální péče preventivní, rehabilitační je především uspokojování sociálních potřeb pacienta. Vzhledem k tomu je nutné k získání akreditace k výkonu tohoto povolání absolvování zdravotnického bakalářského nebo magisterského programu se sociálním zaměřením, na VOŠ se jedná o kvalifikační kurz zdravotně – sociální pracovník. Středoškolské vzdělání v tomto případě musí být doplněno specializačním studiem v oboru zdravotně sociální péče.

V České republice mají nezastupitelnou roli ve zdravotnictví i další profese jako např. povolání řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby, profese ošetřovatele, sanitáře atd., které nejsou zahrnuty ve směrnici Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací, tedy nejedná se o regulovaná povolání. Uvedená povolání jsou zahrnuta pod zdravotnické profese zákonem o nelékařích a jedná o činnosti vykonávané pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Jednou z možností získání odborné způsobilosti k výkonu tohoto povolání je absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu.

### 2.3. Podstatné legislatívne zmeny spojené se vstupem do EU

K zásadní diskuzi o odborné přípravě sester na povolání došlo při vyjednávání o vstupu České republiky do Evropské Unie. Jednou z podmínek vstupu byly zásadní změny v přípravě na povolání všeobecné sestry a porodní asistentky. ČR v některých bodech vzdělávacího systému nenaplnila požadavky EU, proto bylo přistupeno ke změnám vzdělávání všeobecných sester. Příkladem je věk studentů vstupujících do vzdělávání, počet hodin jak praktické tak i teoretické části vzdělávacího programu. Byly zahájeny diskuze o tom, jak v školském systému našeho státu splnit podmínky vyžadované EU. Vzhledem k odlišnosti vzdělávacích systémů v členských i přistupujících zemích nebylo možné převzít nějaký konkrétní model. Pojmy primární, sekundární a terciální vzdělávání znamenaly v jednotlivých zemích EU rozdílný obsah a úroveň vzdělávání, byla rozdílná délka povinné školní docházky, rozdílný charakter vysokoškolského studia.

Při tvorbě a projednávání zákona musel být respektován náš školský systém a jeho možnosti. V návaznosti na přistoupení ČR do EU se již dříve některé zdravotnické školy transformovaly na Vyšší zdravotnické školy splňující podmínky EU. Ale ani toto studium neposkytovalo terciální vzdělání a plně nesplňovalo požadavky EU. Před přijetím zákona o nelékařích některé vysoké školy otevřely možnosti získání vysokoškolského vzdělání pro sestery. Jedním z úkolů bylo jasně stanovit, který typ studia a za jakých podmínek zajistí nejen kvalitní přípravu, ale které bude uznáno i v zemích EU. Od tvůrců nového systému se očekávalo samozřejmé zachování nabitých práv tzn., aby stávající sestry, tedy absolventky SZŠ novým zákonem nepřišly o svou kvalifikaci a staly se neplnohodnotnými v systému. Tato situace vedla k tomu, že vedle sebe mohou pracovat sestry s rozdílným stupněm vzdělání a jsou pověřovány stejnou prací resp. mají stejné kompetence. V součastnosti si ale většina z nich již dokončila vzdělání na vyšších odborných školách, vysokých školách, a některé mají specializační vzdělávání.

Přehled v dosaženém vzdělání a tím v zařazení a určení kompetencí sestry na pracovišti přinesla další úprava a to zavedení registrace, Systém registrace vyžaduje průběžné vzdělávání sester účastí na odborných seminářích a dalších vzdělávacích

akcích. I tento systém je často kritizován, ale pomohl bezesporu k větší aktivitě sester a větší podpoře vzdělávání se strany zaměstnavatelů.

Vznik Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (dále jen Registr) je dán zákonem o nelékařích. V Registru jsou zpracovávány údaje, které slouží k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. ( Zdroj : [www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz))

V zákoně o nelékařích je systém registrace upraven v Hlavě VI. Zákon uvádí náležitosti nutné pro splnění podmínek k vydání osvědčení. Jednou z podmínek je získávání kreditů z celoživotního vzdělávání. V příloze č. 1 uvádím tabulku, která dokumentuje změny v kreditním systému celoživotního vzdělávání s ohledem na vývoj možností získání odborných znalostí. Markantní je možnost získání kreditů za účast na mezinárodním kongresu a to ať již se jedná o účast pasivní nebo aktivní. Tato možnost ještě v roce 2004, kdy vstoupila v platnost vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, nebyla v systému zohledněna.

Princip celoživotního vzdělávání, prohlubování a doplňování vědomostí a dovedností vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Laická veřejnost by měla být blíže seznamována s významem registrace V tom spočívá především význam registrace. Je to způsob jak zajistit vysokou odbornost pracovníků ve zdravotnictví a zároveň s tím ochranu a spokojenost pacienta.

Přijetím Lisabonské strategie v roce 2005 se Česká republika zavázala splnit její cíle. ([www.vlada.cz/lisabonska-strategie/](http://www.vlada.cz/lisabonska-strategie/)) V souvislosti s politikou zaměstnanosti se jedná zvláště o zvýšení konkurenceschopnosti českých pracovníků, růst zaměstnanosti a zajištění inovativnosti ve všech oblastech. Lisabonská strategie zavazuje dále vybavit lidské zdroje nezbytnými dovednostmi a poskytnout jim příležitosti s cílem přivést více pracovníků na trh práce a učinit z práce skutečnou příležitost pro každého. Ministerstvo zdravotnictví je v souvislosti se vzděláváním zdravotnických pracovníků vázáno rovněž specifickou legislativní národní úpravou, jedná se zvláště o zákony č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 18/2004

Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a některých příslušníků jiných států a o změně některých zákonů (zákon o uznání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změnu některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 189/2008 Sb. a samozřejmě směrnicí Evropského parlamentu a rady 2005/36/ES, o uznání odborných kvalifikací.

## 2.4. Vzdělávání

Vzdělání sestry dlouho probíhalo jako středoškolský obor, čtyřleté střední zdravotnické školy dávaly nepoměrně všeobecného, avšak více odborného vzdělání a praxe. Praxe ukázala, že je nutné sestry ještě více specializovat a proto bylo vytvořeno další specializační studium pro sestry, které již byly v praxi. Specializační studium bylo zajišťováno výše zmiňovaným Ústavem pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, mělo charakter vyššího stupně vzdělání, nesplňovalo však podmínky pro uznání vyššího či vysokoškolského studia. Sestry zde studovaly při zaměstnání a získaly potvrzení, která jim umožnila úzce se zaměřit na vybrané specializační obory avšak v postavení sestry toto studium neznamenal žádný posun a to ani v prestiži, ani v odměňování. Odborná i laická veřejnost považovala toto povolání dále za tradičně středoškolské.

Změnou politického zřízení ovšem nebylo dotčeno jen vzdělávání samotné. Došlo zde především k posunu vnímání pacienta. Byly schváleny práva pacientů, Česká republika podepsala v roce 1998 Úmluvu o lidských právech a biomedicíně Rady EU, která zajišťuje pacientovi práva a profesionální péči. Ve své podstatě byla přínosem i ve

zkvalitnění komunikace s pacientem. Mimo jiné je v ní zakotven požadavek informovaného souhlasu, což vedlo k nutnosti změny postoje k pacientovi. Je nutné přistupovat k němu jako k rovnocennému partnerovi.

Přístup k celosvětovému trhu umožnil modernizaci vybavení zdravotnických zařízení a postupné využití nejmodernějších medicínských metod. Sestry se musely naučit ovládat a zvládat velké množství moderního přístrojového vybavení, které k nám přišlo s tržním hospodářstvím a musely se naučit zvládat nové techniky a postupy v ošetrovatelské péči.

Nejen příprava na vstup do EU a sjednocení vzdělávání zdravotnických pracovníků, ale i daleko vyšší požadavky na zvládání moderních postupů, přístrojů, rozvoj informačních technologií vedly ke změnám rovněž ve vzdělávání a jeho délce.

#### 2.4.1. Kvalifikační vzdělávání

Vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky probíhá formou pregraduální přípravy do získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. V praxi to znamená, že délka studia sestry, která má kompetence k samostatnému výkonu povolání je 7 let, ale může být až deset let. Viz příloha č. 2 Ze střední zdravotní školy, tak jak ji známe vychází absolvent studijního oboru s názvem zdravotnický asistent. Problémem je, že zdravotnický asistent po absolvování nemá kompetence k samostatnému výkonu povolání. Aby sestra byla sestrou se všemi kompetencemi je nutné aby absolvovala další tříleté studium na Vyšší odborné škole event. v bakalářském studijním program v oboru všeobecná sestra. Teprve poté, tedy po výše uvedených sedmi letech studia získává kompetence k výkonu ošetrovatelské péče základní, specializované i vyšší specializované.

V současnosti probíhají jednání mezi Ministerstvem školství a Ministerstvem zdravotnictví k úpravám vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Jedná se především o to, aby část kompetencí, tedy základní ošetrovatelská péče, byla převedena již na absolventa střední zdravotní školy, tedy již po ukončení čtyřletého studia. Stal by

se tak plnohodnotným členem týmu bez potřeby odborného dohledu k vybraným činnostem. Viz příloha č. 2

Odborná způsobilost k výkonu povolání nelékařského zdravotnického pracovníka se získává absolvováním požadovaného studijního programu, tedy absolvováním střední, vyšší nebo vysoké školy. Druh programu je v závislosti na druhu pracovníka, tak jak je uvedeno v Zákoně o nelekářích Sb, § 5 – 44 zákona.

Změna systému vzdělávání všeobecné sestry ze středních na vyšší odborné, či vysoké školy nebyla jednoduchá. Systém se dodnes jen těžko vypořádává s dřívější trojkolejností vzdělávání všeobecné sestry, které ač mají každá jiný stupeň vzdělání (středoškolský, VOŠ, nebo vysokoškolský) působí na pracovišti vedle sebe a vykonávají tutéž činnost. Právě toto byl jeden z důvodů, proč byl přijat Zákon č. 96/2004 Sb. O nelekářích, který upravil následující:

Někteří absolventi, například všeobecná sestra, nebo porodní asistentka, které zahájily studium v devadesátých letech na středních zdravotních školách mohou vykonávat své povolání až po 3 letech praxe pod odborným dohledem. V případě, že nelékařský zdravotnický pracovník nezíská specializovanou způsobilost nebo zvláštní odbornou způsobilost nemůže vykonávat některé činnosti, které ale jsou pro chod mnoha oddělení nezbytné. Dohled nad uskutečňováním všech studijních programů v rámci středních škol, vyšších odborných a vysokých škol spadá do gesce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, což vyplývá z vyhlášky č. 39/2005Sb, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a která je reakcí naší legislativy na Evropskou směrnici 36/2005/ES. Celoživotní vzdělávání je plně v gesci Ministerstva zdravotnictví. Viz příloha č.3



## 2.4.2. Celoživotní vzdělávání

Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky. Bez získání 40 kreditů z celoživotního vzdělání za registrační období, které je v délce 6 let nemůže zdravotnický pracovník pracovat bez odborného dohledu.

Formy celoživotního vzdělávání lze rozdělit do následujících kategorií:

(viz příloha č. 4 )

**Specializační vzdělávání** - probíhá pro nelékařské zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání po získání odborné způsobilosti. Týká se § 5 - 28 zákona O nelékařích. Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků probíhá podle vzdělávacího programu a uskutečňuje se formou celodenní průpravy nebo externí průpravy a absolvováním odborné praxe na pracovišti akreditovaného zařízení v rozsahu určeném příslušným vzdělávacím programem. Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou, úspěšným ukončením specializačního vzdělávání získává nelékařský zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání odbornou a současně specializovanou způsobilost k výkonu příslušného zdravotnického povolání.

Specializační vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace. Momentálně je financování specializačního vzdělávání pro část nelékařských zdravotnických pracovníků zajištěno prostřednictvím rezidenčních míst. Pokud není nelékařský zdravotnický pracovník zaražen do specializačního vzdělávání podpořeným dotací formou rezidenčního místa, musí si vzdělání uhradit z vlastních prostředků nebo z prostředků zaměstnavatele.

**Certifikované kurzy** - absolvováním certifikovaného kurzu zdravotničtí pracovníci nebo jiní odborní pracovníci získávají zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti, které prohlubují získanou odbornou nebo specializovanou způsobilost. Certifikovaný kurz provádí akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu certifikovaného kurzu. O úspěšném

absolvování certifikovaného kurzu vydá akreditované zařízení certifikát, který má platnost pro ČR. Certifikovaný kurz se považuje za prohlubování kvalifikace. Nelze jím nahradit získání odborné nebo specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

Financování certifikovaných kurzů není podpořeno žádným dotačním titulem a zdravotnická zařízení nebo zdravotničtí pracovníci si musí získání výše uvedené zvláštní odborné způsobilosti hradit z vlastních zdrojů.

Další možností získání odborné způsobilosti k výkonu příslušného zdravotnického povolání je absolvováním **akreditovaného kvalifikačního kurzu** a týká se těchto paragrafů:

§ 10 - zdravotně sociální pracovník

§ 20 - biomedicínský technik

§ 21 - radiologický technik

§ 26 - odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků

§ 27 - biomedicínský inženýr

§ 28 - odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví

§ 29 - zdravotnický asistent

§ 34 - dezinfektor

§ 36 - ošetřovatel

§ 38 - laboratorní pracovník

§ 39 - zubní instrumentářka

§ 40 - řidič dopravy nemocných a raněných

§ 41 - autoptický laborant

§ 42 - sanitář

sanitář všeobecný

sanitář pro operační sál

sanitář pro laboratoř a transfúzní oddělení

sanitář pro zařízení lékařské péče

sanitář pro lázně a léčebnou rehabilitaci

sanitář pro autoptické oddělení nebo sanitář pro pitevnu

Akreditovaný kvalifikační kurz provádí akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu akreditovaného kvalifikačního kurzu. Účast na vzdělávání v akreditovaných kvalifikačních kurzech se považuje za zvýšení kvalifikace. Financování akreditovaných kvalifikačních kurzů není stejně jako u předchozího certifikovaného kurzu zajištěno. Zdravotnická zařízení nebo zdravotničtí pracovníci si hradí zvyšování kvalifikace z vlastních zdrojů.

Jako další formy vzdělávání lze uvést např. inovační a jiné kurzy, odborné praxe a stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školicích akcích, seminářích, odborných konferencích, kongresech a sympoziích publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost a samostatné studium odborné literatury. To vše patří k průběžnému prohlubování znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků. Na přednáškách se podílejí jak lékaři, tak i nelékařští zdravotničtí pracovníci. Témata jsou vybírána dle potřeb a požadavků daného oboru a poznatků vědy.

Součástí celoživotní vzdělávání je i systém adaptačního procesu, kdy sestra, která přichází jako absolventka, přechází z jiného pracoviště, nebo z mateřské dovolené prochází procesem, který má usnadnit začlenění a zapracování se v novém pracovním prostředí. Součástí adaptačního procesu je i vytváření vztahů k novým spolupracovníkům, k nadřízeným a pochopení stylu a organizace práce. Adaptační proces probíhá na příslušných pracovištích a je zahájen ihned po nástupu nového pracovníka. Je zhotoven plán adaptačního procesu se kterým je nováček seznámen a zároveň je seznámen se svým školicím pracovníkem. Délka adaptačního procesu stejně jako jeho plán je individuální a pohybuje se od 2 do 12 měsíců, přičemž délka je závislá na dovednostech a znalostech nastupujícího pracovníka. Součástí je hodnocení, které probíhá jednou měsíčně formou pohovoru, event.písemnoupráci dle zadání vedoucího úseku. Ukončení procesu je rovněž pohovorem za přítomnosti vedoucího úseku a školicího pracovníka. V případě zadání písemné práce je provedena pracovníkem účastnícím se adaptace její obhajoba. K procesu adaptace byl Ministerstvem zdravotnictví vydán v roce 2009 Metodický pokyn, který doporučuje postup realizace a ukončení adaptačního procesu a zároveň zaručujerovné podmínkypro všechny absolventy a nově nastupující zdravotnické pracovníky v novém pracovním prostředí.

( [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) – Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu)

## 2.5. Financování vzdělávání

Předchozí kapitola představila systém vzdělávání, který ovšem nelze zajistit bez finančních prostředků. Kvalifikační vzdělávání je financováno ze státních prostředků, popřípadě spolufinancováno studentem vyšší odborné, nebo vysoké školy. Celoživotní a především specializační vzdělávání je financováno z více zdrojů. Jedná se o prostředky, které poskytuje zdravotnický pracovník sám, určitou částkou přispívá zaměstnavatel a v současnosti jsou poskytovány nemalé finanční prostředky ze státního rozpočtu a Evropského sociálního fondu (dále jen ESF)..

Otázkou financování vzdělávání se nezabývá pouze Česká republika. Dokladem toho mohou být výstupy celoevropského jednání hlavních sester ministerstev států EU a Dialogu k politice migrace sester, které probíhalo v Praze v dubnu loňského roku v rámci předsednictví České republiky v Evropské unii. Debata nad výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo v členských zemích od konce roku 2008 jasně poukázala na oblasti, mezi které patřilo např. celoživotní vzdělávání a jeho financování . (interní materiál MZ Č, poskytnutý odborem vzdělávání a vědy, dále jen VZV )

Výsledky dotazníkového šetření přispěly k částečnému zmapování situace všeobecných sester a porodních asistentek v zemích EU a z pohledu plánování zdravotní politiky z nich vyplynulo, že většina dotázaných považuje za důležité mít údaje přímo charakterizující potřeby péče, údaje vztahující se k celoživotnímu vzdělávacímu procesu a údaje směřující k podpoře sesterských povolání. Z dat poskytnutých hlavními sestrami členských států Evropské unie a Chorvatska (/které se snaží vstoupit do EU) bylo potvrzeno, že celoživotní vzdělávání je vnímáno jako nezbytné pro zajištění kvality zdravotních služeb, ošetrovatelské péče a bezpečí pacientů. (www.mzcr.cz, interní material MZ ČR - Zasedání hlavních sester & Dialog k politice migrace sester,)

Je nezbytné investovat do celoživotního vzdělávání. Jako příklad lze uvést Irsko, které na uvedené konferenci představilo svůj úspěšný projekt investic peněz do ošetrovatelství. Provedli kampaň ztraktivění profese sester, jejich přilákání k návratu

ke svému povolání. Projekt byl zaměřen především na mladé lidi, kteří ještě neztratili kontakt se svou profesí.

V České republice je problematika financování vzdělávání nelékařských pracovníků řešena od roku 2009 projektem Ministerstva zdravotnictví. Řešení této problematiky vychází přímo z potřeb praxe a týká se tzv. rezidenčních míst. Tato místa jsou vytvářena s finanční podporou vlády. V praxi to znamená, že finanční částku, která je z dotace poskytnuta na konkrétní rezidenční místo, tedy na školicí místo ve zdravotnickém zařízení, lze použít na mzdové náklady rezidenta na celou dobu specializačního vzdělávání a na další náklady s tímto spojené. Tedy lze takto hradit například odměnu školitele, pronájemy prostor, náklady zdravotnického zařízení, praktické stáže studijní materiál aj. ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz))

Právě tento projekt se na základě praxe v některých státech EU (např. Velká Británie) usiluje o podporu vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků z prostředků jak státního rozpočtu tak z prostředků ESF. Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2009 započalo implementovat politiku Rezidenčních míst, u kterých je možné spolufinancování ze státního rozpočtu na specializační vzdělávání v základních oborech. Vzhledem k nutnosti zafinancování následného vzdělávání je snahou zbývající potřebná školení financovat z prostředků ESF jako jednoho z nástrojů společné strukturální politiky EU.

Financování specializačního vzdělávání prostřednictvím rezidenčních míst probíhá v návaznosti na evropské trendy a ustanovení § 60a odst. 5 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Ministerstvo získalo ze státního rozpočtu ČR na rezidenční místa částku 500 mil Kč ročně, a to na celou dobu specializačního vzdělávání. V roce 2009 bylo z této částky možné výrazně financovat zhruba 300 lékařských zdravotnických pracovníků a zhruba 1900 nelékařských zdravotnických pracovníků což je z hlediska globální potřeby nedostačující. (interní materiál MZ ČR)

V současnosti je snahou Ministerstva zdravotnictví ČR zajistit podporu dalšího (následného) vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků právě z Evropských strukturálních fondů.

Je více než nutné podporovat zvyšování úrovně odborných znalostí, dovedností a kompetencí zdravotnických pracovníků a zaměstnavatelů ve zdravotnictví v oblasti jednotlivých medicínských oborů.

Hlavním cílem předpokládané intervence ze Strukturálních fondů Evropské unie především z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (dále jen OP LZZ) je zavedení systému celoživotního vzdělávání ve vytvořené soustavě akreditovaných pracovišť zaměřené na profesní lékařské a nelékařské vzdělávání a vzdělávání v manažerských dovednostech určené pro lékařské a nelékařské zdravotnické pracovníky. Tento systém vzdělávání povede k efektivnímu využívání lidských zdrojů podle dosažené úrovně vzdělání, získaných znalostí a kompetencí.

Finanční prostředky by dále měly směřovat do oblasti udržení obecných pracovních kompetencí zdravotnických pracovníků. Vzhledem k nárůstu nových trendů ve vývoji oboru zdravotnictví, jako je nárůst užívání informačních a telekomunikačních technologií (dále IT) či migrace, je nutné zajištění rovněž těchto oblastí. Podpora v dalším vzdělávání by tedy měla být zacílena rovněž ke zvýšení kompetencí zdravotnických pracovníků a pracovníků ve zdravotnictví a zaměstnavatelů ve zdravotnictví v oblasti komunikace, manažerských dovedností, a jazyků.

Získání finančních prostředků do oblasti vzdělávání ve zdravotnictví zajistí doplnění systému celoživotního vzdělávání a případné zvýšení jejich profesní mobility v rámci odvětví a dále zvýšení adaptability a výkonnosti, a to prostřednictvím podpory vzdělávání v kurzech, jejichž absolvováním pracovníci získávají zvláštní odbornou způsobilost pro vymezené činnosti, které prohlubují získanou odbornou nebo specializovanou způsobilost. Tato forma celoživotního vzdělávání zajistí nelékařským zdravotnickým pracovníkům vykonávající zdravotnické povolání průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a

nejnovějšími vědeckými poznatky. Další cílem je celoživotně vzdělávat uvedené pracovníky prostřednictvím inovačních kurzů, které zabezpečí obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí a dovedností.

Vzhledem k situaci v oblasti personálního zajištění sektoru zdravotnictví je vhodné využít prostředků OP LZZ k vyškolení zdravotnických pracovníků, kteří se budou vzdělávat v novinkách ve specializačních oborech, dále pak v oblastech, které jsou nutné pro udržení možnosti profesního uplatnění. Možnost získat finanční zdroje, která ještě před rokem 2006 nebyla možná, zajistí v současnosti financování specializačního vzdělávání pro téměř pět tisíc zdravotníků po dobu dvou let částkou jedné miliardy. V téměř stejné výši je poskytnuto financování celoživotního vzdělávání. Tento obnost pokryje vzdělávání po dobu tří let zhruba čtyřiceti tisícům zdravotníků. (Tisková zpráva MZ ČR)

Cílem předpokládaného přílivu financí do vzdělávání zdravotnických pracovníků je především podpora modernizace dalšího vzdělávání, včetně zvýšení jeho prostupnosti a dostupnosti, zvyšování kvality vzdělávání, včetně uplatnění forem využívajících moderních informačních a komunikačních technologií, rozšíření a zatraktivnění nabídky pro další vzdělávání, a v neposlední řadě zvýšení počtu a rozšíření spektra pracovníků zajišťujících vzdělávání, tedy lektorů. Viz příloha č. 5,6

Financování celoživotního vzdělávání je v této době dalším významným krokem ve snižování nedostatku zdravotnických pracovníků. Náročnost časová a především finanční byla jedním z důvodů odchodu z této profese.

## 3. Promítnutí změn v praxi

### 3.1. Efekt prováděných změn

System vzdělávání se transformuje, vzdělávání samotné se prodlužuje, řada absolventů škol však využívá vysokoškolského vzdělávání k oddalování nástupu do praxe, což přispívá k současnému nedostatku sester v klinické praxi. Příkladem je výše zmíněný absolvent studijního programu, který vznikl v roce 2004 pod názvem zdravotnický asistent. Jedná se o čtyřletý studijní obor na SZŠ, absolvent tohoto oboru má nezastupitelnou roli ve zdravotnickém týmu, ovšem zásadní problém, který je spojen s touto profesí je v tom, že ani po absolvování povinné praxe, či celoživotního vzdělávání není kompetentní k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu. V roce 2008 vyšli ze škol první absolventi tohoto oboru, kdy téměř 3 000 absolventů jich do praxe nastoupilo pouhých dvě stě jedenáct. Ostatní nastoupili právě z výše zmíněných důvodů k dalšímu studiu, nebo odešli zcela mimo obor. I zde lze příčiny hledat v neuspokojivém platovém ohodnocení hlavně u čerstvých absolventů a jak jsem již uvedla v absenci kompetencí. Informace jsou přímo z MZ ČR, které na konci školního roku 2008/2009 požádalo ředitele středních zdravotních škol o bližší informace.

V neposlední řadě zde hraje významnou roli nízká prestiž, kterou tato profese v naší společnosti má. Již zmíněné šetření se zabývalo rovněž kvantitativním výzkumem k zamýšlené přeměně názvu zdravotnického asistenta na praktickou sestru. Výzkum se zaměřil na čtyři cílové skupiny respondentů, na všeobecné sestry a lékaře, na studenty oboru zdravotnický asistent, na učitele středních zdravotních škol a na laickou veřejnost. Z výzkumu vyplynulo, že ze změnou názvu studijního oboru spojenou zároveň s rozšířením kompetencí souhlasí zhruba dvě třetiny dotazovaných. Výzkum se kromě jiného zaměřil na zvyklosti v oslovování se kterým se zdravotničtí asistenti setkávali a které preferovali. U absolventek se jednalo o oslovení sestrou event. o oslovení křestním jménem. U absolventů – mužů převládalo oslovení křestním jménem. Pouze dvě procenta z respondentů a to v případě mužů i žen uvedla oslovení asistenta/asistentko. Z tohoto lze rovněž usuzovat, že chystaná změna v označení by pomohla k lepšímu začlenění do zdravotnického týmu.



Dalším negativem, které bylo důvodem nedostatku odborného personálu je časová a finanční náročnost zvyšování kvalifikace. Přesto, že se úroveň odměňování sester v posledních letech zvýšila, neodpovídá její výše stále ještě významu jejich práce a především mzda v minulosti v mnohých případech neposkytovala dostatečnou možnost přístupu k dalšímu vzdělávání.

V důsledku nastaveného systému vzdělávání vyvstal další problém, který přispívá k nedostatku nelékařských pracovníků v praxi. Jedná se o ty pracovníky, kteří z nějakého důvodu na delší časový úsek opustili, nebo lépe řečeno přerušili výkon povolání. Velkou překážkou k návratu není pouze rychlý vývoj léčby, uvádění nových poznatků, metod a přípravků do praxe, ale v tomto případě především nesplnění podmínek celoživotního vzdělávání. Je to jeden z důvodů proč některé sestry nenastupují např. po mateřské dovolené zpět do původního zaměstnání.

Ministerstvo zdravotnictví provedlo dlouhodobé šetření mezi setrami, ve kterém zjišťovalo důvody nespokojenosti sester. Nelze říci, že veškeré problémy plynou ze změny systému vzdělávání. Velká část zjištěných negativ je spíše společenským problémem. Rozhodně ani finanční hodnocení, které nutno říci v posledním období doznalo výrazných změn, není tím hlavním důvodem nedostatku sester v našem zdravotnictví.

Výrazným problémem je nízká prestiž povolání zdravotní sestry. Toto s sebou nese jen postavení ve společnosti, ale jedná se především o nízké kompetence v rámci výkonu povolání. Česká republika v souladu s normami Evropské unie zvýšila požadavky na vzdělávání, ovšem to samo o sobě s sebou nepřineslo zvýšení kompetencí. Tedy zdravotní sestry nebyly nositelkami zdravotních výkonů podle tzv. úhradové vyhlášky MZ ČR, tedy nepřinášely do zdravotnických zařízení finanční prostředky hrazené zdravotními pojišťovnami.

Jednou z příčin nedostatku všeobecných sester mimo systém vzdělávání je i spojitost s ukončením mateřské dovolené. jedná se o celospolečenský problém, který se promítá nejen do zdravotnictví.. Návrat sester po mateřské dovolené zpět do praxe

komplikuje fakt, že nemají možnost si zajistit hlídání dětí, protože nabídka dostupných služeb péče o děti především do 3 let věku, kterou v České republice zajišťovala převážně zdravotnická zařízení typu jesle je naprosto nedostatečná a neodpovídá poptávce ze strany rodičů. Rovněž předškolní zařízení typu mateřské školky kapacitně nevyhovují. Rodině by pomohlo rozšíření nových forem péče o předškolní děti a to zřizováním institucí jako je např. miniškolka zaměstnavatelskými organizacemi. Toto řešení navržené vládou jako součást takzvaného Prorodinného balíčku je vítanou iniciativou, která by, jako jedna z možností, pomohla ulehčit návrat sester zpět do zdravotnických zařízení. Usnadnění návrtau z MD je možné rovněž pomocí adaptačního procesu, který jsem zmínila v kapitole celoživotního vzdělávání.

V souvislosti s potřebou udržení efektivních pracovních sil ve zdravotnictví je nutné zmínit skutečnost prodlužující se střední délky života, která logicky přináší nárůst počtu onemocnění. Stárnutí obyvatelstva bylo např. v roce 2007 charakterizováno poklesem zastoupení dětské složky na současných 14,2%, tj. o 0,2 procent a rostoucím podílem osob ve věku 65 let a více. Zastoupení osob v produktivním věku tak zůstává neměnné, avšak zvyšuje se index stáří, podle něhož nyní na 100 dětí připadá 102,4 seniorů (v roce 2006 to bylo pouze 100,2 seniorů). Jak již bylo řečeno, zároveň s tímto rostoucím indexem se dále zvyšuje střední délka života což je příčinou vyšší potřeby zdravotní péče pro obyvatelstvo. Zvýšení počtu obyvatelstva vyššího věku má kromě vyššího počtu pacientů také za následek nárůst počtu lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků starších 65 let. (interní materiál odboru VZV)

Ve srovnání s posledními léty se zvýšil počet pacientů s problémy alergologickými, diabetologickými a infekčními a dále trpící vrozenými vadami. Některá onemocnění, vzhledem ke své závažnosti či pokročilému stádiu, vyžadují intenzivní péči nebo provedení náročnějšího lékařského zákroku. Ve srovnání s rokem 1992 došlo k nárůstu počtu hospitalizovaných osob o 27%. Dále vzrostlo procento obyvatel vyhledávající primární péči, tj. praktické lékaře. U většiny chronických onemocnění dochází k dlouhodobému nárůstu poměru počtu nemocných k počtu obyvatel a vzhledem k vysoké závislosti na věku ve spojení s nastupujícím stárnutím populace jej lze očekávat i v příštích letech. Z hlediska faktorů do značné míry ovlivňující zdravotní stav obyvatelstva, tím pádem i potřeby příslušného

zdravotnického personálu, je třeba dále upozornit na výskyt negativních dopadů naší moderní konzumní společnosti což je nárůst obezity, vysoká konzumace tabákových, alkoholických výrobků a jiných návykových látek.

Vzhledem k výše uvedeným ukazatelům je patrné, že dojde k zvýšení potřebnosti lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků v oborech jako jsou např. geriatric, anesteziologie a resuscitace, kardiologie, nefrologie, kardiochirurgie, patologie, urgentní medicína, rehabilitační a fyzikální medicína, aj. Nebude jen nutné mít dostatek odborníků v daných oborech, ale také odborníky, kteří se dále vzdělávají v novinkách v těchto oblastech.

V současné době zdravotnictví v ČR v souvislosti se změnou struktury pracovníků řeší i následující problémy.:

První problematická oblast je zahraniční migrace zdravotnického personálu. Nejpříťažlivějšími migračními cíli jsou tři evropské země - Velká Británie, Irsko tedy státy s otevřeným trhem práce od vstupu ČR do EU a geograficky blízké Německo.

Přestože existuje nárůst tzv. pracovní migrace do ČR rovněž v oblasti zdravotnictví, nelze nedostatek zdravotnického personál nahradit bez ztráty kvality intelektuální imigrací z jiných zemí. Jako odůvodněná a nutná se tedy jeví podpora vzdělávání současných pracovníků ve zdravotnictví za účelem upevnění pracovních kompetencí vedoucích k zvýšení jejich pracovního uplatnění a k personálnímu zajištění zdravotních služeb v ČR.

### 3.2. Důvody odchodu z profese a možnosti nápravy

Nedostatkem sester se potýká řada zemí v EU i mimo tyto státy, což potvrdili i účastníci mezinárodního jednání hlavních sester které probíhalo v Praze v dubnu 2009. V souvislosti s otázkou udržitelnosti pracovníků ve zdravotnictví byla vydána Evropskou komisí Zelená kniha o pracovnících ve zdravotnictví, která popisuje hlavní problémy a výzvy, kterým musí státy EU čelit při zajištění zdravotnických systémů. Jedním z cílů Zelené knihy je zviditelnit otázky pracovníků ve zdravotnictví v souvislosti s demografickým vývojem obyvatelstva, se stárnutím obyvatelstva i zdravotnických pracovníků. Nabízí výčet faktorů a možných oblastí činnosti při jejich ovlivňování, například nalezení rovnováhy mezi získáváním nových a udržením stávajících pracovníků.

Při posuzování nedostatku všeobecných sester v České republice lze vycházet ze statistických hlášení Ústavu zdravotnických informací a statistik (dále jen ÚZIS), která jsou zpracována vždy k třicátému červnu, nebo ke konci daného roku. Ministerstvo zdravotnictví tento údaj začalo sledovat v prosinci 2007. Zdravotnická zařízení hlásila počty nenaplněných míst, z hlášení zdravotnických zařízení však nelze přesně určit jaký je aktuální stav v tomto okamžiku a také jaký je rozdíl hlášeného stavu zdravotnického zařízení a jejich skutečné potřeby. Z hlášení je dále patrné, že situace s nedostatkem všeobecných sester je regionálně odlišná viz příloha č.7 a lze konstatovat, že největší problémy jsou v Praze, kde chybělo koncem prosince 2008 cca 500 sester (zdroj: ÚZIS). Z ostatních regionů jsou to pak Karlovarský, Jihomoravský a Moravskoslezský kraj.

V první řadě je důležité zjistit hlavní důvody odcházení z této profese. V některých případech se jedná a náročnou práci na směny, která je obtížně slučitelná s péčí o rodinu. Velkou roli hraje platové ohodnocení, které neodpovídá náročnosti vykonávané práce. V loňském roce došlo k navýšení platového tarifu u všeobecných sester o 15% . V médiích se objevilo několik článků a reportáží na téma, kdo a kde opravdu „dostal, či nedostal přidáno“. Jak uvádí Lidové noviny ze dne 1.3.2010: mnohé sestry přidáno nedostaly, peníze šly jinam. Podle slibu ministerstva zdravotnictví měly v polovině loňského roku dostat přidáno v průměru 2500 korun měsíčně.

Zjistit, kam šly peníze určené na platy sester, se tedy zatím nepodařilo. Zdravotní pojišťovny přitom mají i letos posílat nemocnicím na každou sestru celkem 2500 korun měsíčně navíc. Navýšení platů má pomoci řešit nedostatek všeobecných sester v ČR. Podle některých odhadů nedostala slíbené peníze až třetina sester v nemocnicích. Toto je problematika, kterou zde zmiňuji jen okrajově, z důvodu doplnění celkového pohledu na profesi sestry. Výše platů není v tomto případě stěžejním bodem této práce. Zmiňuji se zde o tom také z důvodu, že zvýšení platů má paradoxně také negativní důsledky. A to především pro množství sester pracujících v sociální péči. Mnohé se staly zbytečně drahými pracovními silami a byly nuceny odejít či dokonce souhlasit s přeřazením na pracovníka sociální péče, čímž je jim prakticky znemožněno vykonávat své povolání, vzdělávat se a plnit podmínky registrace. Je to o to závažnější, že jejich odbornou péči klienti vzhledem ke zdravotnímu stavu potřebují.

V Irsku a Anglii byl proveden výzkum zjištění důvodů opouštění této profese. Bylo zjištěno, že nejzávažnějšími důvody byly nízké mzdy a syndrom vyhoření. Došlo k následnému náboru sester ze zámoří, a to i přes to, že došlo ke zlepšení pracovních podmínek jako zvýšení mezd, vybudování jesliček v nemocnicích pro děti zaměstnanců, byla provedena penzijní reforma a během dvou let došlo k výraznému zlepšení situace.

Syndrom vyhoření je ve zdravotnictví, stejně jako v dalších tzv. pomáhacích profesích velmi častým jevem. Hlavními ukazateli syndromu vyhoření je tělesné, emocionální a duševní vyčerpání. U zdravotnického personálu pak také hrozí, že začne své stavy řešit užíváním léků. Má k nim velmi lehký přístup, zná jejich účinky i dávkování. Nejvhodnějšími kandidáty na vyhoření bývají nadšení idealisté. Chtějí v rámci své kariéry na svém okolí něco výrazně změnit. Této představě věnují většinu svých sil a dostávají se do chronického stresu. Právě ve zdravotnictví můžeme najít mnoho lidí zasažených tímto syndromem. Ze zkušených, citlivých a tolerantních sester se pak stávají nepřátelští roboti. (zdroj – Zdravotnické noviny 24/2007) Plně rozvinutý syndrom vyhoření vede k pocitům úplné ztráty smyslu života, ztrátě pozitivního vnímání sebe, k pocitům osamocení v dnešním světě, k pocitům zášti a hořkosti a k pocitům úplné beznaděje. To pak může vést až k rezignaci na život jako takový a k přání zemřít. Aktivním východiskem ze syndromu vyhoření je rozhodnutí typu „mám toho dost“, které je následováno zásadní změnou v oblasti osobních a pracovních

aktivit, priorit a motivací ve smyslu zdravého životního stylu. Pasivním východiskem bývá psychické zhroucení a rozvoj depresivní symptomatiky, což si zpravidla vyžádá vyhledání odborné pomoci, která kromě léčby akutních psychických příznaků zprostředkuje nemocnému i informace a možnosti, jak změnit svůj osobní i pracovní životní styl.

Zdravotníci profesionálové mohou sami sebe z větší části chránit před nadměrnou stresovou zátěží a rozvojem syndromu vyhoření, pokud budou respektovat a uplatňovat pravidla a doporučení prevence stresu a duševní hygieny, např. vytváření a udržování kvalitních mezilidských vztahů, - práce s podstatnými informacemi, dobrá a jasná komunikace v rámci pracovního týmu, dobré vnímání sebe sama - sebeuvědomění, psychoterapeutický výcvik, mít na sebe realistické nároky a dávat si dosažitelné cíle, vést co nejpevnější hranici mezi zaměstnáním a soukromím, zvládnutí a užívání relaxačních technik, nebo i umět vhodně projevovat emoce ať už pozitivní, nebo negativní.( zdroj: [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)). V ČR až donedávna byl syndrom vyhoření zcela neznámý pojem. Do povědomí sester se dostal i díky systému celoživotního vzdělávání, v rámci kurzů, které jsou zaměřeny nejen na diagnostiku syndromu vyhoření, ale i prevenci a následnou terapii.

Sestry mají klíčovou roli v poskytování zdravotní péče, je tedy důležité zdůraznit jejich význam. Za důležité lze pokládat také přesnou definici kompetence sester a pomocného zdravotnického personálu. Kompetence sester byla tématem například článku v Mladé frontě Dnes, autorky Jany Syslové ze dne 22.2.2010 pod výstižným názvem: Sestra jako poskok - i s vysokou, cituji: „Pacienta se zlomenou nohou na chirurgii rozbolí hlava. Jsou čtyři hodiny ráno. Sestra může udělat jediné - vzbudit lékaře. Doma by si vzal brufen, v nemocnici nemůže. A nemůže mu ho podat ani sestra, byť má vysokoškolské vzdělání." Z uvedeného článku vyplývá, že rozšíření kompetencí je spíše problémem důvěry ve schopnosti sestry především u lékařů, než problémem legislativy. Ta toto upravuje již od roku 2004 zákonem o nelékařích.

Nedostatečná prestiž tohoto psychicky a fyzicky náročného povolání s velkou mírou odpovědnosti je problémem, který se snaží řešit nejen Ministerstvo zdravotnictví, ale především profesní organizace jako je například Česká asociace sester. Jedná se zde

například o profesně společenské akce, kde je laická veřejnost blíže seznamována s tímto povoláním, s principy a možnostmi ošetřovatelství, ale také s možnostmi vyjádřit svůj postoj, zkušenosti a míru spokojenosti s prací zdravotnického personálu.

Jako příklad jedné z těchto akcí bylo pořádání Sestra festu v květnu roku 2009 na Staroměstském náměstí v Praze. Právě na této akci měli účastníci možnost, kromě seznámení se s nejrůznějšími preventivními programy a nahlédnutí do ordinací, především poznat blíže práci sester a hlavně její náročnost.

Ministerstvo zdravotnictví zavedlo projekt spokojenosti pacientů. Tento rok prezentovalo v médiích i na svých webových stránkách již druhý ročník tohoto průzkumu. Uveřejněné výsledky obsahovaly i míru spokojenosti s chováním a péčí sester. Výsledky byly velmi příznivé. Ministerstvo doporučilo zdravotnickým zařízením sledování nejen spokojenosti pacientů, ale i spokojenosti zdravotnických pracovníků. Managementy zdravotnických zařízení by měly na tyto podněty včas reagovat, a společně se svými zaměstnanci se snažit hledat a odstraňovat příčiny nespokojenosti. Jednou z možných cest je i formou podpory celoživotního vzdělávání.

Zmíněná opatření jsou především záležitostí Ministerstva zdravotnictví ve spolupráci s odbornými společnostmi a zdravotnickými zařízeními. Nelze ovšem pominout i nutnost spolupráce ostatních ministerstev, jako je Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo financí a v neposlední řadě Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Právě reforma odborného kvalifikačního vzdělávání, kterou zahájilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a podle níž nebyly již vzdělávací programy vydávány centrálně, ale každá vyšší odborná škola připravuje vlastní program a žádá o jeho akreditaci, byla důvodem vzniklých problémů ve vzdělávání i u zdravotnických profesí. Školy na tento postup nebyly připraveny, u některých tak došlo k přerušení vzdělávání. V současné době se podařilo ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví vydat vzorové vzdělávací dokumenty, podle nichž školy postupují.

## 4. Poznatky z praxe

### 4.1. Výstupy z rozhovorů se zdravotnickými pracovníky

Vzdělávání ve zdravotnictví je v současnosti velmi živé téma, stejně jako zdravotnictví samotné. Požádala jsem o rozhovor pracovníky této sféry, a to z různých odborností. V rozhovorech jsem se zaměřila na následující cílové skupiny:

1. Všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení ve státním zdr. zařízení.
2. Všeobecná sestry pracující v soukromém sektoru, na lůžkovém oddělení následné péče.
3. Sestry pracující v soukromých ambulantních zdravotnických zařízeních, převážně ve specializovaných ambulancích.

Celkem jsem se dotazovala 20 respondentek v této struktuře:

5 respondentek ve státním zdravotnickém zařízení, na lůžkových oddělení

5 respondentek pracujících u lůžek následné péče

10 respondentek ze soukromých specializovaných ambulancí.

Otázky byly pro všechny respondentky shodné: Co vnímají v současnosti ze své praxe jako důvod nedostatku nelékařského zdravotnického personálu. Má na tuto situaci vliv rovněž nastavený systém vzdělávání?

Z rozhovoru s první skupinou respondentek vyplynulo, že odliv především mladých pracovníků je z důvodu nízkých platů a vykonávání činností, které jsou spíše v pracovní náplni nižšího zdravotnického personálu. Nově nastupující absolvent nemůže vykonávat své povolání bez odborného dohledu, což s sebou nese i nižší finanční ohodnocení a zátěž pro pracovníka, který odborný dohled vykonává. Závazek celoživotního vzdělávání, kromě finanční stránky je náročný i na stránku časovou. Certifikované kurzy, školicí akce, odborné konference jsou časově náročné a ve zdravotnickém zařízení s třísměnným provozem je velmi náročné skloubit účast na těchto akcích a své pracovní povinnosti. V mnohých případech to znamená zajistit za sebe náhradu a následně “zameškané hodiny” odpracovat. Vzhledem ke kreditnímu systému, který je součástí celoživotního vzdělávání si pracovník v mnoha případech



vybírání akcí s vyšším počtem těchto kreditů, která mu ale ve své podstatě po odborné stránce nepřinesou takové množství poznatků, které by mohl ve své profesi využít. Vliv systému vzdělávání je vnímán pracovníky jako jeden z důvodů nedostatku NLZP.

Další z dotazovaných byly sestry pracující v léčebně dlouhodobě nemocných v blízkosti Prahy. Jedná se o soukromé lůžkové zdravotnické zařízení s následnou péčí. Vzhledem k faktu, že všechny dotazované absolvovaly Střední zdravotní školu před rokem 2004, tedy před změnou systému vzdělávání, přijaly závazek celoživotního vzdělávání z důvodu svého uplatnění. Finanční hodnocení v této zdravotnické instituci je v porovnání se zdravotnickými zařízeními se specializovanou péčí na nižší úrovni i přes soukromého zřizovatele. Problémy s plněním celoživotního vzdělávání jsou zde velmi podobné jako v předešlém případě. Jen zde, vzhledem k nízkému počtu personálu, je ještě větší zátěží účast na celodenní či vícedenní vzdělávací akci. Vítanou změnou pro respondentky bylo zavedení e-learningových kurzů, tedy elektronických kurzů, kdy účastník využívá plně distanční systém výuky s využitím výpočetní techniky a internetu. Podíl systému vzdělávání na nedostatku zdravotnického personálu zde nebyl uváděn jako podstatný. V tomto zdravotnickém zařízení se jednalo spíše o psychickou náročnost, spojenou se zvládáním umírání a o nedostatečné finanční ohodnocení.

Poslední dotazovanou skupinou byly sestry ze soukromých specializovaných ambulancí. Zde jsou problémy obdobné jako u lůžkových zdravotnických zařízení. Problémy v případě těchto pracovníků byly rozšířené ještě o několik hledisek. Především se jednalo o zastupitelnost. V soukromých ambulancích specializované péče je ve většině případů jen jedna všeobecná sestra. Tedy její absenci lze jen s obtížemi řešit zástupem některé z kolegyň. Ačkoliv vztahy mezi sestrami a lékaři v ambulancích byly na standardní úrovni, uvolňování na kurzy a školení bylo problematické. S tím byl spojen opět výběr vzdělávání, který minimálně zasahovat do chodu ordinací, měl maximální počet kreditů, ale ne vždy přinesl potřebné informace a poznatky. Stejně jako u předchozích pracovníků zde nemalou roli hraje finanční stránka účasti na vzdělávacích akcích. U pracovníků ve specializovaných oborech je výběr ještě ztížen rozsahem nabídky vzdělávání v daném oboru. Podíl systému vzdělávání na nedostatku zdravotnického personálu v této oblasti potvrdily všechny respondentky.

## 4.2. Shrnutí

Výstup z uvedených rozhovorů je dle mého názoru jednoznačný. Zdravotničtí pracovníci, kteří i přes veškerá negativa uvedená v této práci dále vykonávají své povolání se musí vyrovnávat s časovou i finanční náročností celoživotního vzdělávání. Podstatným krokem, kterým se snaží MZ ČR od roku 2009 stabilizovat pracovníky v této sféře jsou opatření ve formě financování vzdělávání z Evropských sociálních fondů. Dalším významným krokem je zvyšování povědomí veřejnosti o tomto povolání, jeho náročnosti a tím společenské prestiže.

## Závěr

Ve své práci jsem se pokusila popsat vývoj systému vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků z historického hlediska a podrobněji za posledních 10 let do současnosti. Z důvodu zachování návaznosti popsal jsem zároveň vznik a vývoj samotného ošetrovatelství.

V podmínkách nového politického zřízení po roce 1989, ale především před rokem 2004 do současnosti nastaly výrazné změny, které se v ošetrovatelství nutně odrážejí. Některá mají svá negativa, která se mohou promítnout i v nedostatku zdravotnického personálu, což je otázka kvantity. Ovšem ve zdravotnictví jde především o kvalitu poskytované péče, proto jsem zmapovala systém vzdělávání zdravotnických pracovníků a změny v něm, které směřují k zvýšení odbornosti pracovníků a k poskytování vysoce profesionální ošetrovatelské péče.

Pojetí kvality je dáno rozdíly sociálního a kulturního prostředí daného státu. Představa kvality zdravotní péče je ovlivněna hodnotami společnosti i individuálními názory zdravotníků, legislativců, ale i pacientů. A právě pacient, tedy ten který přichází pro pomoc, zpravidla jako první potkává všeobecnou sestru. Sestra je pro pacienta nejen odborně pomáhající, ale především lidsky blízkou osobou. I při důsledném zachování profesionálního přístupu by z jejího chování neměl vymizet cit, vstřícnost, pochopení a lidskost.

Ošetrovatelská péče je práce týmová a jedná se o poskytování plně kvalifikované pomoci. Zdaleka již nejde pouze o jakýsi doplňkový servis, tak jak byla tato profese chápána nejen lékaři ale také širokou veřejností. Změny v systému vzdělávání, rozlišení kategorií zdravotnického personálu je snahou jak se přiblížit pokrokovým trendům ve světě. Česká republika přistoupila v průběhu posledního desetiletí k razantním změnám právě v systému vzdělávání. Neméně důležitým článkem této proměny je rovněž zajištění financování vzdělávání a jak jsem se ve své práci několikrát zmínila, je nutné také vyzdvihnout nezastupitelnost a prestiž tohoto povolání.

Zdravotnictví v České republice i přes negativní mediální kampaně bylo dle mého názoru vždy na vysoké úrovni. Dokladem o tom jsou uznávání odborníci z různých oborů lékařství, prvenství v provedení složitých zákroků a řada našich vědců. Z historie lze uvést MUDr. Jánského, který první určil krevní skupiny, MUDr. Josefa Švejcara nejslavnějšího českého pediatra, nebo aktuální prvenství Kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce, kdy lékaři využili jako první v ČR i na světě při léčbě těžkého srdečního infarktu speciální pulzní pumpu. U všech těchto úspěchů stály po boku lékařů všeobecné sestry jako důležité a nenahraditelné články týmu, které bez ohledu na vývoj, pokrok a čas jsou stále tou hlavní oporou a záchytným bodem pro pacienta i jeho blízké.

# Resumé

Práce je sondou nejen do problematiky vzdělávání nelékařských pracovníků. V první kapitole jsem se zabývala historií a samotným vznikem této profese. Historie je nezbytnou součástí této práce z důvodu pochopení právě probíhajících změn.

Druhá kapitola se zabývá porobněji změnami v novodobé historii a to především s ohledem na vliv vstupu České republiky do Evropské unie. Tento krok se odrazil v celém českém školství a promítly se zde i nároky na změnu vzdělávání nelékařských pracovníků ze středoškolského na vysokoškolský. Důležitým tématem je rovněž celoživotní vzdělávání a otázka financování vzdělávacího procesu.

Efekt prováděných změn a důvody odchodu z profese jsou témata další kapitoly. Mou snahou bylo do této práce zakomponovat problematiku vzdělávání jako takovou, ale zároveň z širšího pohledu zmapovat, co české sestry tzv. pálí, co by mohlo být důvodem jejich současného nedostatku.

Profese sestry s sebou nese náročnost časovou, fyzickou i psychickou. Tyto aspekty jsem se snažila do své práce zahrnout a na základě podkladů z odborné literatury, komunikace s odborníky a samotnými pracovníky ve zdravotnictví jsem se pokusila o nastínění současné situace se všemy klady i zápory které změny v systému vzdělávání i společenském a politickém vývoji do této profese vnesly. Současně jsem se pokusila zapracovat do své práce opatření, která jak v současnosti, tak do budoucna pomohou zajistit opravdu profesionální zdravotnický personál na vysoké odborné úrovni a v dostatečném počtu.

## Anotace

Změna systému vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a její efekt je v posledních letech velmi diskutován a to nejen odbornou veřejností. Nastavení vzdělávání na základě požadavků evropské legislativy s sebou přináší větší nároky na zdravotnický personál, ale také vyšší míru odbornosti a ošetrovatelskou péči poskytovanou na vysoké úrovni. Cílem mé práce je popsat tento vývoj a jeho důsledky v kladném i záporném smyslu, včetně opatření, které si tento vývoj vyžádal, či do budoucna ještě vyžádá.

## Annotation of the Bachelor's Thesis

Changing the education of paramedical workers and its effect is in recent years and discussed not only the professional community. Education settings based on the requirements of European legislation brings with it greater demands on medical personnel, but also a higher level of expertise and nursing care provided at a high level. The aim of this work is to describe this development and its consequences in both positive and negative effect, including measures which have necessitated the development or in the future will require even more.

## Klíčová slova:

vzdělávání, nelékařský zdravotnický pracovník, všeobecná sestra, zdravotnictví

## Key words:

education, paramedical staff, health Nurse, Health

# Seznam literatury

Legislativa:

## **č. 96/2004 Sb.**

Zákon 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 zák. č. 125/2005 Sb. a zák. č. 111/2007 Sb.

## **č. 392/2004 Sb.**

Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na akreditované zdravotnické magisterské studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství a farmacie

## **č. 423/2004 Sb.**

Vyhláška, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků

## **č. 424/2004 Sb.**

Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 401/2006 Sb.

## **č. 463/2004 Sb.**

Nařízení vlády, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí

## **č. 39/2005 Sb.**

Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání

Směrnice EU 2005/36/ES

Literatura:

Doc. PhDr. Staňková, CSc., Galerie historických osobností, ČESKÉ  
OŠETŘOVATELSTVÍ 7 2001

Doc. PhDr. Staňková, CSc., Koncepce českého ošetrovatelství, ČESKÉ  
OŠETŘOVATELSTVÍ 1, 2003

Doc. PhDr. Staňková, CSc., Sestra – reprezentant profese, ČESKÉ  
OŠETŘOVATELSTVÍ 11, 2002

ÚZIS - Zdravotnické ročenky ČR

<http://szs.tabor.indos.cz/projekt/> )

[www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)

[www.cestyapamatky.cz](http://www.cestyapamatky.cz)

[www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz)

[www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)

[www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)

Tisk: Lidové noviny 1.3.2010

Zdravotnické noviny 24/2007

MF dnes, Sestra jako poskok, 22.2.2010



# Přílohy

## Příloha č.1

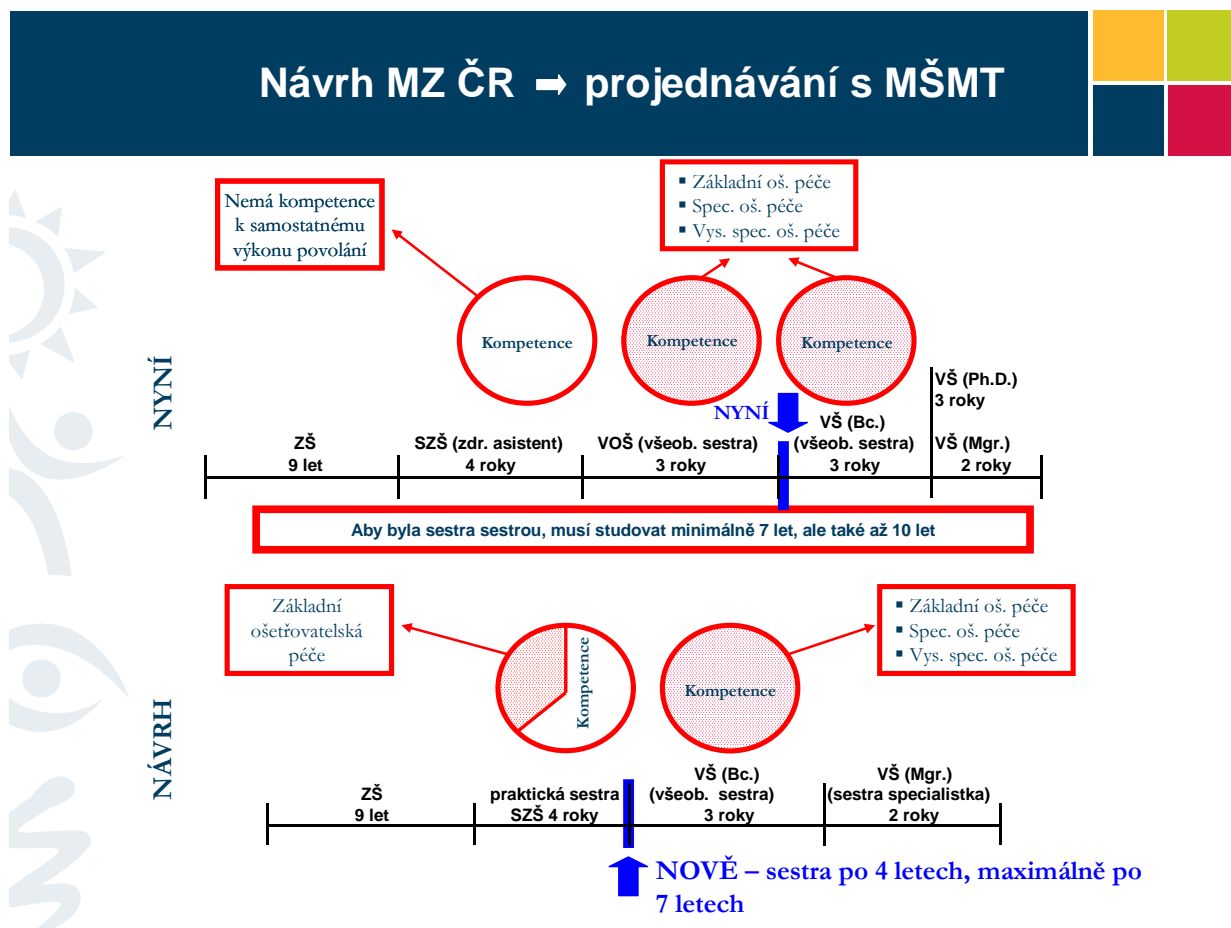
www.nconzo.cz

### Změny v počtu kreditů za jednotlivé formy celoživotního vzdělávání

Název vzdělávací akce	Počet kreditů dle vyhlášky č. 423/2004 Sb. (účinnost 20.7.2004)	Počet kreditů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. (účinnost 29.8.2008)	Počet kreditů dle vyhlášky č. 4/2010 Sb. (účinnost 1.2.2010)
Inovační kurz, školicí akce, odborný kurz	1 kr/den - nejvíce 10/akce	3 kr/den - nejvíce 12/akce	4 kr/den - nejvíce 12/akce nejde-li o pedagogickou činnost
Inovační kurz jako e-learningový kurz	1 kr/kurz	2 kr/kurz - max 14/reg. období	
E-learningový kurz	hodnocen podle délky trvání	jako účast na semináři, inovačním kurzu, školicí akci nebo odborném kurzu	2 kr/min. 15 stran textu 3 kr/min. 30 stran textu
Seminář	1 kr/den - nejvíce 10/akce	1 kr/den - nejvíce 10/reg. období	1 kredit/akce nejde-li o pedagogickou činnost
Odborná stáž	1 kr/den - nejvíce 15/stáž	3 kr/den - nejvíce 15/stáž	3 kr/den - nejvíce 15/stáž
Kongres, konference, pracovní den, sjezd, sympozium	3 kr/den - nejvíce 10/akce	4 kr/den - nejvíce 12/akce	4 kr/den - nejvíce 12/akce
- přednesení přednášky	15 kreditů	10 kr/vlastní přednáška, autorství posteru, aktivní účast na soutěžích	10 kr/vlastní přednáška, autorství posteru, aktivní účast na soutěžích
- spoluautor na přednášce	10 kreditů	5 kr - spoluautorství nebo přednesení cizí přednášky	5 kr - spoluautorství nebo přednesení cizí přednášky
spoluautor na posteru		4 kredity	4 kredity
Mezinárodní kongres		5 kr/den - nejvíce 15/akce 15 kr/vlastní přednáška, autorství posteru 10 kr/spoluautorství nebo přednesení cizí přednášky 5 kr/spoluautorství na posteru	5 kr/den - nejvíce 15/akce 15 kr/vlastní přednáška, autorství posteru 10 kr/spoluautorství nebo přednesení cizí přednášky 5 kr/spoluautorství na posteru
Publikační činnost	autor 15 kr/odborný článek	autor 15 kr/odborný článek	autor 15 kr/odborný článek
	spoluautor 10 kr/odborný článek	spoluautor 10 kr/odb. článek	spoluautor 10 kr/odb. článek
		v časopise s hodnotou IF + 100% v recenzovaném časopise + 30 %	IF + 100%, v recenz. časopise + 30 %
	autor 25 kr/odborné publikace, učebnice, skript, učební pomůcky	autor 25 kr/odborné publikace, učebnice, skript, učební pomůcky spoluautor 20 kreditů	autor 25 kreditů spoluautor 20 kreditů
Pedagogická činnost	4 kr/1 den 7 kr/2-5 dnů 15 kr/nad 5dnů	max.25 2 kr/vyučovací hodina, nejvíce 20 kr/registrační období	2 kr/vyučovací hodina, nebo přednesení odborného sdělení nejvíce 20 kr/reg. období
Vědecko-výzkumná činnost	25 kreditů	25 kreditů	25 kreditů
Vypracování metodiky		20 kreditů	20 kreditů

Příloha č. 2

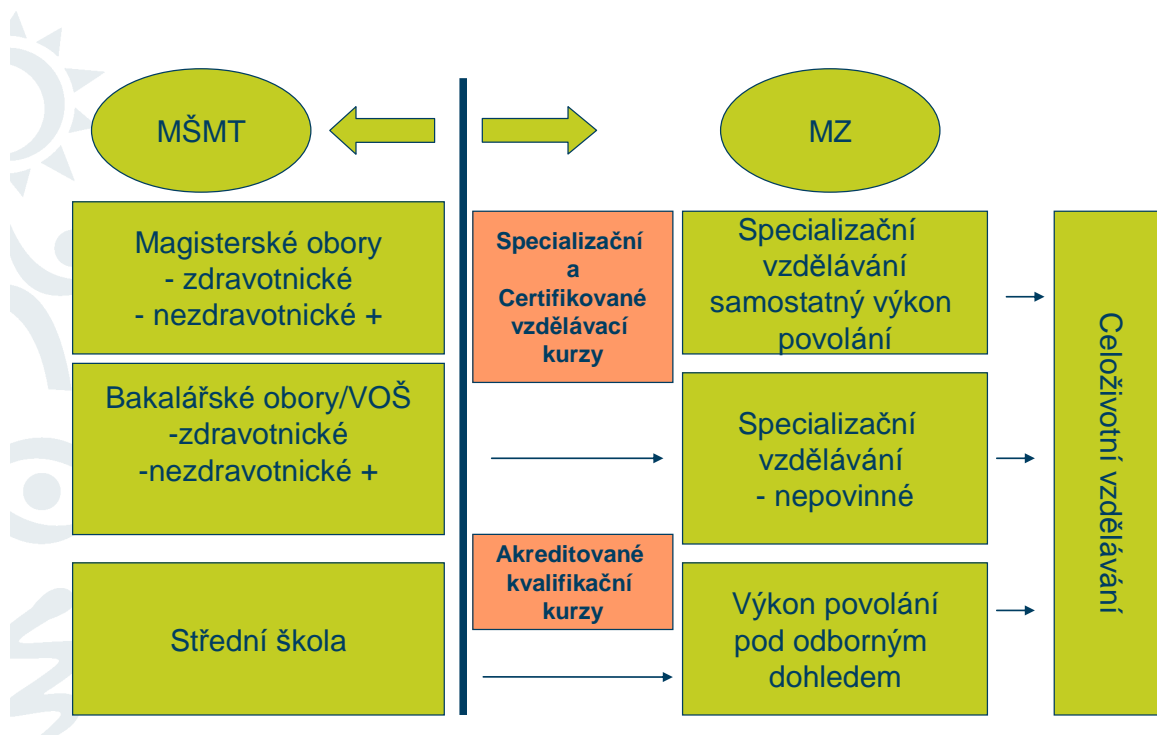
Tisková konference MZ ČR – Stabilizace sester ve zdravotnických zařízení ČR



### Příloha č. 3

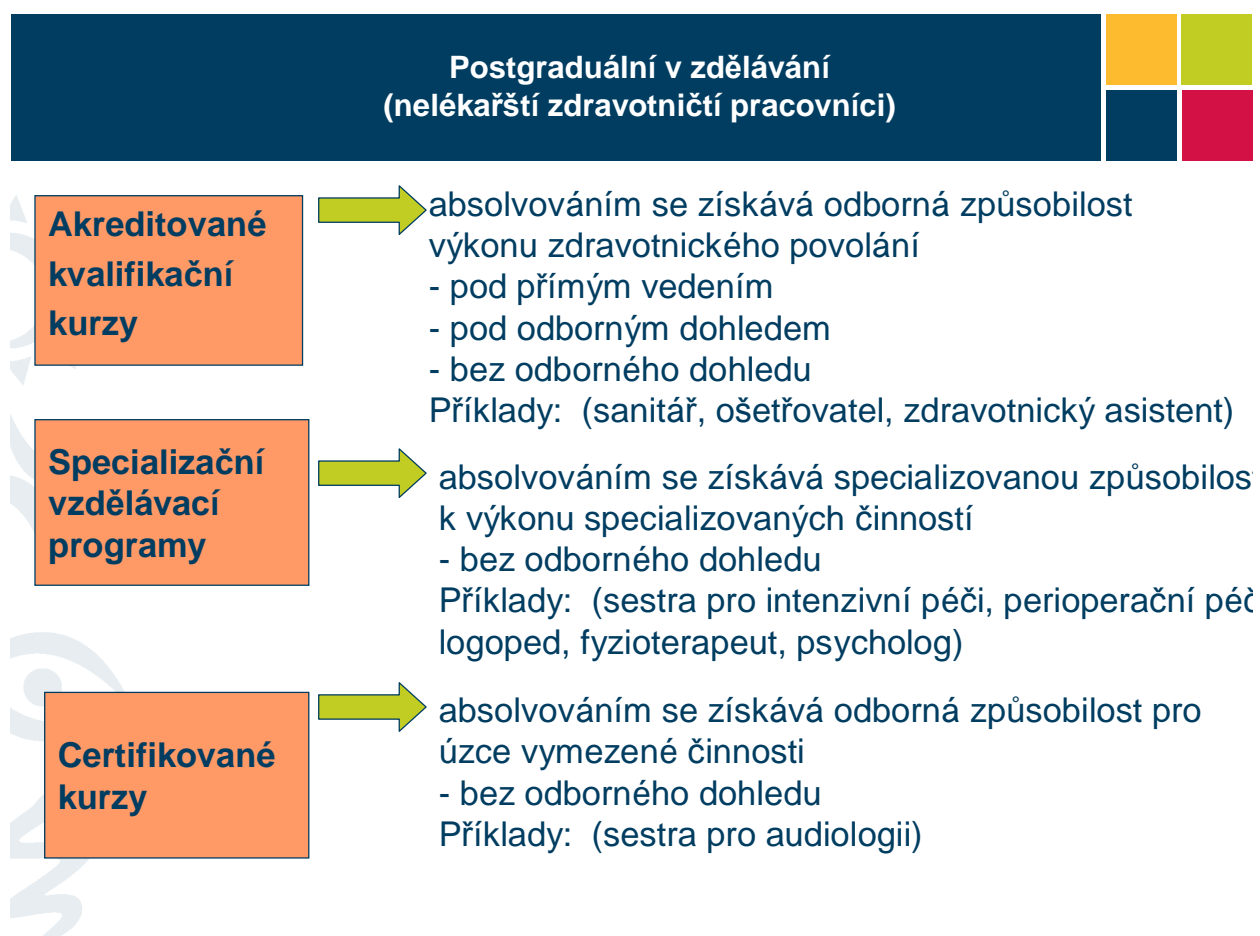
Stabilizace sester ve zdravotnických zařízení ČR

## Systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků Pregraduální a postgraduální příklad: všeobecná sestra



## Příloha č. 4


### Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních ČR




## Příloha č. 5

Stabilizace sester ve zdravotnických zařízení ČR

### Financování Specializačního vzdělávání REZIDENČNÍ MÍSTA – dotační program 2009 **Mgr. Podhrázký dodat nová data**



	Počet vypsanych RM	Kč/rok
<b>Lékaři</b>	<b>749</b>	<b>500.000.000</b>
<b>Nelékaři</b>	<b>1925</b>	

- 
- zákonná povinnost
  - garance na 5 let
  - 2010 bude opět vypsáno nové výběrové řízení

Příloha č. 6

Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních ČR

## REZIDENČNÍ MÍSTA – DOTAČNÍ PROGRAM MZ

	Počet vypsanych RM	Počet žádajících zdravotnických zařízení	Počet požadovaných RM	Počet schválených RM
<b>P 1</b>	<b>300</b>	<b>95</b>	<b>718</b>	<b>300</b>
<b>P 2</b>	<b>1925</b>	<b>42</b>	<b>673</b>	<b>673</b>
<b>P 3</b>	<b>449</b>	<b>38</b>	<b>315</b>	<b>315</b>

## Příloha č. 7

## Ústav zdravotnických informací a statistik

Kraj	Ke dni 31.12.2007			Ke dni 30.6.2008			Ke dni 31.12.2008		
	Chybí	Přebývá	Celkem	Chybí	Přebývá	Celkem	Skutečnost	Potřeba	Chybí
Hl. město Praha	-741,50	212,94	-528,56	-741,50	212,94	-528,56	4 713,80	5 244,58	-530,78
Středočeský	-142,72	92,77	-49,95	-142,72	92,77	-49,95	1 212,00	1 303,74	-91,74
Jihočeský	-41,65	0,00	-41,65	-41,65	0,00	-41,65	422,38	434,50	-12,12
Plzeňský	-39,33	0,00	-39,33	-39,33	0,00	-39,33	738,00	776,42	-38,42
Karlovarský	-61,89	0,00	-61,89	-61,89	0,00	-61,89	366,40	411,74	-45,34
Ústecký	-93,10	37,20	-55,90	-93,10	37,20	-55,90	712,24	758,19	-45,95
Liberecký	-23,20	80,20	57,00	-23,20	80,20	57,00	497,91	458,60	39,31
Královohradecký	-53,42	0,00	-53,42	-53,42	0,00	-53,42	350,33	406,87	-56,54
Pardubický	-118,30	107,90	-10,40	-118,30	107,90	-10,40	588,18	654,26	-66,08
Vysočina	-24,55	16,51	-8,04	-24,55	16,51	-8,04	462,58	460,15	2,43
Jihomoravský	-182,82	110,92	-71,90	-182,82	110,92	-71,90	2 728,11	2 782,87	-54,76
Olomoucký	-41,59	21,71	-19,88	-41,59	21,71	-19,88	355,21	382,68	-27,47
Zlínský	-42,96	10,31	-32,65	-42,96	10,31	-32,65	611,76	663,85	-52,09
Moravskoslezský	-118,49	34,04	-84,45	-118,49	34,04	-84,45	1 192,09	1 302,63	-110,54
ČR	-1 726	724	-1 001	-1 726	724	-1 001	14 951	16 041	-1 090