



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Martina Hašková

Role sestry ve farmakoterapeutickém týmu

The role of nurse in the pharmacotherapy team

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heczková, PhD.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15. 05. 2020.

MARTINA HAŠKOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

HAŠKOVÁ, Martina. Role sestry ve farmakoterapeutickém týmu. The role of nurse in the pharmacotherapy team. Praha, 2020. 97 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Heczková, Jana.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá současnou farmakoterapeutickou péčí se zaměřením na činnosti, které jsou vykonávány sestrami. Cílem bylo zachytit a zanalyzovat názory a zkušenosti vybraných sester na současné postavení sestry ve farmakoterapeutickém týmu, jaké činnosti zde vykonává a jak tyto týmy fungují. Dalším bodem bylo využití stručné SWOT analýzy ke zhodnocení současného postavení sestry a případné implementace navrhovaných úprav v kompetencích sester.

Za účelem získání potřebných dat byly realizovány polostrukturované rozhovory, které byly pro možnost dalšího zpracování nahrávány. Každý rozhovor byl následně přepsán do textového souboru, kdy proběhla primární analýza dat. Rozhovory byly dále analyzovány a za použití metody otevřeného kódování byly dále vydefinovány tři hlavní kategorie se specifickými subkategoriemi a jednotlivými subkódů.

O spolupráci byli požádáni vybraní muži i ženy pracující na pozici sestry bez odborného dohledu, kde se dle pracovní anamnézy očekávala významnější zkušenost s danou problematikou. Mezi oslovenými se tedy nacházely sestry s dlouholetou praxí v oboru, často působící ve sféře středního či vyššího managementu. Ve výběru se také zohledňovalo odborné zaměření jedince a typ pracoviště pro využití zkušeností z různých oblastí poskytované sesterské péče.

Sestry popisují jednotlivé činnosti, které jsou sestrou v souvislosti s farmakoterapeutickou péčí vykonávány, s jakými možnostmi se během praxe setkaly a co je dle jejich názoru funkční a naopak. Jako další faktor se zde uvádějí odlišnosti jednotlivých pracovišť, ale i přístup sester. Multidisciplinární přístup je běžně užívaným nástrojem ke zkvalitnění poskytované péče, i zde jsou však pozorovány nedostatky, které by bylo možné eliminovat zapojením farmaceuta do farmakoterapeutické péče o pacienty. Viditelný prostor pro změnu je v oblasti sesterských kompetencí, kde je po vzoru jiných evropských zemí, diskutováno o umožnění předepisovat léčivé přípravky sestrou. Při využití SWOT analýzy ke zhodnocení sesterské profese lze současný systém vzdělávání, legislativu i nedostatek personálu označit za slabé stránky současnosti a zároveň hrozby pro případné úpravy sesterských kompetencí.

Tato práce přináší jen stručný náhled do dané problematiky. Dále je potřeba detailněji se zabývat jednotlivými konkrétními oblastmi a v případě přípravy na zvyšování kompetencí zaměřit pozornost na posílení slabých stránek a vytvořit plán ke snížení hrozeb, které by mohly negativním způsobem ovlivnit možnou implementaci. Přínosným by mohlo být šetření se zapojením všech hlavních skupin, které se na farmakoterapeutické péči podílejí, tedy nejen sester, ale i lékařů, farmaceutů a také pacientů.

klíčová slova: zdravotní sestra, kompetence, léčivý přípravek, preskripce, podávání léčivých přípravků, role sestry

ABSTRACT

This diploma thesis deals with current pharmacotherapeutic care with a focus on activities that nurses take part in. The aim was to collect and evaluate the views and experiences of selected nurses regarding their role in pharmacotherapy team, particularly what activities they perform in such team and how their pharmacotherapy teams work in general. SWOT analysis was then used firstly to evaluate the current role of nurses and secondly to suggest a way of implementation of possible extension of nurses' competencies in pharmacotherapy.

In order to collect the required data, semi-structured interviews were conducted. These were recorded, so they could be easily processed afterwards. During transcription of the interviews into written text, all the collected data was briefly analysed. The data was further analysed using the open coding method, when three main categories with specific subcategories and subcodes were identified.

All the selected men and women, which were asked for cooperation, are people working as a nurse without supervision and mentoring. Based on their career history all of them were expected to have a more specific experience with the issue. The respondents were mainly nurses with long-term working experience, often working in middle or senior management. When selecting the future respondents, their professional background and their workplace was taken into account, as the aim was to collect experience from different clinical departments.

The interviewed nurses describe the activities that they perform regarding the pharmacotherapeutic care. They also mention approaches they met with during their career and which of them work and which do not. The difference between the workplaces and the personal approaches of each nurse regarding the issue is also observed. Regarding the nurse's competencies there is plenty of space for change. The fact the nurse could be allowed to prescribe the medicaments for patients in future like in other EU countries is discussed. Within the carried-out SWOT analysis used to evaluate the nurse's role the education system, legislation and lack of employees were found to be the current weaknesses and threats for potential change of nurses' competencies.

This thesis provides just a brief look into the issue and tries to point out that it is necessary to fix the weaknesses and create the threats reduction plan first in case the nurses' competencies should be extended. Possible solution could be to involve more main groups into the pharmacotherapeutic investigation, not only nurses, but also doctors, pharmacists and patients.

keywords: nurse, competence, medicine, prescription, administration of medicinal products, the role of the nurse

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Janě Heczkové, PhD. za všestrannou pomoc, množství cenných a inspirativních rad, podnětů, doporučení, připomínek a zároveň za velkou trpělivost při konzultacích poskytnutých ke zpracování této práce.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav poznání	9
1.1. Vymezení farmakoterapeutické péče	10
1.1.1. Léčivý přípravek, zdravotnické prostředky a ostatní	16
1.2. Vymezení role sestry a její kompetence	19
1.2.1. Kompetence sestry ve farmakoterapeutickém týmu v ČR	22
1.2.2. Souhrnně o roli sestry a trendech v České republice	24
1.3. Nelékařské předepisování léčivých přípravků	25
1.3.1. Situace ve vybraných zemích	29
2. Použité metody	33
3. Výsledky	35
3.1. Současná farmakoterapeutická péče zaměřená na sestru	37
3.2. Současná farmakoterapeutická péče obecně	60
3.3. Případné budoucí změny a rizikové oblasti	68
4. Diskuse	85
5. Závěr	93
6. Seznam použité literatury	94

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam příloh

Úvod

Úpravy a změny sesterských kompetencí provázejí ošetřovatelství už od jeho počátků. S vývojem tohoto povolání pochopitelně jednotlivé pravomoce narůstaly. Za klíčovou osobnost, spojenou s vývojem sesterské profese, je považována Florence Nightingale (1820-1910). Jsou jí přisuzovány zásluhy ve věcech, jako je například zavedení prvních hygienických opatření ve špitálech nebo otevření první zdravotnické školy v Anglii (1860). Pro svoje činy se stala inspirací pro generace zdravotních sester. Podnětem pro ni byla zkušenost z Krymské války, a tak není divu, že během dalších válek docházelo k malým krůčkům při rozvoji sester. Vše šlo ruku v ruce s lékařskými objevy a vývojem medicíny jako takové. Dopad války nebyl pro všechny stejný. Některé země se z konfliktu vzpamatovávaly pomalu a nemotorně, pro jiné to znamenalo příležitost k renovacím stávajících systémů a posun kupředu. Dalším důležitým poválečným faktorem se stala politická scéna, která více či méně podporovala vzdělávání zdravotních sester a rozvoj ošetřovatelství. Posuny přicházely s rozvinutím sítí ošetřovatelských škol. Po rozpadu Rakouska-Uherska se začal rozvoj této profese v jednotlivých následnických státech odlišovat. V průběhu let dochází k různým legislativním úpravám, ze kterých jsou dále vyvozeny úpravy vzdělávání, a tedy i kompetence pro konkrétní povolání. Z pouhých pomocnic se staly respektované členky zdravotnických týmů s vlastní hierarchií a kompetencemi. Sestra nyní vykonává široké spektrum činností. Od hygienické péče až po podávání léčivých přípravků dle ordinace lékaře. S léčivými přípravky souvisí i další sesterské úkony, jako je zajišťování dostatečného množství pro potřeby oddělení, jejich přejímání a ukládání.

V současné době jsou pro sestry v České republice nejvyššími právními předpisy směrnice Evropské unie, dle kterých jsou dále zpracovány zákony a nařízení vlády. Takovým zákonem je i zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, jehož součástí je i výčet kompetencí, který byl do dnešní doby několikrát novelizován. Různě se též upravovaly a měnily studijní obory a podmínky pro získávání kvalifikace. Nelze jasně popsat vymezení sesterského povolání ve světovém měřítku. V rámci Evropské unie se příslušné země řídí jednotnými evropskými směrnici, jsou tedy jasně stanoveny minimální požadavky pro vzdělávání sester napříč Evropskou unií. Od toho se odvíjí i základní struktura vzdělávání a kompetence. Blíže specifikované vzdělávání, a právě i kompetence, jsou pak stanoveny pro každou zemi zvlášť podle příslušných právních norem jednotlivých států. Jednou z činností, ke které přistupují různé země odlišně, je předepisování léků. Kompetentní k předepisování léčivých přípravků jsou například sestry ve Velké Británii a Spojených státech amerických. V České republice je zatím toto téma diskutováno a probíhají první výzkumná šetření (Plevová, 2008; Fong et al., 2015; Courtenay et al., 2018; Dingová-Šliková et al., 2018).

1. Současný stav poznání

Role sestry ve farmakoterapeutické péči zahrnuje všechny činnosti, které sestra provádí v souvislosti s léčivými přípravky. I když je to každodenní součástí sesterské práce, není již tak zcela jednoduché přesně definovat, které všechny činnosti lze do této oblasti zahrnout. Tato kapitola přináší stručný náhled do tématu. Zaměřena je stručné vymezení a popis souvisejících pojmů a zachycení současného postavení sestry ve farmakoterapeutické péči v České republice i některých dalších zemích.

Vyhledání příslušných zdrojů probíhalo v databázích Medline, Evidence-Based Medicine, EBSCO, Scopus, Web of Science, Science Direct a Pubmed za použití různých kombinací klíčových slov (sestra, podávání léků/léčivých přípravků, medikace/medikamenty/léky, předepisování, role sestry, kompetence). Dále byly jednotlivé články tříděny již manuálně. K získání dalších zdrojů byly prozkoumány i seznamy literatury již vybraných zdrojů. Rozmezí pro vyhledávání bylo stanoveno od roku 2005 do roku 2019. Podobným principem proběhlo i vyhledávání knižních titulů, kde primárně nebylo stanoveno rozmezí pro rok vydání. Konkrétní tituly byly vybrány dle obsahového zaměření a přínosu pro práci.

Pro účely této práce je paušálně použito označení „sestra“, kterým je zde označována všeobecná zdravotní sestra, pracující bez přímého odborného dohledu, bez návaznosti na specializační či jiné vzdělávání. Přesná struktura vzdělávání a sesterská hierarchie, právě podle vzdělání, nejsou předmětem práce.

1.1. Vymezení farmakoterapeutické péče

Farmakoterapeutická péče je komplex činností a úkonů, které jsou prováděny v souvislosti s léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče. Martínková et al. (2018) vymezují pojem farmakoterapie, jako činnosti, které se zaměřují na léčivé přípravky za účelem léčit pacienty. Zásadním médiem je zde právě léčivý přípravek, který je pacientovi naordinován a podán za účelem diagnostickým, preventivním nebo léčebným. Bližší popis léčebných přípravků je uveden níže. (2.1.2. Léčivý přípravek, zdravotnické prostředky a ostatní)

Farmakoterapeutická péče je velice specifická součást léčebného procesu, která se musí potýkat s rozdílností reakcí organismů různých věkových skupin, lékovými interakcemi i možným pochybením ze stran vykonávajícího personálu. Jedná se tedy o složitý proces, na kterém se spolupodílí několik profesí, kde každá má své určité postavení a dané úkoly. Multidisciplinární přístup je dnes celospolečensky přijatelným přístupem ve zdravotní péči, tedy i farmakoterapeutické péči (Zrubáková et al., 2016). Základními členy takového týmu jsou lékař a sestra, ale také farmaceut.

Role farmaceuta je často opomíjena, avšak jeho postavení v tomto souboru je nepostradatelné. Lze však říci, že lékaři a sestry tvoří základní kameny týmové spolupráce ve zdravotnictví. Role jednotlivých povolání jsou povětšinou specifické, v rámci zákonných mezí, jen málo z nich je zastupitelných jinou profesí. Pro tuto práci je zásadní postavení sestry v multidisciplinárním týmu, o kterém bude zevrubněji pojednáno v oddíle 2.2. Vymezení role sestry a její kompetence.

Tým

Primární týmy jsou vlastně jednotlivá oddělení, stanice. Ty zajišťují zdravotní péči v určitém rozsahu v rámci své specializace. Je však zcela běžné, že je onemocnění pacientů širšího zaměření, a je tedy potřeba zapojit do týmu i další specialisty, kolegy z jiných oborů. (Bártlová et al., 2010)

O prospěšnosti týmové práce lze diskutovat hodiny a bylo již na toto téma zveřejněno nepřehledné množství článků a publikací. Vévoda (2013) pak syntézou některých z nich došel k několika výhodám, které týmová práce přináší a popisuje je takto:

- „Tým víc ví“ - V týmu je zastoupeno několik povolání, disciplín, a každý přináší své specifické znalosti do kolektivního vědomí, dochází tedy i k vzájemnému rozvoji jednotlivých členů.
- „Tým má synergický efekt“ - Týmový výkon by měl přesahovat pouhý součet potenciálů jednotlivých členů. Potenciál se vzájemně ovlivňuje a násobí, když lidé jsou si navzájem motivací.
- „Tým podněcuje a rozvíjí“ - Kolektivní snažení se o dosažení cíle podněcuje kreativitu a vyšší výkony.
- „Tým vyrovnává“ - Týmová spolupráce je o kompromisech, které brání zacházení do extrémních rozdílů. Důležitá je komunikace, která udržuje stabilitu kolektivu.

- „Práce v týmu vede i k uspokojení potřeb svých členů“ - Být součástí fungujícího týmu přináší pocit sounáležitosti a užitečnosti (Vévoda et al., 2013).

Zaměříme-li svou pozornost na vztahy mezi zdravotníky, můžeme pozorovat dva odlišné přístupy. Přístup formální a neformální.

Formální vztahy jsou běžné mezi kolegy, nadřízenými a podřízenými. Je to způsob chování, kterým dáváme najevo respektování jeden druhého jako člověka, ale i uznání pracovní hierarchie. Vystupování ve formálních vztazích je často spojováno se základy slušného chování. Neformální vztahy mohou být i mezi spolupracovníky. Tyto vztahy jsou ovlivněny osobními sympatiemi, společnými zájmy, ale i třeba na formálním podkladě, kdy se více sblížíme s kolegy, se kterými se nám dobře spolupracuje (Plevová, 2018).

Chceme-li dosáhnout optimálního využití spolupráce mezi lékaři a sestrami, kteří tvoří primární kolektivy zajišťující péči, stanovil Vévoda (2013) několik předpokladů pro šanci na úspěch.

- Identifikace s cíli týmu,
- soudržnost,
- komunikace,
- skupinové normy a jejich dodržování,
- odpovědnost v týmu,
- vzájemná důvěra,
- uznání a respekt,
- konstruktivní kritika,
- charakteristika týmových rolí,
- teambuilding (Vévoda et al., 2013).

Jak již bylo zmíněno, základem je multidisciplinární tým. Pro správné fungování jakéhokoliv týmu je důležitá vzájemná důvěra a komunikace mezi jednotlivými členy, ale také znalost vlastní role a svých pravomocí za účelem poskytování kvalitní péče. Důležitým bodem týmové spolupráce je snaha o dosažení společných cílů. K tomu je zapotřebí vzájemného naslouchání, uznání a hodnocení argumentů a nápadů všech členů týmu tak, aby se zlepšovala úroveň interpersonálních vztahů. Výsledkem je zlepšení efektivnosti a kvality poskytované péče (Bártlová et al., 2010).

Podobně popisuje týmovou práci i Vévoda (2013), který dále ještě připomíná specifitu vzájemných vztahů ve zdravotnických týmech, kdy je dělba práce stanovena dle odborné způsobilosti a specializace, ale především pak po vzájemné dohodě jednotlivých členů. Jako velmi výhodné dále uvádí využívání těchto funkčních multidisciplinárních týmů ke snižování nákladů na zdravotní péči. Přínos týmové spolupráce je tedy jak pro jednotlivé členy týmu a jejich vedoucí pracovníky, tak i pro vedení organizace. Největší profit by však měl mít pacient (Vévoda et al., 2013).

Za základní předpoklady pro optimální pracovní výsledky, které jsou vykonávány profesionálně ke spokojenosti všech, lze považovat kolektivní atmosféru na pracovišti, tedy i vztahy mezi jednotlivými pracovníky. Jelikož se sestry společně s lékaři dostávají často do nelehkých profesních situací, jsou jejich vztahy důležité a bezpochyby je i pracovní ovlivňují. Důležitou roli zde hraje komunikace, která je ovlivňována všemi členy týmu, ale i prostředím a situací, ve které se odehrává (Bártlová et al., 2010).

Bártlová (2010) také stanovila pět základních oblastí, které přímo ovlivňují vztahy mezi lékaři a sestrami. Jedná se tedy o:

- **Pracovní prostředí**
Pracovní prostředí je bezpochyby nejzásadnějším bodem. Tento bod je velice obsáhlý. Zahrnuje mimo jiné například pracovní podmínky, typ vykonávané práce, technické vybavení, ale i vzhled a sociální zázemí. Spokojenost zaměstnanců v pracovním prostředí se pozitivně promítá do jejich práce, komunikace i spolupráce s kolegy i pacienty. Dalším významným faktorem je finanční ohodnocení, které zdravotní sestry často hodnotí jako nedostatečné a které v nich vyvolává pocit nedocenenosti. Naopak možnost dalšího vzdělávání a pracovního rozvoje je pro sestry pozitivním přínosem.
- **Organizační struktura zdravotnických zařízení**
Vztah sestry a lékaře je často ovlivněn i duplicitou podřízenosti. Běžná sestra má nad sebou řadu sesterského managementu, ale zároveň musí přijímat příkazy lékaře. To často může vyvolávat nesrovnalosti a narušovat jejich pracovní vztahy.
- **Pohled lékařů na ošetřovatelství**
Sesterská profese je často samotnými lékaři označována jako poloprofese nebo podřízená profese. Ne všichni jsou ochotni uznat sestru jako rovnocenného člena týmu, a tak nastává rozpor. Sestra je vyčleněna z týmu a ten ztrácí na multidisciplinarity. Stává se pouze slepou vykonavatelkou lékařských ordinací, nikoliv myslícím článkem týmu. Tyto úzkoprsé pohledy naštěstí již ustupují, a tak si sestra své místo v týmu po právu získává.
- **Sestra – žena a její role**
Řekne-li se zdravotní sestra, každý si nejprve představí ženu. A tak tomu i ve skutečnosti je. Toto povolání vykonávají převážně ženy. K tomu patří časný odchod na mateřskou dovolenou i případné častější změny pracoviště dle nároků rodiny a péče o děti. Stejně tak jako patří k tomuto povolání ženské pohlaví, tak i k ženskému pohlaví patří péče o dítě a rodinu.
- **Gender problematika**
I přes jasný posun v genderových rozdílech ženy a muže ve společnosti, je stále muž považován za výše postaveného. Tomuto faktu bohužel nahrává stále dominující postavení mužů ve vedoucích pozicích, obzvláště v medicíně (Bártlová et al., 2010).

Shrneme-li všechny tyto faktory, které ovlivňují vztahy mezi sestrami a lékaři, vypadá to, že sestra nikdy nemůže být plnohodnotným kolegou lékaře. Moderní pojetí však upřednostňuje multidisciplinární přístup, kde je sestra důležitým a uznávaným členem týmu. Ona je ta, která s pacientem tráví nejvíce času, je mu tedy nejbližší a měla by mít možnost zasahovat nějakým způsobem do zdravotní péče. Nikoliv být jen člověkem, který vykonává hygienickou péči a rozdává bezmyšlenkovitě léky.

Týmová práce je vždy založena na komunikaci a spolupráci s lidmi. Mluvíme-li konkrétně o zdravotnictví, tak zde to platí dvojnásob.

Jak již bylo řečeno, týmy jsou seskupeny z mnoha profesí napříč věkovými kategoriemi a pohlavími. Jednotlivé interakce komplexně ovlivňují celý tým i jeho práci. I když zde nehovoříme přímo jasně o hierarchii nadřízenosti v těchto multidisciplinárních týmech, je důležité, aby si každý člen uvědomoval své postavení a aby vznikla vlastní struktura hierarchie, kde hlavní slovo zůstává ošetřujícímu lékaři (Bártlová et al., 2010). Předpokladem k poskytování kvalitní péče je tedy spolupráce všech členů zdravotnického týmu a je potřeba věnovat se interpersonálním vztahům mezi jednotlivými členy tak, aby opravdu fungovali jako tým, a ne jako několik jednotlivců pracujících pouze vedle sebe (Vévoda et al., 2013).

I když si představíme ten nejlepší zdravotnický tým, který se snaží dodržovat popsaná doporučení, nelze úplně zabránit osobním pocitům jedince. Oddělení bývají přeplněná a nedostatek personálu se podepíše i na těch nejlepších. I v takových chvílích je důležité myslet na individualitu jedince a poskytnout pacientům péči i komunikaci v co nejlidštějším rozměru tak, aby se necítil jako jeden z mnoha, jen jako diagnóza (Křivohlavý, 2002).

Vztahy mezi personálem a pacienty

Vývoj vztahu mezi poskytovateli zdravotní péče, tedy hlavně lékařem a sestrou, a pacientem zaznamenal stejně jako celý systém zdravotní péče velký posun. Primárně paternalistický přístup s prvky дирекce ze strany lékaře se dnes proměnil na partnerství založené na důvěře a vzájemném respektu (Halmo, 2014). Během výkonu povolání se sestry i lékaři setkávají s nepřeberným množstvím osobností, kde právě pacienti jsou zde tou nejspecifičtější skupinou. Pokud je pacient schopný adekvátně se rozhodovat a není nijak ovlivněn na svéprávnosti, je důležité zachovat jeho autonomii, nechat ho rozhodnout (Zacharová, 2016).

Je samozřejmě také rozdíl mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty. Ambulantní ošetření bývá pro pacienty snesitelnější. Necítí se být tolik omezen, vědí, že po ošetření půjdou domů. Hospitalizovaný pacient však ztrácí na autonomii, je omezen určitým způsobem na pohybu i sociálních kontaktech. I když má ambulantní a nemocniční péče svá specifika, vždy je od pacienta očekávána spolupráce a podíl na léčebném procesu., tedy i dodržování příslušných doporučení, dodržování léčebného režimu a užívání léčivých přípravků tak, jak bylo příslušným lékařem naordinováno (Dingová-Šliková et al., 2018).

Nelze však opomíjet ani propojení duševního a fyzického stavu. Moderní pojetí člověka již uznává jedince jako bio-psycho-sociální bytost a na to je potřeba myslet. Zdravotní stav je výslednou interakcí mezi psychickým a fyzickým stavem. Často se tedy jedná o psychosomatická onemocnění a jednání zdravotnického personálu s pacientem jejich stav velice ovlivňuje (Zacharová, 2017).

Křivohlavý (2002) vydefinoval několik skutečností, které negativně ovlivňují hospitalizované pacienty:

- Depersonalizace
Ztráta dosavadní osobní identity, postavení.
- Neosobní jednání
Pacient je jedním z mnoha, často „jen“ další případ.
- Rozhovory
Omezení sociálních kontaktů, rozhovorů. Zde často jen poslouchá.
- Potřeby
Zdravotní potřeby odsunuly veškeré dosavadní potřeby.
- Aktivity
Od hospitalizovaných se očekává jakási forma pasivity, klidu. Často se opomíjí život člověka před příchodem do nemocnice, jeho aktivní život.
- Bolest
Bolest je subjektivní a často je zdravotníky hodnocena jinak než z pohledu pacienta. Bohužel dochází k bagatelizaci právě ze strany zdravotníků.
- Informovanost
I přes to, že dnes jsou pacienti povětšinou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu, ne pro každého jsou tyto informace uspokojivé. Mohou prožívat obavy, nejistotu a strach o svoji budoucnost, svůj život.
- Sebekontrola
V nemocničním prostředí není pacient hlavním organizátorem svého času. Na to často navazují pocity frustrace, které se mohou vyvinout až ve zlostné chování a agresi vůči zdravotnickému personálu (Křivohlavý, 2002).

Komunikace a kvalita péče

Komunikace je základní součástí zdravotnictví, ať už se jedná o verbální nebo neverbální složku. Veškerá týmová práce se odvíjí od komunikačních dovedností každého člena týmu a pacienta zároveň. Komunikaci lze tedy označit za příčinu úspěchu i neúspěchu veškerých snažení. Dokladem toho mohou být např. soudní spory, kde často bývají zpochybňovány právě slovní výroky a neadekvátní chování, nikoliv kompetence a kvalita péče. Z tohoto pohledu je důležitá komunikace mezi pracovníky a pacienty, ale základem je komunikace mezi jednotlivými členy týmu tak, aby byli všichni dostatečně informováni o průběhu a postupech léčby, aby v této souvislosti zbytečně nedocházelo k dezorganizaci péče kvůli nedostatečnému předávání informací (Vévoda et al., 2013; Zacharová, 2016).

Komunikace je tedy zásadní součástí týmové práce a jejím prostřednictvím lze zajišťovat a zvyšovat bezpečnost a kvalitu poskytované péče. Zároveň je povinností každého poskytovatele zdravotních služeb zajistit svým klientům, pacientům, kvalitní a bezpečnou péči. Toto je dáno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Poskytovatel je dále povinen zavést systém interního hodnocení kvality a bezpečí. Na základě daného zákona a požadavků vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR i Bezpečnostní resortní cíle, tedy body hodnocení daných zařízení a jednotlivé způsoby, jak předepsané standardy dodržet. Všech 8 bezpečnostních resortních cílů je stručně uvedeno dále (Tabulka 1 Bezpečnostní resortní cíle, zpracováno dle Věstníku MZ ČR č.16/2015).

Tabulka 1 Bezpečnostní resortní cíle

OZNAČENÍ A NÁZEV	CÍLE
RBC1 Bezpečná identifikace pacientů	Stanovení jednotného postupu při identifikaci pacienta.
RBC2 Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti	Stanovení seznamu léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti ve vztahu k možnosti poškození pacienta, individuálně pro každé oddělení a zajistit jejich bezpečné skladování.
RBC3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech	Nastavení komplexních opatření k zamezení a omezení záměn pacienta a strany při chirurgických výkonech.
RBC 4 Prevence pádů	Nastavení opatření, která minimalizují pády pacientů. A také stanovují povinnost tyto případy hlásit, evidovat a dále jednat.
RBC 5 Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče	Zavedení optimální hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a zajištění dezinfekčních přípravků k jejímu správnému provádění.
RBC 6 Bezpečná komunikace	Zamezení a omezení nedorozumění při komunikaci díky zavedení jednotných pravidel pro interní komunikaci ve zdravotnickém zařízení.
RBC 7 Bezpečné předávání pacientů	Stanovení jednotného způsobu předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele.
RBC 8 Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů	Zavedení systému sledování rizik a dekubitů, které povedou k omezení jejich výskytu.

1.1.1. Léčivý přípravek, zdravotnické prostředky a ostatní

Léčivé přípravky

Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, nám jasně vymezuje pojem „léčivý přípravek“. Jedná se tedy o látku či kombinaci látek, které mají preventivní nebo léčebný účinek při použití u onemocnění zvířat nebo lidí. Takový přípravek lze tedy těmito dvěma skupinám podat s vidinou obnovy či úpravy fyziologických funkcí pomocí farmakologického, imunologického nebo metabolického účinku daného preparátu, nebo také jako diagnostické medium. Jak však Prošková a kol. (2014) uvádí, je potřeba rozšířit interpretaci o judikaturu Soudního dvora Evropské unie, která uvádí důležitý bod a tím je vědecké ověření těchto farmakologických vlastností. Tyto vlastnosti jsou však dále posuzovány ve vztahu ke stupni ovlivnění organismu s ohledem na doporučené dávkování. Takovéto přípravky musejí mít známé složení, veškeré farmakologické vlastnosti, podmínky používání, možné lékové interakce, vedlejší a nežádoucí účinky a také specifika dávkování. Léčivé přípravky lze dle zákona o léčivech rozdělit například do následujících skupin:

- Humánní léčivé přípravky
- Humánní imunologické přípravky
- Humánní autogenní vakcíny
- Homeopatické přípravky
- Radiofarmaka, radionuklidové generátory, kity a prekursorů
- Krevní deriváty
- Transfuzní přípravky
- Rostlinné léčivé přípravky
- Léčivé přípravky pro genovou terapii
- Léčivé přípravky pro somatobuněčnou terapii (Zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech).

Dále můžeme léčivé přípravky rozdělit na skupinu volně prodejných a vázaných na lékařský předpis nebo například dle indikační skupiny, do které lze přípravek primárně zařadit. Zde máme na mysli skupiny analgetik, antipyretik, diuretik apod.

Přesnější informace a nařízení ohledně předepisování, přípravy a distribuce jsou důkladně vymezeny v následujících vyhláškách:

- Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů
- Vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití
- Vyhláška č. 415/2017 Sb., k provedení některých ustanovení zákona o léčivech týkajících se elektronických receptů
- Vyhláška č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb

Zdravotnické prostředky

Farmakoterapeutická péče je komplexní péče o pacienta, kde hrají podstatnou roli i zdravotnické prostředky, které jsou stanoveny v zákoně č. 268/2014 Sb. Zde je za zdravotnický prostředek obecně označován nástroj, přístroj, zařízení, programové vybavení, materiál či jiný předmět, který je od výrobce určen pro člověka, a to k léčebnému, preventivnímu nebo diagnostickému účelu, tedy ke zmírnění poranění, postižení či onemocnění. Dále mohou posloužit jako náhrada či modifikace některé z poškozených či chybějících anatomických struktur, fyziologického procesu nebo kontroly početí.

Definice je velice podobná léčivým přípravkům. Zde je však rozdíl v působení na organismus, který u zdravotních prostředků není primárně zaměřen na farmakologický, imunologický nebo metabolický účinek, i když může být takový účinek sekundárním přínosem zdravotnického prostředku. Rozpory mohou být například při posuzování prostředků/ přípravků na hojení ran. Znovu je teda potřeba zamyslet se nad hlavním účinkem daného materiálu. Je-li použit například pouze krycí materiál k zamezení oděru rány, mluvíme o zdravotnickém prostředku. Použijeme-li však konkrétní materiál s účinnou látkou, která je výrobcem přímo určena k léčbě, mluvíme již o léčivém přípravku. (Prošková et al., 2014)

Ostatní výrobky

Nemůžeme opomenout ani doplňky stravy a potraviny pro zvláštní výživu.

Jako doplňky stravy jsou označovány různé preparáty, které mohou používat lidé i bez lékařského předpisu, dle vlastního uvážení. Může se jednat o doplňky určené pro sportovce nebo běžné vitamínové preparáty či vlákninu.

Jelikož je i dietní režim součástí léčby, jsou zde zařazeny potraviny pro zvláštní výživu, stanovené vyhláškou č. 54/2004 Sb., popisující jejich možnosti použití.

Zde nám vyhlášky vymezují několik podskupin:

- Počáteční a pokračovací kojenecká výživa a výživa malých dětí
- Obilné příkrmy a potraviny pro malé děti
- Náhrady celodenní stravy pro regulaci hmotnosti
- Potraviny pro zvláštní lékařské účely
- Potraviny s nízkým obsahem laktózy nebo bezlaktózové (Vyhláška č. 54/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

1.2. Vymezení role sestry a její kompetence

Role sestry

Chceme-li blíže specifikovat pojem „role“, nacházíme mnoho výkladů v závislosti na kontextu. Vždy je zásadní, že roli hrajeme ve vztahu k druhé osobě. To znamená, že ve stejné situaci se můžeme pokaždé zachovat jinak. Naše role jsou ovlivňovány mnoha skutečnostmi. Jedná se o soubor interakcí s dalším člověkem/osobou, které mohou být ovlivněny předchozími zkušenostmi s daným člověkem či situací, osobními sympatiemi či antipatiemi a mnoha dalšími faktory. (Plevová, 2018)

Zaměříme se tedy blíže na roli sestry a její postavení v týmu. Často zmiňované jsou role sestry, které zaujímá při výkonu své profese.

Role sestry při vykonávání profese, jak je charakterizovala Staňková (2002):

- Sestra pečovatelka. Zde je zásadní ošetrovatelská péče, kterou sestry poskytují v ambulantní, lůžkové i terénní péči.
- Sestra edukátorka. Důležitá je edukace pacientů i jejich rodin. Záměrem edukace je osvojení potřebných návyků a úkonů, zvýšení schopnosti sebepéče a pochopení návazností mezi péčí o zdraví a nemocí.
- Sestra obhájkyň nemocného. Sestra je vždy nejbližší pacientovi. Stará se o jeho potřeby, problémy a přání, když není pacient schopný obstarat tyto oblasti sám.
- Sestra koordinátorka. Základem ošetrovatelské péče je organizace, plán péče a její realizace. Důležité je získat si ke spolupráci pacienta i jeho rodinu.
- Sestra asistentka. Sestra se podílí na diagnostice i terapii, vykonává ordinace lékaře a připravuje pacienta k vyšetření.
- Sestra výzkumnice. Ke své práci sestra získává informace z různých zdrojů, aktivně i pasivně se účastní vzdělávacích akcí, pracuje dle nejnovějších dostupných poznatků v ošetrovatelství (Staňková, 2002).

Tak jako se vyvíjelo ošetrovatelství, posouvala se i role sestry. Z dobrovolnické činnosti, která byla dříve považována za samozřejmost se obtížně stávalo samostatné povolání. Úprava postavení ošetrovatelského personálu přímo souvisela a souvisí se změnami a nárůstem sesterských kompetencí. Nyní je sestra považována za samostatně pracujícího člena týmu, který se aktivně podílí na zdravotní péči pacientů. Můžeme tedy říci, že sesterské role jsou přímo ovlivněny jejich kompetencemi, které je v jejich rolích posouvají nebo omezují (Kutnohorská, 2010).

Kompetence

Ve snaze o správnou identifikaci pojmu kompetence, jsou napříč literaturou nalezeny mnohé, avšak velmi si blízké, definice. Vörösová et al. (2015) navrhuje přistupovat k jednotlivým definicím ve třech rovinách, které zpracovala McMullanová et al. (2002) takto:

- Behaviorální: Činnosti a chování, které přímo souvisejí s výkonem povolání.
- Generický: Obecnější zaměření na schopnosti jedince, které souvisejí s odbornou přípravou a vědomostmi.
- Komplexní: Tento přístup je velmi dynamický, vázaný na vývoj a změny v situacích a také na vědomosti a zkušenosti jedince (McMullanová et al. (2002) In: Vörösová et al. 2015).

Obecně lze kompetence označit za úkony, ke kterým dotyčný získal způsobilost osvojením si požadovaných dovedností a informací.

Kompetence sestry

Zaměříme-li se však na kompetence sesterského povolání, je zde zásadní vzdělání, kterým získává danou způsobilost a konkrétní kompetence. Povolání všeobecná sestra patří mezi regulované profese. To znamená, že vše je přesně stanoveno a vymezeno dle příslušných právních norem. Od vstupu České republiky do Evropské unie v roce 2004, jsou veškeré právní normy našeho státu ovlivňovány evropskými směnicemi.

Po vstupu do Evropské unie byl vydán zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů, který zohledňoval a interpretoval požadavky evropské unie na naše sestry. Tento zákon byl do dnešního dne mnohokrát novelizován a v současné době se opět připravují návrhy dalších úprav. V tomto zákoně se uvádí, že je potřeba splnit určité podmínky k prokázání způsobilosti k výkonu daných povolání.

V této souvislosti byla vydána i vyhláška č. 413/2006 Sb., kterou se stanoví seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta a k výkonu povolání dalšího zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. Dále určuje druhy, četnost a obsah zdravotních prohlídek a náležitosti lékařského posudku (O zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka). Zákon definuje požadavky na vzdělání k získání odborné způsobilosti. Pro přesnější vymezení studijních programů byla vydána vyhláška č.39/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a také Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Konkrétní činnosti nám poté stanovuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků.

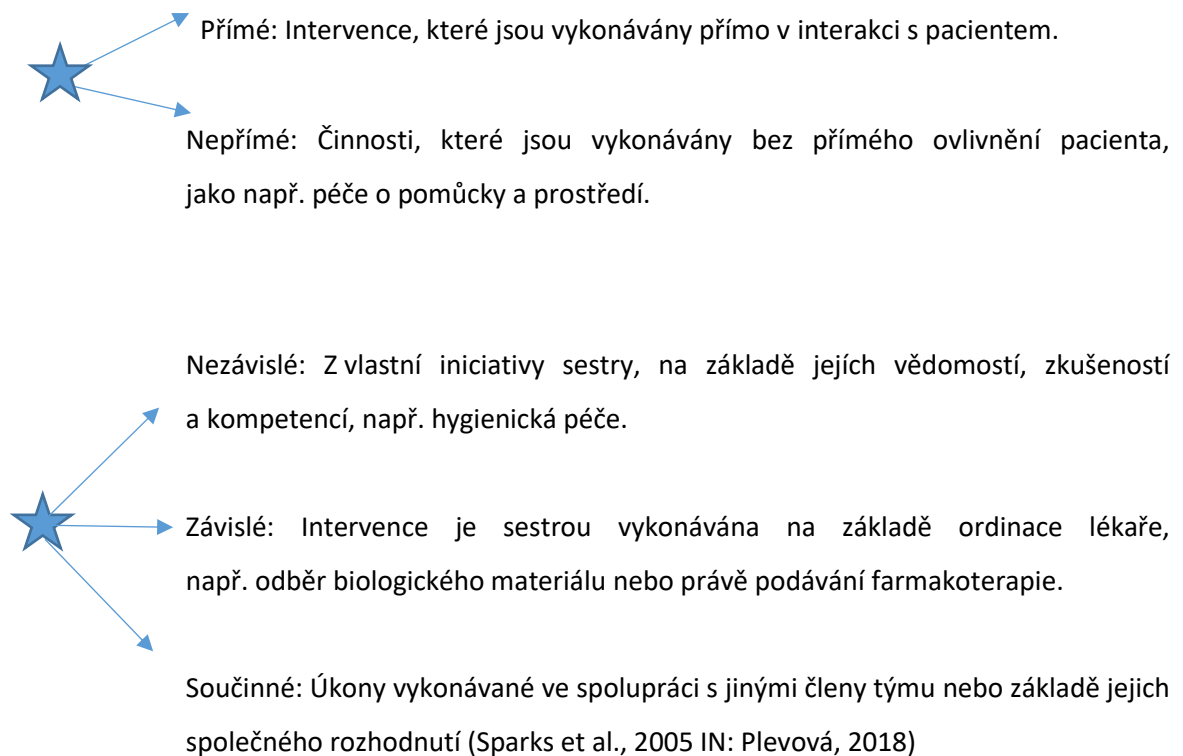
ICN (International Council of Nurse) definuje sesterské kompetence jako „úroveň výkonu demonstrující efektivní aplikaci znalostí, dovedností a úsudku.“ I když je to velmi stručné vymezení, je velice výstižné a pro pochopení dostačující (ICN, 1997 IN: Alexander, 2003).

Nesmíme však opomenout fakt, že všeobecná sestra je regulované povolání a její kompetence jsou tedy jasně stanovené činnosti, které je sestra oprávněna provádět po získání potřebné kvalifikace. Zásadním důvodem ke stanovení a vymezení kompetencí je určení rozsahu a obsahu dané profese (Prošková et al., 2014).

„Všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou pacienta stanovenou lékařem, přičemž základní a specializovanou péči zajišťuje pomocí ošetrovatelského procesu. V rámci komplexní ošetrovatelské péče sestra vykonává samostatně jednotlivé úkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedince i skupin (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků).“

Zabýváme-li se kompetencemi sester při podávání léčivých přípravků, je pro nás důležitá oblast realizace v ošetrovatelském procesu. Jedná se o konkrétní intervence vykonávané sestrou během realizace, ke kterým je kompetentní. Rozdělit tyto intervence lze mimo jiné následujícími způsoby.

Dělení intervencí/kompetencí



Intervence jsou jistým způsobem kompetence. V České republice jsou právně ošetřeny vyhláškou č. 55/2011 Sb., kterou se stanovují činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Vyhláška popisuje jednotlivé skupiny činnosti, ke kterým je všeobecná sestra, a samozřejmě i další regulovaná povolání, kompetentní. Toto dělení je tím pádem nejpodstatnějším v rámci dodržování kompetencí jednotlivých členů týmu.

1.2.1. Kompetence sestry ve farmakoterapeutickém týmu v ČR

Podíváme-li se na činnosti uvedené ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nacházíme zde přesný výčet všech činností, ke kterým je sestra při poskytování farmakoterapeutické péče kompetentní. Zaměříme-li se více na oblast týkající se léčivých přípravků a jejich podávání, je všeobecná sestra oprávněna přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu, a to bez odborného dohledu a indikace, na základě lékařské indikace potom i podávat léčivé přípravky, pokud se nejedná o aplikaci u dětí mladších 3 let. Pod odborným dohledem lékaře je pak sestra kompetentní aplikovat nitrožilně i krevní deriváty (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků).

Podávání léčivých přípravků je tedy v kompetenci sestry, ale až po indikaci lékařem, a to formou písemného záznamu do dokumentace konkrétního pacienta. Je-li nutné vykonat ordinaci např. po telefonické konzultaci pro akutní povahu, je lékař povinen doplnit vše do dokumentace ihned, jakmile to bude možné.

Před podáním je sestra povinna zkontrolovat:

- Shodu chystaného léku s naordinovaným,
- expirace a celistvost obalů,
- dávkování,
- ordinovanou aplikační formu podání,
- čas podání,
- způsob podání,
- pacienta, jeho stav a totožnost (Dingová-Šliková et al., 2018).

Standardy a postupy

Každé zdravotnické zařízení má vypracované vnitřní standardy pro podávání léčivých přípravků různých forem. Zásadní je vždy kontrola dle výše zmíněných bodů, ale také zhodnocení účinku. Doba účinku je závislá na aplikační formě, ale i indikaci léčivého přípravku. Intravenózní podání některých léků nastupuje v řádu sekund (např. Atropin a jiné), ale účinky např. antibiotické terapie se dostavují až po několika dnech aplikace. Účinky lze také hodnotit objektivně dle fyziologických funkcí a laboratorních hodnot, ale i subjektivně z prožitku pacienta a vizuálního zhodnocení stavu ošetřujícím personálem (Dingová-Šliková et al., 2018).

Sestra je odpovědná za podávání léčivého přípravku jakoukoliv z možných cest podání. Nikdy nesmí odložit připravené léky na stoleček pacienta a vždy zkontroluje požití léku pacientem. V případě intravenózní aplikace například infuzního roztoku s antibiotiky je sestra odpovědná za podání celé požadované dávky v daném objemu a za uplynutí předepsaného času (Plevová, 2018).

Důležitá je i zpětná vazba po podání. Do dokumentace je zaznamenáno dle příslušných hodnotících škál zhodnocení bolesti před podáním léku a také po jeho zapůsobení. Dalším příkladem je měření a zápis hodnot krevního tlaku, které sestra provádí dle ordinace lékaře, při podávání přípravků ovlivňující krevní tlak (Joint commission international, 2008; Dingová-Šliková et al., 2018).

Součástí léčebných režimů bývají i dietní opatření, která mohou mít vliv i na podávanou medikaci či na některá vyšetření. Proto je potřeba o těchto omezeních pacienta, případně i jeho rodinu, informovat, vysvětlit důležitost takových opatření a případně podpořit jedince v osvojení nových návyků. Podobně tomu může být i v případě zařazení nových léčebných přípravků do každodenní medikace pacienta v jiné než perorální formě užití. Zde lze uvést například aplikaci inzulínu do podkoží, kdy je před propuštěním do domácí péče potřeba naučit pacienta a případně i jeho blízké, jak s inzulínovým perem zacházet a jak správně jednotlivé dávky aplikovat. Není-li pacient ani blízká rodina schopna zajistit podávání léků některé formy v domácím prostředí, lékař může indikovat domácí službu, která danou oblast zajistí (Gurková, 2017; Workman, 2006).

Jak již bylo zmíněno, farmakoterapeutická péče je založená na týmové spolupráci a komunikaci. Primárně mezi sestrou, lékařem a pacientem. A jejich vzájemná spolupráce je důležitá pro dosažení optimálních výsledků, v nejlepším případě k vyléčení pacienta.

Z dostupných zdrojů lze vyvodit tyto následující oblasti zodpovědnosti sestry ve farmakoterapeutické péči:

- Zajištění potřebných léčivých přípravků a další manipulace s nimi,
- podávání léčivých přípravků dle ordinace lékaře,
- sledování a hlášení terapeutických či nežádoucích účinků,
- sledování a podpora dodržování léčebného režimu a sebepéče,
- edukace pacienta a rodiny,
- mezioborová komunikace a spolupráce (Vyhláška č. 55/2011 Sb.; Dingová-Šliková et al., 2018; Prošková et al., 2014; Workman, 2006).

1.2.2. Souhrnně o roli sestry a trendech v České republice

Sesterské činnosti nám stanovuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Avšak v souvislosti s neustálými změnami vzdělávání a trendům, které jsou po celém světě, dochází i na území České republiky k diskuzím o změnách v kompetencích všeobecných sester, a o tom, zda má mít sestra středoškolské, nebo vysokoškolské vzdělání. Vzdělání všeobecných sester je tedy zajišťováno na vysokých a vyšších odborných školách.

Ve vyspělých zdravotnických systémech je však jasně pozorovatelný trend výše vzdělaných sester s širšími kompetencemi. I v České republice je toto téma aktuální. Je zde obdobný problém jako v Číně. Velkým problémem je, oproti zemím s rozšířenými kompetencemi sester, nedostatek sester ve srovnání s počty lékařů. Proto je zde potřeba k navyšování kompetencí přistupovat obezřetněji (Ling et al., 2018).

Úpravy vzdělávání, a to jak kvalifikačního, tak toho celoživotního, zvýšení prestiže povolání, umožnění souladu mezi pracovním a osobním životem, ale i lepší péče o fyzické a duševní zdraví, jsou oblasti, které by měly být promítnuty ve strategickém plánu WHO, Zdraví 2030.

Česká asociace sester (ČAS) i odborové svazy diskutují společně s Ministerstvem zdravotnictví o možných úpravách a hledají společné řešení. Dle informací, které Koubová (2019) uvedla, je přípustné, že by v blízké době mohlo dojít k úpravám u sester v domácí péči, které jsou již samostatnější, a byl by zde obrovský profit pro ně, a hlavně pro pacienty.

Změny by se měly týkat rozsahu i obsahu poskytované péče, která je dnes indikovaná pouze praktickým lékařem. Sestry samotné by potom měly plánovat rozsah i obsah poskytované domácí péče a být kompetentní k předepisování některých kompenzačních pomůcek, jakou jsou např. inkontinenční a stomické pomůcky či prostředky k hojení ran. Toto tvrzení se zakládá na rozhovorech s hlavní sestrou ČR Alicí Strnadovou, ministrem zdravotnictví Adamem Vojtěchem a dalšími. Právě Alice Strnadová v rozhovoru uvádí, že systém, který se nastavil v roce 2004, je dávno překonaný a je potřeba přemýšlet nad jeho restrukturalizací vzhledem ke konkrétním poskytovatelům zdravotní péče (Koubová, 2019).

Ministerstvo zdravotnictví se pokoušelo zaplnit chybějící počty sester projektem Ukrajina, kdy do České republiky přišlo pracovat okolo tří set sester z Ukrajiny. Bohužel ani toto jednání se nezdá býti zcela úspěšným a sám ředitel holdingu AKESO pro procesy, kvalitu a efektivitu František Vlček přiznává, že pokud by bylo věnované stejné úsilí a finanční prostředky i českým sestram již dříve, nemuseli bychom se dost možná teď potýkat s jejich nedostatkem (Koubová, 2019).

Podobné tvrzení bylo zveřejněno i v článku Mladé fronty, který vyšel v říjnu 2018. Ministerstvo zdravotnictví ČR se však proti tomuto tvrzení ohradilo a vydalo prostřednictvím tiskového oddělení prohlášení, kde brání tento projekt a kde dle jejich informací jsou spokojené i zainteresované nemocnice (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018). Otázkou tedy stále zůstává, jestli nás tento projekt někam posunul a jestli zmenšil počet neobsazených pracovních pozic ve zdravotnictví.

Navyšování sesterských kompetencí je ve světových trendech běžné a není již ojedinělé, že v některých zemích jsou sestry kompetentní k předepisování léčivých přípravků. Je tedy otázkou, zda je správným krokem jít se světovými trendy, anebo se držet Vévodova (2013) tvrzení, že by lékař „...měl zůstat odborníkem v medicínské oblasti a sestra v oblasti ošetrovatelské a vzájemně by se měli respektovat (Vévoda et al., 2013).“

1.3. Nelékařské předepisování léčivých přípravků

Nelékařské preskripce jsou světově známým tématem již od 60. let 19. století. Pro naše potřeby se však blíže zaměříme pouze na profese zdravotních sester. Vývoj v jednotlivých zemích vždy byl a bude vázán na aktuální politický stav, od kterého se pak dále odvíjí příslušné legislativní podmínky a zakotvení. V současné době můžeme tyto kompetence rozdělit na závislou a nezávislou preskripci.

- Závislá sesterská, někdy také označovaná jako doplňková, preskripce je přímo vázána na lékařský dohled a sestra může předepisovat jen po předchozí domluvě s lékařem nebo například vydávat opakovací recepty u některých chronických onemocnění. Z nemocničního prostředí v České republice známe ordinaci lékaře „při bolesti“, což je také jednou z forem této preskripce.
- Nezávislá preskripce je pak tím předepisováním léčivých přípravků v pravém slova smyslu a zde je tedy sestra oprávněna předepisovat léky dle vlastního uvážení, i když i tato oblast může být někdy omezena třeba na její specializaci či konkrétní skupiny léků. Avšak jedná se o zcela autonomní činnost a je kladen velký důraz na zodpovědnost sester. (Ling et al., 2018; Fong et al., 2015)

V současnosti je na evropském území 12 zemí a jeden kanton, kde jsou sestry v různém stupni oprávněné předepisovat léčivé přípravky. Mezi tyto země patří Francie, Polsko, Finsko, Švédsko, Norsko, Nizozemsko, Kypr, Dánsko, Estonsko, Španělsko, Irsko, Velká Británie a také švýcarský kanton Vaud. Velká Británie a Švédsko byly prvními evropskými zeměmi, které dovolily, aby sestra předepisovala léky. Později se přidávaly i další země a mezi posledními byla Francie a provincie Vaud ve Švýcarsku. (Maier, 2019)

Vývoj v jednotlivých zemích je velice individuální a závislý na mnoha faktorech, jakými jsou politika, zákony a vzdělání. Ale vždy je kladen důraz na bezpečnost pro pacienta a jeho profit z lepší dostupnosti péče. Všechny tyto země však přijaly zákony, které oficiálně dávají sestřím právo na preskripci, v některých případech následované vyhláškami s vymezením, za jakých podmínek mohou zdravotní sestry předepisovat, případně i jaké skupiny léčiv (Ling et al., 2018; Nascimento et al., 2018).

Každá země také stanovila a upravila své vlastní požadavky na vzdělání, které jsou napříč zeměmi také odlišné, a to ať už se jedná o absolvování kurzu nebo dokončení magisterského studia. Samozřejmě jsou i velice odlišné možnosti, které sestry při předepisování mají. Může se tedy jednat o závislou nebo nezávislou preskripci, která může být dále omezena na určité indikační skupiny léků, dle specializace dané sestry. Důvodem je vysoce specializovaná povaha předepisování.

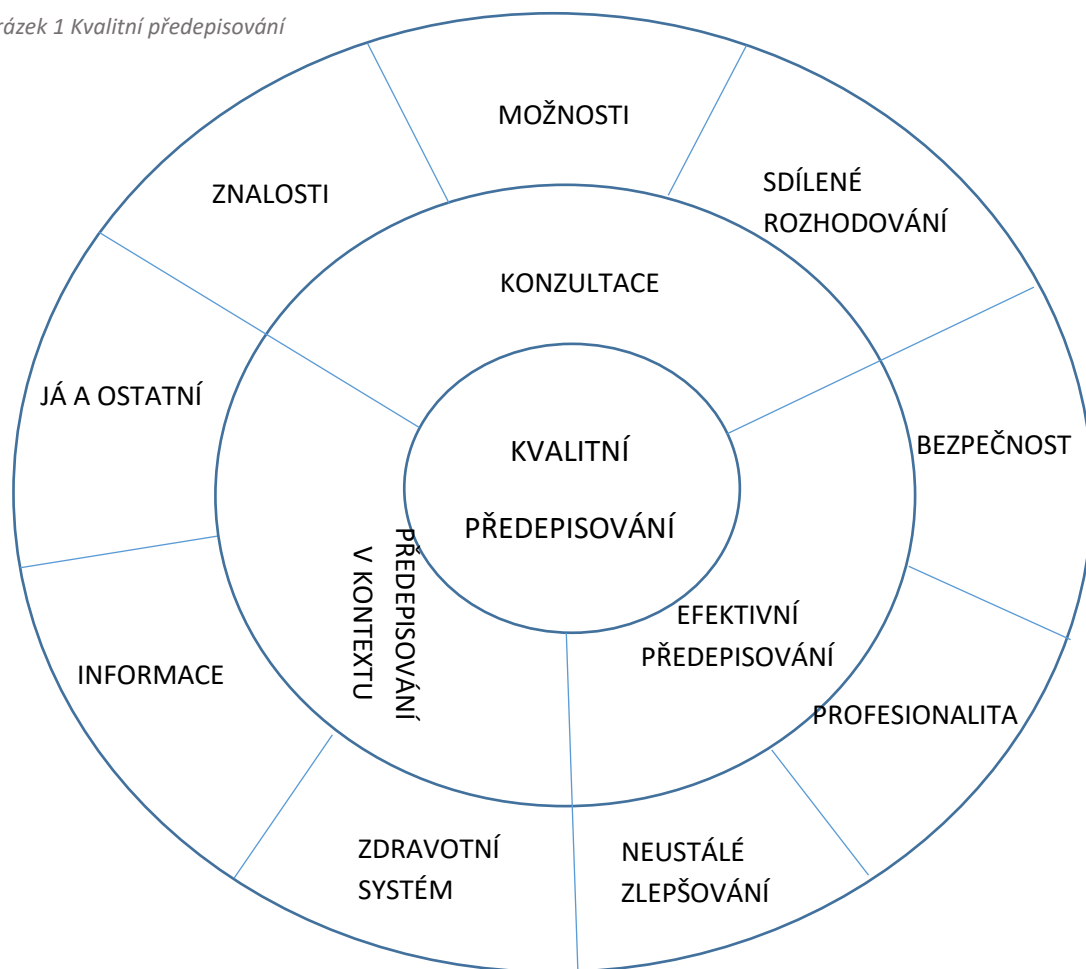
Většina zemí také vyžaduje formu doplňkové registrace, jakou mají předepisující lékaři, nebo povolení příslušného orgánu. Několik zemí přidalo i další regulační požadavky. Například v Irsku, Velké Británii a Finsku předepisující sestry obdrží jedinečné identifikační číslo tak, aby bylo evidentní, kdo a jaké léky předepisuje. Navíc je také vyžadována určitá forma úředního povolení, smlouvy či dohody nebo úřední dohled individuálního lékaře (Dánsko, Estonsko, Finsko, Irsko, Španělsko, Velká Británie); (Ling et al., 2018; Fong et al., 2015).

Největší pravomoci v této oblasti mají sestry v Irsku, Velké Británii a Nizozemsku, kde mohou vykonávat nezávislou preskripci. V jiných zemích pak mají většinou stanové určité lékové skupiny, které mohou jednotlivé konkrétní sestry předepisovat, ale také zda a jakou formu předepisování mohou vykonávat, tedy zda jsou oprávněné k primárnímu předepisování, či smí pouze vydávat opakovací recepty chronické medikace, které nejprve určil lékař. (Maier, 2019)

Diggle et al. (2018) zpracovali grafické znázornění (Obrázek 1), ve kterém jsou zachyceny jednotlivé na sebe navazující body, se kterými je možné docílit kvalitní úroveň v předepisování. Model je všeobecný, jak pro lékaře, tak i pro ostatní profese, které se předepisováním zabývají. Je to vlastně výčet činností a vlastností, které jsou potřeba k zajištění adekvátních služeb v této oblasti.

Zásadní je si také uvědomit, co jsou hlavní důvody k úpravám sesterských kompetencí a za jakých podmínek se k těmto krokům v konkrétním prostředí přistupuje. Shahanjarini (2019) považuje přenos kompetencí z lékaře na sestru za možný krok k řešení nedostatku lékařů, a tím i přetížení těch stávajících. Ve vyspělejších zemích se jedná o běžně zavedené postupy, že sestra zastává některé, pro nás pouze lékařské úkony (Shahanjarini et al., 2019). Reorganizace zdravotnictví je i podle WHO možným, dobrým, řešením. Kýžený potenciál je očekáván v lepším využití již získaných lidských zdrojů (WHO, 2012). Jedná se tedy o krok k lepší dostupnosti ošetření a poradenství s efektivnějším využitím dovedností a odborných znalostí sester, zajištění rychlejšího přístupu k lékům a léčení, a tedy zvýšení flexibility celého zdravotnického týmu (Diggle, 2018).

Obrázek 1 Kvalitní předepisování



Sestra versus lékař

Většina dostupných studií, které se jakýmkoliv způsobem zajímaly o sesterské předepisování, porovnávají rozdíly mezi předepisováním sestrou a lékařem, a to z různých úhlů pohledu. Tímto tématem se zabývali i odborníci skupiny Cochrane, kteří zpracovali systematické literární zhodnocení z dostupných, již proběhlých, šetření na stejné nebo podobné téma, aby bylo možné vyvodit globálnější závěry. Z jejich výsledků tedy vyplývá, že není prokazatelný rozdíl mezi předepisováním sestrou a lékařem, což je podloženo studiemi, které se přímo zabývaly rozdíly při léčbě konkrétních onemocnění a symptomů. Sestry, které jsou oprávněny předepisovat, pracují s velkou zodpovědností a autonomií a uvědomují si, že za veškeré své konání nesou přímou odpovědnost.

Také musejí pravidelně absolvovat a dokládat, že jsou i nadále schopny tuto přidanou kompetenci zastat. I proto jsou zřejmě srovnatelné výsledky léčby krevního tlaku či glykovaného hemoglobinu, ale také dodržování užívání léků dle ordinace či spokojenost pacientů a jejich kvalita života, která přímo souvisí se zdravím (Weeks et al., 2016).

Stejně tak není prokazatelný ekonomický rozdíl. Laurant et al. (2018) se zaměřili na možné ekonomické dopady při větším zapojení sester do oblasti primární péče, kdy budou v některých situacích a činnostech nahrazovat lékaře. Nedošel však k žádným zásadním rozdílům a dle jeho výsledků je zde velmi malý anebo žádný rozdíl v nákladnosti této péče. Čímž potvrdil podobnou studii realizovanou Nobletem et al. (2018), kde ani oni neshledali ekonomickou rozdílnost mezi sesterským a lékařským předepisováním.

Názory se liší s ohledem na konkrétní situaci v dané zemi. Stejně tak se liší přístup k výsledkům výzkumů provedených před nebo po zavedení sesterského předepisování. Nelze očekávat stejnou úroveň sesterského předepisování mezi vyspělými a rozvojovými zeměmi, když není ani obecně možné považovat úroveň zdravotnictví daných zemí za podobné (Weeks et al., 2016).

Země, ve kterých je nelékařské předepisování zavedeno již několik let, např. Velká Británie, popisují toto rozhodnutí za velmi přínosné pro všechny zúčastněné. Je zlepšena komplexnost a dostupnost péče, lékaři nejsou tolik vytíženi, sestry využívají své odborné schopnosti a svůj blízký vztah k pacientovi a pacient z toho všeho profituje. Vše je však výsledkem mnoholetého vývoje, kdy se postupně upravovala legislativa a tím i nároky na vzdělávání těchto sester. Až postupně, s nabitými zkušenostmi, se přistupovalo k navýšení kompetencí do současného stavu (Maier, 2019).

Mezi země, kde se zavedlo sesterské předepisování teprve nedávno, lze zařadit např. Čínu a Polsko. I tyto země se po vzoru ostatních snažily zmapovat situaci v jiných zemích a následně i v té své, aby byly schopny implementovat model sesterského předepisování. Binkowska et al. (2015) se zaměřili na zmapování názoru mezi odborníky a laickou veřejností v Polsku právě na případné zavedení sesterského předepisování. Ač se jednalo o velmi heterogenní skupinu dotazovaných, došli k celkem jednotnému názoru společnosti. Všichni to považují za velký krok, ale věří, že to bude přínosné jenom pokud se jasně stanoví pravidla.

Očekávají úpravu vzdělání pro sestry, legislativní ukotvení, a hlavně jasné vymezení konkrétních činností. Navíc sestry vyslovily obavy ohledně své připravenosti na tyto změny. Sestry samotné nejvíce vyžadovaly, aby bylo pro vybrané sestry také upraveno a navýšeno vzdělání tak, aby byly skutečně připravené (Binkowska et al., 2015).

Stejně, jako je rozdílnost ve zdravotní péči a obecné úrovni každé země, je i velký rozdíl mezi postavením sestry a její současnou rolí. I proto se zřejmě hovoří o možnosti, že by rozhodnutí o přijetí vyšších kompetencí v předepisování léčivých přípravků bylo ponecháno každé sestře individuálně tak, aby se rozhodla, zda chce tuto novou zodpovědnost přijmout i se všemi požadavky na vzdělání (An Bord Altranais, 2010).

Většina vyspělých zemí udávala nedostatek lékařů jako jeden ze zásadních důvodů pro přijetí sesterského předepisování. Čína však čelí opačnému problému, tedy nedostatku zdravotních sester. Situaci čínského zdravotnictví ve vztahu k pravomocem lze generalizovat jen s obtížemi. Sesterské předepisování je zde povoleno pro některé sestry v Honkongu a nově i v provincii Anhui, ale není přijato jako celospolečenský fakt. Sám autor výzkumného šetření v Číně považuje tuto nejasnou situaci v zemi za velký problém a celoplošné zavedení pro něj v roce 2017 bylo nemyslitelné (Ling et al., 2018).

Jedno mají však všechny výzkumy společné. Všem jde hlavně o profit pacienta a je dobré přijmout pohled každé jednotlivé skupiny (sestry, lékaři, pacienti) k dosažení tohoto společného cíle. Lze tedy říci, že všechny skupiny vidí v předávání kompetencí mezi sestrou a lékařem jistá pozitiva, ale za předpokladu, že proto budou jasně stanovena a nastavena pravidla, která budou všichni zmínění dodržovat.

1.3.1. Situace ve vybraných zemích

Jak již bylo zmíněno, patří i předepisování léčivých přípravků do kompetencí některých sester. Existují však významné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, ať už se jedná konkrétně o specifika předepisování, tak i o požadavky pro získání této pravomoci. Situace ve vybraných zemích je stručně popsána níže a vybrané informace znázorněny za textem (Tabulka 2).

Evropské země

V evropských zemích jsou v těchto sesterských kompetencích velké rozdíly. Bohužel je často v tomto ohledu Evropa posuzována jako kompaktní systém vzhledem k Evropské unii, ale stále tomu tak není. Divergence a důvody pro i proti předepisování sestrami se projevují nestejným kvalifikačními požadavky a rozdíly v regulaci praxe. I když jsou tendence napříč kontinentem podobné a je zde velká snaha o zaplnění nedostatku lékařů navýšením sesterských kompetencí, ne všechny země jsou na to personálně i legislativně připraveny. (Fong et al., 2015) V současné době je v Evropě 12 zemí a švýcarský kanton Vaud, kde jsou sestry v určitém rozsahu kompetentní k předepisování (Maier, 2019).

Česká republika

V České republice nebyla doposud legalizovaná žádná forma sesterského předepisování. Chceme-li získat informace o roli sestry ve farmakoterapeutické péči a jejích kompetencích, nacházíme informace o přejímání a ukládání léčivých přípravků, a hlavně plnění ordinací lékaře. Všechny sesterské kompetence jsou v přímé návaznosti na dosažené vzdělání a případnou specializaci. Konkrétní vymezení je potom stanoveno ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků, jak bylo zmíněno již dříve (Prošková et al., 2014).

Velká Británie

Největším průkopníkem dané oblasti je bez pochyby Velká Británie. Zde mají zdravotní sestry v současné době největší kompetence v předepisování léčivých přípravků. (Nascimento et al., 2018) Počátky se datují před rokem 2000 a během těchto dvaceti let došlo ke značnému rozvoji. Legislativně není sesterská preskripce nijak omezena, a tak mohou sestry předepisovat veškeré léčivé přípravky. I požadavky na vzdělání pro tyto sestry prošly vývojem. Nyní musejí absolvovat kvalifikaci na britské univerzitě. Bohužel zde dochází k rozporům při žádostech mezinárodních uchazečů a není jasně stanoveno, jestli tyto kompetence lze získat i jiným způsobem. (Fong et al., 2015)

Nic na tom však nemění skutečnost, že po vzoru Velké Británie se i ostatní, nejen evropské, země snaží o úpravu těchto sesterských kompetencí, například z důvodu stárnoucí populace a zvyšujícího se výskytu chronických onemocnění. Právě v těchto zemích hraje sesterské předepisování velkou roli. (Ling et al., 2018)

Nizozemsko

Od roku 2012 jsou sestry kompetentní k předepisování, avšak s omezením na danou specializaci. Je zde však také znatelný nárůst chronických onemocnění a stárnoucí populace, a tak jsou i zde sestry nedílnou součástí při poskytování péče a vydávání předpisů pro tyto pacienty. (Binkowska et al., 2016; Kroezen et al., 2014)

Těsně před zavedením těchto kompetencí byl zde prováděn výzkum na připravenost a pocity sester. Jen velmi malé procento (12 %) zdravotních sester se cítilo dostatečně připravených na navýšení kompetencí a jako hlavní důvod viděly nedostatečnou farmakologickou průpravu. (Ling et al., 2018) Pro sestry pak tedy bylo rozhodně útěchou, že k předepisování bylo nutné absolvovat právě kurz s farmakologickým zaměřením. (Kroezen et al., 2014)

Polsko

I Polsko je jednou ze zemí, která se rozhodla reformovat kompetence sester, a tak i zde probíhaly diskuze a výzkumy na implementaci sesterského předepisování. I když šetření, která proběhla před zavedením nezněla zcela optimisticky a většina dotazovaných sester se necítila být na navýšení kompetencí připravená, jsou polské sestry od roku 2015 oprávněné předepisovat léčivé přípravky po dostudování bakalářského nebo magisterského programu. A právě takové vzdělání bylo hodně diskutovaným tématem právě předimplementačních šetření, kde se dotazovaní shodovali na minimálně bakalářském stupni (Marc et al., 2018; Binkowska et al., 2016).

Další vybrané země

Oprávnění předepisovat léčivé přípravky není již výhradou lékařských pracovníků. Ve světovém rozsahu se lze setkat s různými profesemi, kterým je tato kompetence umožněna. Nejedná se pouze o personál z řad sester, ale i farmaceuty a pracovníky některých dalších oborů. Zastoupení sesterské a lékárenské profese je však oproti jiným nelékařským profesím s touto kompetencí nejmarkantnější. Navyšování kompetencí v předepisování není vstřícným krokem pro nelékařské profese, ale pouze volbou států ke zmenšení trhliny v nedostatku lékařských pracovníků (Fong et al., 2015; Ling et al., 2018; Maier, 2019).

USA

Předepisování sestrami existuje v USA od 60. let. Jako hlavní důvod se uvádí snížení pracovní zátěže a zlepšení dostupnosti péče i v odlehlejších oblastech. Vývoj byl pozvolný a závisel všeobecně na vývoji ošetrovatelské praxe. V počátcích byla jistá omezení, kdy sestra směla předepisovat jen za jistých pravidel a byla omezená na přímou kontrolu lékaře, tzv. závislá preskripce.

V roce 2005 bylo 13 států, kde byla již zavedená nezávislá preskripce, a nyní je to již více jak 21 států. Vývoj vzdělávání sester ve farmakologii je datován již kolem roku 1998 a neustále pokračuje dle aktuálních změn a potřeb. V současné době je rozdílné vzdělání i rozsah předepisování dle jednotlivých států. Dále jsou pak některé další drobnější a přesnější požadavky, které jsou stanoveny konkrétními státy. (Fong et al., 2015; Courtenay et al., 2018).

V literatuře je nejvíce oceňovaným přínosem předepisování na venkově a v ambulantní péči, kdy sestry předepisují výrazně častěji. Podílejí se zde na zachování kontinuity léčby chronických nemocí, ale i běžných akutních onemocnění, jakými jsou například infekce horních cest dýchacích (Fong et al., 2015).

Kanada

Na konci 60. let vedl nedostatek lékařů a vývoj ošetřovatelství k formování role sestry i v oblasti předepisování léčiv. Avšak chybělo zde legislativní ukotvení, které by tyto tendence podpořilo. V 70. letech se úpravou vzdělávání docílilo stavu, kdy sestry vykonávaly alespoň závislou preskripci pod dohledem lékaře, a to zejména v městských obvodech. 80. léta byla zlomová, avšak nečekaným směrem a předepisování sestrou bylo pro slabou politickou podporu úplně zrušeno. V průběhu dalšího desetiletí došlo k rozvoji zdravotní péče obecně, ale začal se klást větší důraz na primární péči, což v Kanadě znamenalo návrat k předepisování sestrou. Byl tedy zaveden speciální vzdělávací program a registrace. Kanada je rozdělena na několik provincií a dle nich se může lišit rozsah předepisovaných léčiv zdravotními sestrami. (Fong et al., 2015)

Nový Zéland

Toto téma zde bylo v řešení již před rokem 2000, kdy byli pověřeni ministerští pracovníci k rozvoji této oblasti. Do roku 2014 však mohly zdejší zdravotní sestry předepisovat jen určitou skupinu léků či tzv. nouzový balíček až na tři dny. Aby však i nyní mohly předepisovat bez významnějších omezení je potřeba minimálně čtyřletá zkušenost z konkrétní oblasti praxe a absolvování magisterského studijního programu, který zahrnuje relevantní teorii i praxi v oblasti předepisování léčiv nebo dokončení rovnocenného zahraničního klinicky zaměřeného magisterského studia. To vše hodnotí Ošetřovatelská rada Nového Zélandu a uděluje dle toho oprávnění jednotlivým žadatelům. K tomu je také každé tři roky vyžádáno přezkoušení pro prokázání zachovalé způsobilosti a dokládání celoživotního vzdělávání. (Fong et al., 2015) Nový Zéland je jednou ze zemí, kde sesterské předepisování hraje významnou roli, vzhledem ke stárnoucí populaci a jejich chronickým onemocněním. Tyto sestry tak významně ulehčují lékařům při předepisování právě chronických medikamentů. (Ling et al., 2018)

Austrálie

V Austrálii je od roku 2000 zákonem povoleno, aby zdravotní sestry předepisovaly léky. Je to však podmíněno magisterským studiem a roční registrací. Dále také dokládají, že se v oboru pravidelně vzdělávají a mají tedy aktuální informace z farmakologie. V počátcích byly zaznamenány situace, kdy sestry čekaly na schválení registrace bez odezvy, to se již však díky mnohým legislativním změnám v průběhu let zlepšilo. Nově se jednotlivé sestry váží k jednotlivým institucím a lokalitám a předepisují léky dle určeného seznamu. (Fong et al., 2015)

Tabulka 2 Sesterská preskripce ve vybraných zemích

Rok zavedení	Země	Získání oprávnění	Rozsah preskripce
1969	USA	Magisterský program	Odlišnost v jednotlivých státech
1990	Kanada	Specializační vzdělávání + registrace	Odlišnost dle provincie
1992	Velká Británie	Univerzitní program	Bez preskripčního omezení
2001	Nový Zéland	Magisterský program + praxe v oboru	Bez preskripčního omezení
2001	Austrálie	Magisterský program	Odlišnost dle lokality a nadřízené instituce
2012	Nizozemsko	Magisterský program	Odlišnost v rámci specializace
2016	Polsko	Magisterský program	Vybrané skupiny léčivých přípravků

2. Použité metody

Toto šetření je dílčí součástí evropského projektu DeMoPhaC, probíhajícího ve 14 evropských zemích. Cílem projektu je popsat a analyzovat roli sestry ve farmakoterapeutické péči z pohledu sester, lékařů a farmaceutů. Práce se zabývá touto rolí z pohledu sester v České republice.

Výzkumné otázky

1. Jaké je v současnosti postavení sestry v multioborovém týmu zajišťujícím farmakoterapeutickou péči?
2. Jaké jsou silné a slabé stránky role sestry v multidisciplinárním týmu a jaké jsou případné příležitosti a hrozby této role do budoucna?

Účastníci výzkumného šetření

Cílovou skupinou pro toto šetření byly zdravotní sestry pracující bez odborného dohledu, u kterých se dle pracovní anamnézy očekávaly zkušenosti v dané problematice. Proto byly osločovány sestry s dlouholetou praxí či ze sféry středního a vyššího managementu napříč různými obory a z různých typů zařízení. Záměrem výběru bylo získat ke spolupráci jedince s množstvím osobních i odborných zkušeností ze sesterské praxe. Každý ze zúčastněných byl před započítím rozhovoru požádán o podepsání informovaného souhlasu a o poskytnutí několika demografických dat.

Sběr dat

K získání dat byly realizovány individuální polostrukturované rozhovory, které probíhaly v období od ledna do listopadu roku 2019, a to vždy v přirozeném prostředí dotazovaného. Před samotným rozhovorem, byly poskytnuty bližší informace o průběhu a účelu šetření a každý účastník byl požádán o podepsání informovaného souhlasu, ve kterém byl uvedený i souhlas s pořízením zvukového záznamu rozhovoru pro další zpracování. Účast v šetření byla dobrovolná.

Během rozhovoru byly participující sestry nejprve požádány o volné vyjádření vlastního názoru a zkušeností v níže uvedených bodech a následně jim byl prezentován návrh identifikovaných oblastí a činností, ke kterým se měly dále vyjádřit.

- Zhodnocení současné role sestry ve farmakoterapeutické péči, co by měla vykonávat a za co být zodpovědná.
- Stanovení konkrétních činností, za které by měla sestra být odpovědná vzhledem k předchozím oblastem.
- Vyhodnocení současného stavu multidisciplinární péče a popis ideálně funkční spolupráce.
- Stručná SWOT analýza současného postavení sestry a případné implementace modelu.

Analýza dat

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány a následně přepsány do textové podoby pro účely analýzy. Pro analýzu dat bylo využito metody otevřeného kódování s následnou kategorizací dat. S narůstajícím počtem rozhovorů, a tedy i získaných dat, rostl i počet jednotlivých subkategoríí. Průběžně se počet kategorií v různých stupních rozšiřoval a upravoval v závislosti na nově získaných datech.

3. Výsledky

Participující skupina

S účastí v šetření souhlasilo 12 sester z různých oborů, se kterými byly rozhovory uskutečněny, bližší charakteristika participujících sester je znázorněna níže (Tabulka 3). Průměrný věk participujících byl 47 let a jejich průměrná délka praxe činila 24 let.

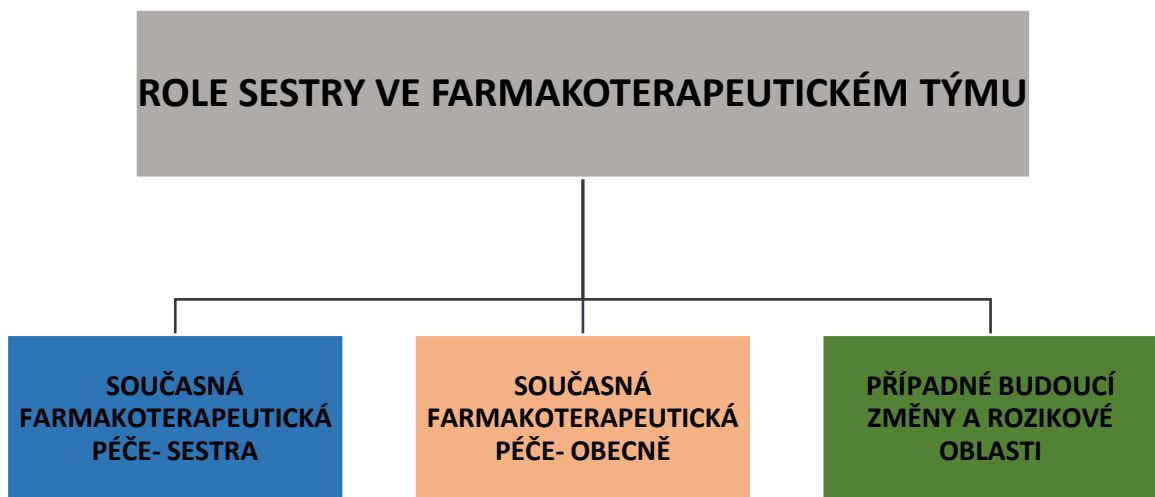
Tabulka 3 Participující sestry

ÚČASTNÍK	OBLAST PRAXE	ZAMĚŘENÍ PRAXE	DÉLKA PRAXE
S_1	Komunitní péče	Střední management	37 let
S_2	Nemocniční zařízení	Střední management	14 let
S_3	Nemocniční zařízení	Střední management	30 let
S_4	Jiná oblast péče	Vrcholový management/legislativa	32 let
S_5	Mimo přímou péči	Oblast výzkumu	25 let
S_6	Nemocniční zařízení	Vrcholový management/legislativa	30 let
S_7	Nemocniční zařízení	Vrcholový management/legislativa	18 let
S_8	Nemocniční zařízení	Vrcholový management/legislativa	18 let
S_9	Komunitní péče	Střední management	30 let
S_10	Pobytová zařízení	Střední management	15 let
S_11	Psychiatrická péče	Střední management	20 let
S_12	Psychiatrická péče	Vrcholový management/legislativa	26 let

Hlavní výsledky

Pro zpřehlednění výsledků je prezentace rozdělena do tří hlavních kategorií dle vytvořené analýzy, která je i zpětným odrazem dotazovaných bodů. První kategorie je zaměřena konkrétně na sestru, její současné postavení a činnosti. Druhá kategorie pojednává o současné farmakoterapeutické péči obecně a poslední část se zaměřuje na možné budoucí změny a jejich návrhy úprav. Kompletní schéma kódování je součástí přílohy (Příloha 1) a dílčí části jsou uvedeny vždy u aktuální oblasti.

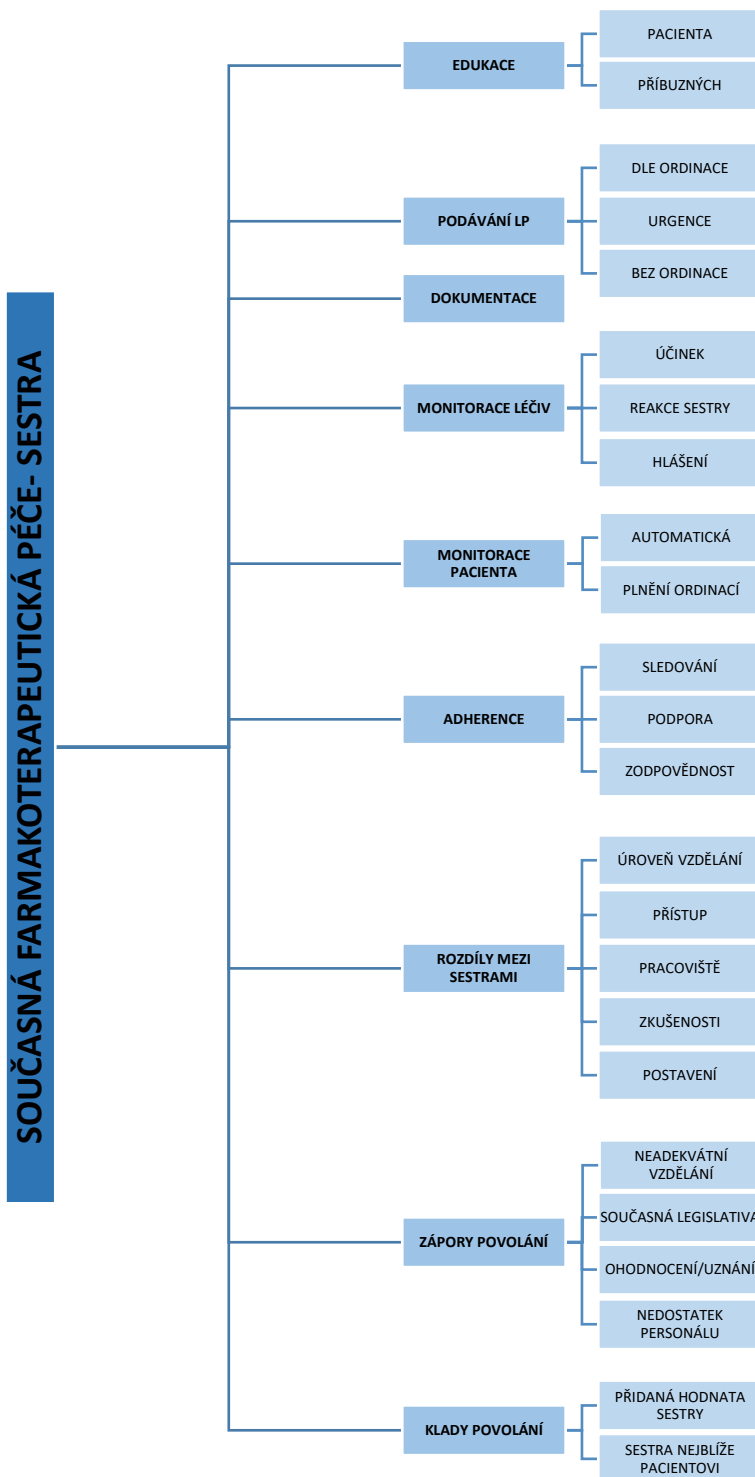
Obrázek 2 Hlavní kategorie



3.1. Současná farmakoterapeutická péče zaměřená na sestru

První ze tří hlavních kategorií je zaměřena podrobněji na konkrétní činnosti sestry, jejich rozdílnosti, a také uvádí klady a zápory tohoto povolání. Toto téma je dále členěno do 9 subkategorií a u většiny byly také vydefinovány i subkódy pro zpřehlednění analýzy a možnost detailnějšího popisu.

Obrázek 3 Současná farmakoterapeutická péče-sestra



Edukace

První z vydefinovaných činností sestry je edukace, podrobnější analýzou bylo zjištěno, že informace lze dále rozdělit na edukaci pacientů a příbuzných.

Pacient

Edukace je zde prezentována jako důležitá činnost, která ovlivňuje celý léčebný proces i rekonvalescenci pacientů. Je zde viditelný prostor pro možné úpravy tak, aby byla edukace ze stran sesterského personálu co nejefektivnější.

S_6 Ta komunikace s pacientem, aby zahrnovala tu edukaci...Podporu sebepéče...

S_4 ...to je tak široké téma, že je třeba se jím tak zabývat, že je třeba to těm pacientům vysvětlovat laicky, lidsky. Protože z toho máte největší užitek, protože i to vám usnadní ve finále tu práci.

S_5...je to zase věc, kterou ty sestry samozřejmě mohou dělat už dneska. Dá se to /role sestry v edukaci/ kultivovat a dá se v tom nějakým způsobem pracovat.

Dále se zde uvádí, že je potřeba přemýšlet nad individuální formou edukace, kterou pro daného pacienta zvolíme. Konkrétněji je pak popisována rozdílnost mezi pacienty s různou mentální úrovní, ale také určitá specifika spojená s některými konkrétními onemocněními. Mezi uváděnými příklady je rozdíl mezi dítětem a vysokoškolsky vzdělaným člověkem, stejně jako atypičnost různých psychiatrických diagnóz.

S_10 Ta edukace je důležitá. Zapojení do léčby těžko, protože spousta klientů je, třeba jsou s demencí, tak třeba jim řeknete, že mají nový lék, ale ti lidé mají demenci, tak to zapomenou za chvíli.

S_12 Komunikace s psychiatrickým pacientem je velice individuální, je to zaměřeno dle jeho diagnózy. Jinak se komunikuje s psychotickým pacientem, jinak s mentální retardací, závislostní problematika je taky velice specifická. Takže ta sestřička opravdu musí vycítit jakou formou mu má sdělovat informace... aby tomu ten pacient porozuměl, takže pak následují dotazy na pacienta, zda tomu rozuměl, jestli se nechce nebo nepotřebuje na něco doptat.

Také se zde poukazuje na možnosti využití různých způsobů edukace, které by měly být přímo úměrné právě k mentálnímu a zdravotnímu stavu pacienta. Jedním z příkladů je dostupnost tištěných edukačních materiálů, které si může pročíst i sám pacient a bude-li chtít nebo potřebovat, zeptá se sestry na další informace.

S_12 Máme tady i různé letáčky, informace nám visí na nástěnkách, takže pacienti po přečtení a kdykoliv mohou přijít za sestřičkou ona jim to dovysvětlí, takže i tato forma je možná.

Stejně tak jsou uváděna i specifika pro různá odvětví. V získaných informacích se hovoří o návycích, které si sestra osvojí během práce na určitém druhu oddělení, tedy naučí se činnosti i v oblasti edukace, které jsou právě pro dané konkrétní oddělení potřebné a užitečné.

S_6 ...ta sestra, která potom tady pracuje, se specializuje právě na tuto oblast. Nebo diabetes, taky tam jsou určité detaily ... máte celou řadu oblastí, kde je pak potřeba jít mnohem více do detailů...

V této souvislosti se hovoří o možnostech, zda je dobré, aby všechny sestry měly základní přehled o velkém množství edukačních oblastí, nebo zda by nebylo výhodnější využít zájmu a potenciálu některých jedinců, aby se užší problematikou zabývali podrobněji a detailněji. Zde je považována varianta se specialisty za efektivnější metodu edukace.

S_4 Můžete to hnát tou cestou, že všichni známe ne všechno, ale hodně věcí, anebo si vytvářet specialisty na určité činnosti...protože to je efektivnější.

Z analýzy vyplývá, že je také důležitá edukace zaměřená na Lp. Součástí této edukace je dle názoru našich participujících sester vysvětlení pacientovi, co konkrétně za lék mu podáváme, jaký očekáváme efekt a za jak dlouho by se účinky měly dostavit.

S_11...edukace pacienta to je beze sporu.... měla by být schopna vysvětlit proč ten lék pacient bere, jaký může mít pro něj přínos...motivace k užívání léčiv je důležitá, takže tam rozhodně by měla být kompetentní tohle zajistit.

S_3 Komunikace s tím pacientem, určitě sdělovat těm lidem co, co jim vlastně vůbec dáváme, proč jim to dáváme a co by jim to mělo udělat, popřípadě neudělat.

S_4...když ho dobře edukujete, řeknete mu, že „v momentě, kdy se Vám bude dělat špatně“, protože mu dáváte léky na tlak a víte že může mít teoreticky hypotenzi, nebo když se mu bude točit hlava, že musí zazvonit a nesmí vstát sám, protože jinak spadne, rozbije si hlavu a bude tady déle, než jsme chtěli, tak samozřejmě to pochopí i laik.

Edukace pacienta zaměřená na Lp je zde tedy svěřena do rukou sester, někdy ve spolupráci s lékařem. Ale zde je popisována sestra jako hlavní článek, protože ona je vykonavatelem lékařských ordinací, tedy osobou, která daný lék pacientovi podává. Je zde viditelný prostor pro úpravy jako je dostatek času na edukaci a potřebné informace, aby edukace mohla adekvátně probíhat.

S_5 ta edukace pacientů probíhá u těch sester už dneska, neříkám, v jaké kvalitě a jak, ale považuji to zase za věc, kdy určitě by se ta role sestry dala posílit. Myslím si, že podávání informací o léčivém přípravku, že i to ty sestry dělají, že ty pacienti běžně poučí.

S_7 Edukaci pacienta samozřejmě provádí dneska sestry, podávání informací o léčivých přípravcích, to už taky dělá dneska sestra, takže rozhodně ano, za mě ano.

S_4 daleko větší edukace nastává v případě, že je to léčivo nově nasazené, tam teda je to už ve spolupráci s lékařem, tam by měl informovat i lékař a eventuelně, jakým způsobem toho pacienta poučit.

Jako příklad se zde uvádějí edukace při aplikaci nízkomolekulárních heparinů při podávání léků na bolest ale i při převazu ran, kdy je různorodost možností použitého materiálu specifická pro dobu ponechání na defektu, a tím se tedy liší i intervaly převazů. Je zde tedy kladen důraz na specifičnost jednotlivých lékových skupin, ke kterým je potřeba při edukaci odlišně přistupovat.

S_4...je dobré tu edukaci vázat k určitým skupinám léčiv, aby ony pochopili, proč zrovna mají informovat toho pacienta, když zrovna aplikují nízkomolekulární hepariny a tyhle léčiva, z jakého důvodu, aby měli tu znalost, proč je důležité to tomu pacientovi říct.

S_2...ted' vám převážu tady nohu tím a tím, třeba mastným tylem, který by tam měl být i delší dobu, že tam má být tři dny, prostě i o tomhle by ty sestřičky měly vědět, aby to řekly pacientovi, protože převážu nohu pacientovi Inadinem a druhý den zvoní, že chce zase převaz, ale to je trošku už je nanic.

Je zde také uváděno, že je pacientům potřeba vysvětlit i to, co by se mohlo stát, kdyby potřebné léky neužívali. Vysvětlit různé spojitosti, aby si pacient uvědomil, jak je důležité užívat medikaci správně, tak jak ji lékař předepsal.

S_2Musí mu vysvětlit, že ty léky by se opravdu měly brát, že když se nebudou brát, třeba i postrašit si myslím, ne tedy hodně.

Uvádí se zde vliv na psychiku pacienta, který sestra bezpochyby na pacienta má, a který velmi může ovlivnit jeho prožitek i vnímání účinku podaného léku. Pokud je pacientovi vysvětleno, jaký lék je mu podáván a sestra například uvede, že to je lék, se kterým mají dobré zkušenosti, že si ho pacienti chválí, může být jeho přístup a vnímání pozitivně ovlivněno.

S_11 dobře okomentuje a vysvětlí tak že ten člověk je skutečně přesvědčený, že to je skutečně "TO" co mu pomůže. Že řekneme, tenhle lék na bolest s tím máme velmi dobré zkušenosti, ten vám určitě uleví. Tak samozřejmě to bude mít lepší efekt, takže ta komunikace je důležitá.

Příbuzní

Zmiňována je zde i edukace příbuzných, která může být u některých skupin pacientů zásadní. Uváděny jsou zde například staří lidé, kteří se již nedovedou sami o sebe postarat, ale také děti, za které rodiče rozhodují, a o které se samozřejmě starají, podávají jim naordinované léky apod.

S_9 my hodně edukujeme rodinu, pečující osobu, aby sledovala, aby nám řekla, pokud toho ten pacient není schopen...

S_11 Ta edukace si myslím že by se měla rozšířit na blízké toho pacienta, mají stejné otázky a chtějí vědět, jak ta léčiva fungují... ta rodina musí také vědět proč ty léky bere, jestli když vynechá, je to problém, co mají dělat, když jim léky dojdou...

S_6 jsou určité skupiny pacientů, pro které je to strašně důležité: jsou to děti, jsou to lidi starší...Ale někteří pacienti si myslím, že ano. Prostě je jich hodně, kde je to důležité.

Podávání léčivých přípravků

Dle ordinace

Zaměříme-li se na informace o podávání běžné medikace, je zde sestra uváděná jako kompetentní osoba, která musí být schopna zajistit aplikaci léčivých přípravků různými cestami podání, a která je zodpovědná za správné provedení ordinace lékaře. Také se zde podotýká potřeba správného provedení lékařského zápisu, tedy správný a čitelný zápis ordinace.

S_11 A pak jde ještě o to podávání léků... jsou i různé cesty podávání léků, takže tam se očekává ať to podává perorálně nebo parenterálně, že je schopná zajistit to podání.

S_3...sestra by měla zodpovídat za ordinace lékaře...která by měla být srozumitelně napsaná, co se týče dávkování, jako by výšky dávky, času podání, rychlosti a kolik toho léku podat, tak to je samozřejmě podle mě čistě lékařská..... aby správně ten lék připravila a podala ho v těch časových intervalech, ve kterých je to určené.

S_10 Tak v podstatě v našem zařízení léky připravuje sestra, podává sestra, jsou si, zato sestry zodpovědný.

Jsou zde připomenuty i standardy a různá bezpečnostní opatření, které je při podávání léků potřeba dodržovat, a to ať už se jedná o správně provedený zápis ordinace lékaře, záznam podání léčivých přípravků nebo o přípravu léků přímo v aktuální čas pro konkrétního pacienta.

S_12...každý pacient má svou denní aktuální medikaci na každý den a podle toho sestra individuálně přímo před pacientem lékuje. To je teď nově, je to i z legislativy, jsou to i bezpečností resortní cíle.

Jak již bylo zmíněno, sestra podává léčivé přípravky dle ordinace lékaře. Je zde však uveden příklad běžné medikace, která se upravuje v závislosti na danou hodnotu. Takovýmto lékem je například inzulin, který se upravuje v závislosti na aktuální hodnotě krevního cukru. Z uvedených zkušeností vyplývá, že v některých zařízeních mohou být nastavené konkrétní podmínky, kdy má sestra přesně určeno, při jakých hodnotách krevního cukru má podat nebo nepodat patřičné množství inzulinu.

S_6...na základě výsledku, tam říkali jsme tomu Sliding Scale...podle toho ta sestra pak upravovala tu dávku a jenom, když ten výsledek byl příliš vysoký, nebo naopak příliš nízký, tak volala toho lékaře. Ale jinak, když to bylo v rámci těch mezí, tak to upravovala podle toho, jak ta Sliding Scale byla nastavena. Pro každého pacienta to bylo třeba nastaveno jinak, ten lékař to nastavil, ale jak to bylo nastaveno, tak ta sestra to podávala ten inzulin a nevolala lékaři a neptala se pokaždé lékaře, co má dělat.

S_3... měl by ohraničit to rozmezí, když je takový tlak můžu podat tolik toho tolik a můžu podat za takový časový úsek. Takže pokud je to zapsané v ordinaci, tak ta sestra by měla mít tu možnost se tím řídit.

Jednou ze zmíněných situací je i podávání léčivých přípravků tzv. dle potřeby. Jedná se o léky, které jsou podávány mimo běžnou medikaci v závislosti na aktuálním změněném stavu pacienta. Tato medikace je zde také označovaná jako fakultativní, často může být již zaznamenána v dokumentaci pacienta a sestra ji má k dispozici. Dotazované sestry popisují, že lékařem jsou stanoveny podmínky, za kterých je možné lék podat, někdy také rozmezí dávky, se kterou může sestra dle aktuálního stavu pacienta nakládat.

S_11 Takže to si myslím že je správná cesta, aby lékař tedy ordinoval, čímž vymezí tedy nějaké mantinely a sestra pak už se rozhoduje na základě svého posouzení co z toho použije.

S_1 Závislá preskripce léků indikovaných lékařem, to funguje, to sestřičky dodržují, léčivé přípravky pacientům podávají a zaznamenávají to do zdravotnické dokumentace.

Mezi uváděné příklady patří léky ke snížení zvýšené tělesné teploty, léky na zmírnění nevolnosti či medikace určená při nespavosti. Tyto léky bývají, dle participujících sester, běžně součástí pacientovi dokumentace a sestra je může v případě potřeby použít, aniž by musela žádat lékaře o svolení v konkrétní daný čas.

S_10 Máme třeba u některých klientů medikaci podle potřeby, že třeba, když třeba víme, že je to u chronických onemocnění...třeba léky při bolesti...

S_9 Prostě pacient zvrací. Lékař mu naordinuje Degan tablety nebo Degan injekci. Pacient má ty injekce u sebe doma, my tam přijedeme, pokud pacient zvrací i tabletu Deganu, tak mu nebudu ordinoval další, ale aplikuju mu již injekci. A je to už pouze na mně.

S_12 třeba pacient v noci nespí, tak my máme v té denní medikaci fakultativní medikaci, nespavost, kterou tu sestřička může podat sama

Urgence

Podávání medikace sestrou v urgentních situacích je jedním z dalších bodů, ke kterým se participující sestry vyjadřovaly. Zkušenosti i názory jsou rozdílné.

Dotazované sestry jsou si vědomy, že nejsou kompetentní k tomu, aby samy z vlastní indikace podávaly léčivé přípravky ani v neodkladných situacích. Má-li k dispozici fakultativní medikaci nebo jiné léky, které jsou již zaznamenány v dokumentaci pro možnost použití, je oprávněna je podat, pokud stav pacienta odpovídá popsané indikaci v dokumentaci. Jinou medikaci sestra bez ordinace lékaře podávat nesmí.

S_8 u neodkladných stavů, v tuhle chvíli intervence spočívá v tom, že zvedneme telefon, zavoláme lékaře. Pakliže máme dané hranice, můžeme se pohybovat v těch hranicích. V momentě, kdy naplníme hranici, už nevíme co dál, očekávaný výsledek se nedostaví, zase voláme lékaře.

S_2 jako sestra si nemůžu dovolit jako asi nějaký lék dát, ale zhodnotím situaci, volám lékaře. Pokud na mě zařve, že něco mám dát, tak jak už jsem říkala, prostě to dám, protože ten pacient jako, tam jde o vteřiny.

V souvislosti s podáváním léčivých přípravků u neodkladných stavů je dále zmíněno, že to jsou situace, kdy není možné počkat s podáním léků do doby po zapsání do dokumentace. Jedná se o situace, které nesnesou odkladu a prodleva v podání medikace by mohla mít fatální následky. V takových případech, jak se zde uvádí, často sestra podává léčivé přípravky jen po ústní ordinaci lékaře.

S_2 Ono to asi není možný čekat na toho doktora, aby to napsal, protože kolikrát je prostě nějaká rychlá akce. Kdyby sestra čekala, až doktor to napíše, že se má dát, řeknu nějaký Apaurin, podám ho, i když mi to doktor řekne jen ústně (per huba), ale musím tomu doktorovi věřit, že to napíše do té dokumentace, protože, jsem to již podala.

Také byl uveden příklad z intenzivní péče, kdy je prezentováno, že při léčbě vazopresorickými léky není vždy možné, aby úpravu dávky sestra konzultovala s lékařem, pokud není lékař přímo přítomen na oddělení. Sestry jsou si vědomy své nekompetentnosti v dané oblasti, ale závažnost možných důsledků na zdraví pacienta je pro ně přednější. Lékař je samozřejmě informován hned vzápětí.

S_1 intervence u neodkladných stavů tam hlavně v intenzivní péči jde o vazopresory, si myslím, takže tam sestra nemá ty kompetence v ČR, aby teda mohla řídit dávkování vazopresorů, ale někdy to není úplně možné, a tak si to sestřičky řídí samy a potom se s lékaři domlouvají až posléze.

Diskutabilní je zde i oblast možných úprav, kdy by mohla být sestra kompetentní k indikaci některých léčiv v neodkladných stavech ohrožujících pacienta na životě. Ani samotná participující sestra, která tuto oblast zmínila není zcela přesvědčena, zda by to byl krok správným směrem.

S_2 Tak nevím, jestli by bylo jako nějaký zamýšlením nad tím, když bude třeba nějaká zástava, jestli sestra by mohla něco podat. To nevím. Myslím, že už je to docela velký krok u té sestry, asi velká zodpovědnost. Osobně, bych to nechtěla, já osobně.

Bez ordinace

Ze zkušeností námi oslovených sester vyplývá, že jsou zařízení a oblasti, v kterých sestry samy indikují některé léčivé přípravky. Uváděn je zde příklad péče o rány a dekubity, kdy některé sestry bývají proškolené farmaceutickými společnostmi, které vybrané léčivé přípravky pro tuto oblast vyrábějí. Sestra je zde svým způsobem popisována za kompetentní osobu, která o průběhu této léčby rozhoduje ve spolupráci s lékařem.

S_10 To my si děláme taky sami (sestry rozhodují o léčbě dekubitů)...Ukazujeme to lékaři, samozřejmě, ale to gró (základ, léčbu) si děláme my.

S_9 pokud jsou to dekubity, tak my jsme proškolené, byla u nás farmaceutická firma, která nás proškolila, jak ošetřovat dekubity nebo jiné poškození kůže u terminálně nemocných, jak o ně pečovat...

Také zde byl uveden příklad ze zahraničí, který je popisovaný jako běžnou praxí. Konkrétní zařízení má stanovený seznam léků, které mohou sestry samostatně bez ordinace lékaře indikovat a podávat.

S_6... v Kanadě jsme měli nějaké určité léky, v té nemocnici, kde mohla ta sestra ty léky volně dávat těm pacientům. Nebyla k tomu potřeba preskripce lékaře, to jsme tak měli nastaveno v té nemocnici. Byly to takové ty běžné léky, které si normálně koupíte v lékárně, bez problémů.

Jedna z dotazovaných uvedla podobnou zkušenost z domácího prostředí. Zároveň podotkla, že je vždy potřeba podání nahlásit lékaři a řádně zaznamenat do dokumentace. Jednalo se tedy o zkušenost, která byla v závislosti na zvyklostech konkrétního pracoviště.

S_1 léčivé přípravky indikované sestrou, tady jsem se víceméně setkala s léky na teplotu nebo s nějakými jinými běžnými léky jako třeba na bolest. Ale i když sestra ty léky podá, musí to stejně nahlásit lékaři a musí se to zaznamenat do dokumentace.

Dokumentace

Další oblastí, která byla získána v souvislosti s analýzou sesterských činností je dokumentace. Dotazované uvádějí, že dokumentace veškerých činností je neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské praxe. Významná je z mnoha hledisek jako například pro zajištění bezpečnosti pacienta, aby bylo evidentní, které léky byly již pacientovi podány.

S_5 záznamy do zdravotnické dokumentace, tak ty určitě být musí, protože cokoliv se jako dneska se s pacientem děje, tak musí být zaznamenáno.

S_9 takže administrativa je dneska základ. Na to si sestra musí zvyknout a musí to tak mít. To se nedá nic dělat, ten zápis je velice důležitý i pro tu další sestřičku která pak to po ní přebírá a když si to otevře tak tam všechno důležité a potřebné uvnitř najde.

S_11 Záznam do zdravotnické dokumentace, to je jasné. To si myslím že je běžnou praxí. Dneska už každá sestra ví že podání léčiva musí dobře zdokumentovat.

Za důležitý je považován také záznam účinku fakultativní medikace, zde se například uvádějí léky na bolest. Tedy záznam o zhodnocení účinku podaného léků, ústup obtíží či vedlejší účinky.

S_11...dobře zdokumentovat včetně nějaké reakce, ale ty reakce alespoň z mojí zkušenosti je, že komentují u těch fakultativně podávaných léčiv... všímá reakce pacienta na ten lék to znamená jaké vnímá účinky pozitivní tak i negativní, a to by měla být schopná zaznamenat, eventuálně odreferovat lékaři.

S_4 U analgetické terapie to je jasné, tam musí být evidentní záznam o tom, zda léčivo zabralo, nezabralo podle způsobu podání, o které musí být, alespoň v naší nemocnici, evidovaný záznam, takže sledování po požití léčiva je zásadní informace, absolutní je to u opiátů, ale je i řada jiných léčiv, u kterých sledujeme další nežádoucí účinky, které by mohly být.

Je zde také popsána praxe z intenzivní péče, kde sesterská dokumentace obsahuje záznamy o všech činnostech a změnách v pacientově stavu, ale i příjmu stravy a potřebách pacienta. Autorka této informace popisuje tuto činnost jako běžnou každodenní praxi.

S_1 záznam do zdravotnické dokumentace, to na intenzivních lůžkách funguje, tam vlastně sestry všechno zaznamenávaly, všechno, co se týkalo pacienta i co se týkalo omezovacích prostředků, tak musí být do zdravotnické dokumentace zaznamenáno včetně bolesti, jakýchkoliv změn, stravy, jídla u diabetiků, a hlavně fyziologických funkcí a potřeb pacienta.

Dalším příkladem je fakultativní medikace, která je zde uváděna jako možná součást běžné dokumentace pacienta. Důraz je zde kladený právě na správný záznam v dokumentaci, který obsahuje všechny náležitosti zásadní pro správné vykonání ordinace sestrou.

S_3 A to zapsání o podání do té ordinace i tu možnost to podat, pokud je to uvedeno v té ordinace lékaře, výška dávky, časové rozmezí, za jak dlouho, kolik a tak, tak pak si myslím, že není problém, aby podle určitých parametrů kdy, v jaké situaci to může podat, tak myslím si, že není problém, aby to ta sestra podala a řádně zapsala.

Monitorace léčiv

Další vydefinovanou činností je monitoring léčivých přípravků sestrou. Tato oblast byla dále rozdělena na monitoraci účinku, reakce sestry a hlášení.

Účinek

Monitorace účinku byla často zmiňovanou činností, která souvisela s monitorací léčiv. Sestra je zde uváděna jako důležitý článek, jelikož ona je ta, kdo lék podává a zároveň je nejvíce s pacientem v kontaktu.

S_2 Já si myslím, že právě ta sestra vidí ten účinek jako první. Lékař to předepíše, ty jako sestra jdeš, podáš a samozřejmě čekáš. Když dáváš něco do žíly, tak prostě si počkám, jestli ta reakce není hned. Ty tabletky to není účinný hned, ale určitě ta sestra má na tom největší podíl.

S_5...sledování a monitorace nežádoucích a terapeutických účinků, domnívám se, že už je to v kompetencích dnes. Sestra má vyhodnocovat komplexní stav toho pacienta a samozřejmě pokud podává léky, tak má i samozřejmě vyhodnocovat možné, nebo upozornit lékaře na nežádoucí účinky.

S_6 Určitě monitorace, sledování těch nežádoucích terapeutických účinků, tak to určitě.

S_7...monitorace a sledování terapeutických a nežádoucích účinků, vždycky je to ta sestra, která zachytí ty první příznaky.

Ze zjištěných informací vyplývá, že častěji je pozornost zaměřena na monitoraci účinku fakultativně podávané medikace oproti běžně podávané chronické medikaci. Samotné dotazované sestry popisují sledování účinku právě například léků na bolest, jako běžnou součást jejich praxe, protože je takový lék podáván za přesným konkrétním účelem, se kterým je sestra v danou chvíli seznámena.

S_3...trošičku pokulhává sledování těch nežádoucích účinků, že spíš se zaměřujeme na ty terapeutické, ale že ty nežádoucí účinky nejsou až tak jako zakořeněné u těch léků.

S_11 ...jsou sestry zvyklé spíše hodnotit účinky léků fakultativně podávaných léčiv to znamená podávání léků na bolest, na spaní, na úzkost. Když něco takového podají tak potom se hodně vyptávají, "pomohlo vám to, ustoupilo, jak ustoupila úzkost" atp. Myslím, si že trošku méně sledují změny zdravotního stavu související s léčbou u těch pravidelně podávaných léčiv.

S_7 A co se týče sledování, tak to je zase běžná věc. U analgetické terapie to je jasné...absolutní je to u opiátů, ale je i řada jiných léčiv, u kterých sledujeme další nežádoucí účinky.

Tím je také poukázáno na skutečnost, že jsou dále opomíjeny i vedlejší a nežádoucí účinky léků, které mohou být zprvu považovány za příznaky onemocnění nikoliv za následek užití léků. Objevuje se zde však názor, že by sestra právě v této oblasti měla být dostatečně vzdělaná a danou problematiku včas rozpoznat, reagovat i informovat lékaře.

S_12 No tak samozřejmě sestra by měla vědět nežádoucí účinky léků, máme k tomu i e-learning, v tomto oboru jako sestry vzděláváme, měly by rozpoznat ty účinky, kdy už je něco špatně.

S_2 ...měla by o tom léku něco vědět, i o těch vytvořených mastičkách a pak by měla říct tomu pacientovi...

S_11...měla by teda znát ty nežádoucí účinky, aby si je spojila s těmi léky.

Jednou z navrhovaných variant je centrální registr, ve kterém by byly zaznamenány všechny léky jednotlivých pacientů, a který by sám upozorňoval na možné lékové interakce.

S_3...myšlenka centrálního registru, kde by vlastně byly zavedeny všechny léky, které ten klient bere a oni by, popřípadě mohli upozornit na to, že tenhle lék s tímhle lékem nejsou úplně jakoby dobře snášené.

Reakce sestry

Právě na výše zmíněnou monitoraci účinku navazují participující sestry diskuzí o tom, jak a kdy by měla sestra reagovat. Uvádí, že je důležité, aby sama správně rozpoznala účinky léků a případné nežádoucí nebo vedlejší účinky, byla schopná včasné reakce a případně i přivolání lékaře. Také je zde popsán prostor pro zlepšení v této oblasti.

S_5 Sestra má vyhodnocovat komplexní stav toho pacienta a samozřejmě pokud podává léky, tak má i samozřejmě vyhodnocovat možné, nebo upozornit lékaře na nežádoucí účinky, a myslím si, že posílení její role je v této oblasti určitě možné je.

S_1...sestra měla vědět a znát nežádoucí účinky léků, které podává a měla by na to umět reagovat, jako v případě alergické reakce. I na druhou stranu, kdy ten lék zafunguje, tak by to měla zaznamenat do dokumentace a oznámit lékaři.

S_7...sestra při zachycení jakýchkoliv nežádoucích účinků, teda zastaví tu infuzi, že je jasné. A druhým bodem, že komunikuje s lékařem...

Hlášení

Jednou ze zmíněných možností, jak by mohly/měly sestry reagovat v případě zjištění nežádoucích/vedlejších účinků je ohlášení lékaři, ale také záznam do příslušné dokumentace. Komunikace mezi sestrou a lékařem je zde popisována jako funkční, kdy sestra běžně předává lékaři informace ze svého pozorování, aby lékař mohl případně medikaci pacienta upravit.

S_1 Hlášení nežádoucích příhod...nějaké alergické reakce na určitá léčiva, aby teda lékař o všem věděl.

S_12... pak tam samozřejmě nastává ta samá věc, jakože sleduje účinky a přenáší tuhle informaci dál.

S_3 To hlášení těch nežádoucích příhod, veškerá ta od vyrážek přes nevím co, můžou mít bolesti hlavy, závratě, prostě nějaké nežádoucí účinky.

S_12...nahlašovat ošetřujícímu lékaři, který pak vlastně změní, nebo to už je pak na něm co s tou medikací, nebo co s tím konkrétním lékem udělá.

S_11 ...vnímá účinky pozitivní tak i negativní, a to by měla být schopná zaznamenat, eventuelně odreferovat lékaři.

Také je zde popisování přímo spolupráce s farmaceutem, kde jsou nežádoucí účinky nahlášený přímo jemu a on dále předává informace příslušnému úřadu (SÚKL).

S_12 Nahlásí to lékaři i samozřejmě vedoucímu do lékárny a tuším, že toto se hlásí i SÚKL, takže ano i to tu funguje.

Zaměříme-li se na hlášení těchto událostí mimo pracovní kolektiv je zde uvedeno, že je již dobře zažitá hlášení nežádoucích událostí, jakými jsou například pády a dekubity pacientů, ale těch, které vznikají v souvislosti s léčivými přípravky je oznámeno méně.

S_4... toho je nahlášeno. Jak jsme se naučili pády, naučili jsme se dekubity...U těch léčiv takto vnímané stále není...

Monitorace pacienta

Další vydefinovanou činností je sledování pacienta. Názory participujících sester lze dále rozdělit na monitoring automatický a v závislosti na plnění lékařských ordinací.

Automatický

Automaticky je komplexní sledování pacienta popisované na jednotkách intenzivní péče a také při poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí. V obou případech je zde důležitým prvkem časový prostor pro komunikaci, který vzniká nižším počtem zúčastněných osob.

S_1...identifikace změn zdravotního stavu, obtíží a potřeb pacienta, tohle si myslím, že na JIP děje, že vlastně to sestry hlídají a každou změnu hlásí lékaři a s pacientem jednájí i podle jeho obtíží, uleví mu, jak ten pacient vlastně potřebuje.

S_8 Dlouhodobé sledování, tak se spíše týká té domácí péče než té nemocnice, kde teda tam ten člověk většinou není tak dlouho, že by se to dalo nějakým způsobem vyhodnotit.

Také je zde uvedený názor, že v této činnosti se významně uplatňují dosavadní zkušenosti a vzdělání sester. Sestra je zde přítomným personálem, který primárně pozoruje a posuzuje změny stavu a případně dále hlásí lékaři.

S_12 Identifikace změn zdravotního stavu, obtíží a potřeb pacienta...ta sestřička vychází ze svých znalostí, ze své praxe, zkušeností... Pokud se nám někdo dekompenzuje, tak samozřejmě je na zhodnocení té sestřičky, aby ten stav vyhodnotila. Pokud dozná to, že je potřeba lékaře, tak volá lékaře.

S_11 sestry to dělají, otázkou je, jak erudovaně, jestli to dělají intuitivně nebo jestli se na to připravily.

Plnění ordinací

Zaměříme-li pozornost na činnosti spojené s plněním ordinací, tak se zde uvádí, že sestřám chybí propojení mezi podávanou medikací a předepsanými činnostmi, tedy hledání důsledků působení konkrétního léčivého přípravku na lidský organismus.

S_8 Potom co jí lékař napíše do ordinací, že má sledovat močení nebo příjem a výdej tekutin, třikrát denně změříme tlak, tak ona to změří, protože to má napsané tak ví, že to má udělat, ale třeba ani neví v návaznosti na co, ta ordinace vznikla.

Jedním z názorů je, že by sestry měly znát spojitosti mezi podávanými léky a vykonávanými činnostmi, které lékař předepisuje. Na druhou stranu je zde připomenuto, že sestra má vykonávat vlastně jen to, co lékař naordinuje a vlastní iniciativa sestry by mohla být hodnocena jako nevyžádaná ordinace, což je vlastně nežádoucí.

S_8 Mám-li léky na tlak, budu měřit tlak, pakliže mi tuto ordinaci lékař naordinuje, jinak je to nevyžádaná ordinace a dělat se to nemá, ta sestra ty kompetence v tuhle tu chvíli nemá. A je to na všech stupních, ať se bavíme o standartních odděleních nebo JIPech, prostě ten doktor vlastně zodpovídá za úplně všechno.

Adherence

Mezi činnostmi, které byly našimi sestrami uváděny patří i sledování, podpora a zodpovědnost pacienta k léčbě, tedy jeho adherence.

Sledování

Dle získaných informací je sledování adherence pacienta běžnou součástí sesterské praxe. Je uváděno, že sestra při podávání léčivých přípravků, ale i běžně při jiných činnostech, kontroluje, zda pacient léky užil a zda dodržuje terapeutický režim určený lékařem.

S_5 Dodržování terapeutického režimu, taky si myslím, že v podstatě funguje. Ty sestry, když podávají léky, tak sledují, jak je dodržován terapeutický režim, a jsou schopné na to zareagovat.

S_11 Monitoring a sledování terapeutického režimu, tam se teda myslí, jakože když někdo bere perorálně antibiotika, že je teda dodržuje, s tím související dietu a podobně.

Podpora

Součástí sesterské činnosti je dle analýzy informací i podpora adherence. Je zde popisována důležitost podpory vzhledem k užívání medikace tak, aby pacient chápal podstatu a potřebu užívat předepsané léky přesně podle nastavení lékaře. Důležitá je i podpora k získávání soběstačnosti v této oblasti či případné zapojení rodiny.

S_11 Podpora sebeděče... To je ve vztahu k našemu oboru důležité to, aby pacienti převzali odpovědnost za užívání léků. Pochopit proč je užívají a pak si je sami připravit, nadávkovat eventuelně s nimi umět zacházet... intervence pro to, aby člověk pochopil, proč má ty léky brát a byl motivovaný a z dlouhodobého hlediska je užíval.

S_1 Podpora sebeděče...aby ten pacient byl co nejdříve schopen se sám o sebe postarat a případně zapojujeme i rodinné příslušníky.

S_3 Podpora té sebeděče, ale zároveň kontrola toho, jestli ten člověk je schopen vůbec sám ty léky nějakým způsobem...

Také se zde uvádí, že je ke správné podpoře potřebné vzít v potaz zázemí pacienta, tedy domácí prostředí, ve kterém se bude po propuštění z nemocnice dále zotavovat, zda je plně soběstačný nebo jestli je závislý na pomoci druhých.

S_6...rodinná situace, že to není pacient, který si sám ty léky podává nebo připravuje a je tam třeba rodina... nebo v jakém prostředí to probíhá. Neprobíhá to jen v té nemocnici, ale probíhá to v tom domácím prostředí: tak jak to tam vypadá, kdo tam připravuje ty léky atd.

Dále je zde kladen důraz na nastavení reálného plánu pro dodržování léčebného režimu, s ohledem na možnosti a konkrétní přístup daného pacienta. Právě reálnost plánu je zde zmíněna jako velký ukazatel úspěšného dodržování ze stran pacienta.

S_6 terapeutický režim musí být dodržován, ale to dodržování, to je také součástí právě toho přístupu k pacientovi...nějaký takový režim, na čem se dohodneme...spolupracuje ten zdravotník a ten pacient, že tam není stanovený nějaký terapeutický režim, že to je reálné. Když je to nereálné, tak to asi nebude dodržovat.

Za možnosti podpory jsou dále uváděny různé edukační skupiny, ergoterapie, jakožto psychoterapeutické metody a celková příprava na život mimo zařízení, ale také seznámení s možnostmi léčby či nefarmakologickými metodami, které mohou být v souvislosti s konkrétní diagnózou použity.

S_6...informace o nějakých alternativách...nějaké nefarmakologické metody, které běžně používáme nebo mohli bychom používat...pacient v rámci self-managementu své nemoci by o nich měl vědět taky.

S_12 byl schopen se postarat sám o sebe i po propuštění. Takže na oddělení probíhají edukační skupiny, co týče jejich onemocnění, podávání léků, toto provádějí sestřičky ve spolupráci s lékaři nebo i s psychology. Takže máme tady i třeba rozsáhlou ergoterapii, která pro ty pacienty vytváří ten obrázek, co se týče vaření a tak. Máme tady kuchyni, prádelnu...

Zodpovědnost

Význam je zde kladen také na zodpovědnost, která k adherenci neodmyslitelně patří. Je zde uvedeno, že v nemocnici je za adherenci pacienta zodpovědná vlastně sestra, která podává léky a dbá na dodržování režimu stanoveného lékařem.

S_1...dodržování předepsaných léků lékařem, takže za to by samozřejmě sestra měla být zodpovědná, aby to ten pacient dostal tak, jak lékař předepíše.

S_3...za způsob toho podání ručí sestra, popřípadě já teda budu mluvit hodně o intenzivní péči, ale v rámci těch dalších je i jako kontrola toho, že ten pacient je ten lék schopný užít tak, jak mu bylo doporučeno, popřípadě zajistit nějaké pomůcky nebo prostě aby bylo ověřeno, že pacient ten lék snědl v čas, kdy měl a kolik.

S_9 Myslím si, že je to velká zodpovědnost sester, protože lékař léčiva naordinuje a sestra zodpovídá nejen za správné podání, za vysvětlení pacientovi, vlastně ona je ten, člověk, který je tím styčným důstojníkem v této oblasti, protože mnoho pacientů, i když jim to lékař vysvětlí: dáme vám to a to, tak většina pacientů se zeptá znovu sestry.

Jak je zde také ale uvedeno, záměrem by mělo být, aby pacient převzal zodpovědnost a uvědomoval si důležitost dodržování předepsaných opatření a potřebu užívání konkrétních léků.

S_12 aby pacienti převzali odpovědnost za užívání léků. Pochopit proč je užívají a pak si je sami připravit, nadávkovat eventuelně s nimi umět zacházet v případě nárůstu úzkosti že když nemůžu spát tak si můžu užít tohle, ale nesmím to přehnat. To je určitě dobře aby pacienti byli informovaní a schopní si sami regulovat tu léčbu do určité míry a aby taky věděli kdy mají volat o pomoc, když se něco nebude dařit...

S_4 pacient, který roky používá sprej na astma, tak je jasné, že si ho v té nemocnici nechá na stolečku a má ho tam naprosto regulérně a správně, a ne, že mu ho zdravotník vezme, nebo se ho ptá, jestli s ním umí zacházet...pořád dokola se vracím k tomu, že to je součást poučení, ale ti pacienti mají mít také svoji odpovědnost znalost a neměla by se jim v těch nemocnicích brát.

Je zde však také zmíněno, že se situace v jednotlivých oborech může lišit, a také je důležité hodnotit každého pacienta zvlášť, tedy jeho soběstačnost a schopnost užívat léky a dodržovat předepsaný režim.

S_12...jsou zde sestřičky zvyklé při podávání léků kontrolovat jejich užití, takže se pacientům přímo kontroluje dutina ústní. To je asi jiné oproti jiným oborům, protože psychiatrický pacient, a to neříkám, že všichni, ale my jsme ti, co jsou zodpovědní za to podání a psychiatrický pacient je prostě psychiatrický pacient...

S_3... zhodnotit míru soběstačnosti pacienta k tomu, aby byl schopen tu dávku užít tak, jak má.

Rozdíly mezi sestrami

Ze získaných rozhovorů je evidentní, že dotazované sestry pociťují významné rozdíly napříč sesterským personálem. Z analýzy dále vyplývá, že jsou znatelné rozdíly dle úrovně vzdělání, přístupu sestry samotné, pracoviště, dosavadních zkušenostech a aktuálního postavení v sesterské hierarchii.

Úroveň vzdělání

Ze získaných informací vyplývá, že je možné pozorovat rozdíly mezi sestrami i z hlediska jejich vzdělání, která dále stanovuje jejich kompetence a odpovědnost. Uvedený je zde rozdíl mezi praktickými a všeobecnými sestrami, kde není významně protěžována ani jedna skupina, ale poukázáno je na odlišnou míru odpovědnosti ve vztahu k nabytým kompetencím.

S_4...nelze je všechny házet do jednoho pytle, ale ten rozdíl mezi praktickými sestrami a jejich nevzdělaností a vzdělaností a schopnostmi vlastně vidím i mezi všeobecnými sestrami, s rozdílem, že když tam ta sestra udělá něco chybně, tak tu odpovědnost si nese ona...

Také je zde uveden příklad, kdy do kolektivu všeobecných sester přijmou praktickou sestru nebo zdravotnického asistenta a dochází k nutnosti převzetí odpovědnosti za činy někoho jiného.

S_11...všeobecné sestry...ale když se v tom týmu objeví zdravotnický asistent, nebo praktická sestra, která podává léčiva, ale myslím si, že má méně znalostí a schopností rozpoznávat třeba nějaké nežádoucí účinky. Tak by ta sestra nad ní měla být schopná do toho vstoupit poukázat na to a nějakým způsobem na to dohlížet.

Rozdíl je také uveden vzhledem k možnosti i ochotě absolvovat různé vzdělávací kurzy případně i specializační vzdělávání. Jsou zde obory, jako například paliativní péče, které dle dotazované sestry nemají možnost dalšího vzdělávání pro sestry.

S_9 A sestřičky mají různé kurzy, ale zatím ucelené vzdělání (specializace pro paliativní péči) není. Jako je například specializace pro intenzivní péče pro sestry. Myslím si, že nic takového není. Nebo jsem si téměř jistá, že to není.

S_12... pokud chce teda ta sestřička, jak víte, tak nemusí, ale aby se vzdělávala, tak k tomu už ty možnosti máme, takže je to na jejím rozhodnutí. Já ze své pozice vrcholového managementu tyto sestry podporuji a myslím si, že i vedení nemocnice, takže tady k tomu mají i své podmínky, které můžou a nemusí využít, ale mají naši podporu.

Přístup

Popisované jsou zde i odlišnosti v přístupu zdravotních sester. Obecně přístup k práci, je dle participujících sester, často ovlivněn přímo osobností člověka, jeho svědomitostí a zodpovědností.

S_6 Já si myslím, že často je to o lidech, že se najdou lidé, kteří jsou svědomitější, a jde jim o dobrou věc. Avšak je to všude; jsou lidi, kteří svědomití nejsou.

S_8...často dělají naschvály. No tak když já jim nestojím za to, aby semnou například probrali ten zdravotní stav, tak já jim to ani říkat nebudu, to nemá cenu. Anebo já jim to řeknu desetkrát a oni to tam stejně nenapišou, tak co to má za smysl.

Zaměří-li pozornost na možnosti změn kompetencí, jsou si některé dotazované sestry již nyní vědomy, že i zde bude viditelný rozdíl v přístupu. Očekávají, že ne všechny sestry budou chtít plošné navýšení kompetencí. Jako příklad se uvádí rozdíl ve věkových skupinách, kdy se očekává, že starší generace sester budou tyto úpravy zásadně odmítat.

S_11 Drtivá většina sester by od toho dávala ruce pryč, jsou chytré že to lékař špatně předepisuje, ale kdyby to měli dělat sami, tak si myslím že by to bylo jináčí.

S_7...určitá část sester, která nebude chtít převzít některé činnosti a kompetence, to určitě bude taková část. ale to jsem také zmiňovala, pak mají tu možnost volby se na tom nepodílet...

S_8 u těch starších se o nějakých kompetencích, natož o rozšiřování, nechtějí ani slyšet. Kdybych v tuhle tu chvíli, chtěla rozšířit kompetence, tak mi polovina z nich dá výpověď, to jsem si naprosto jistá.

Jedním z uváděných důvodů je také diskutovaná úprava vzdělání, která by s neochotou změn mohla souviset. Jak je totiž uvedeno, již dnes nejsou všechny sestry ochotné absolvovat další kurzy a vzdělávání, nechtějí navýšení kompetencí a navýšení odpovědnosti.

S_7...máme několik stupňů a několik možností toho vzdělání, protože právě pak tam se ty sestry, které se nechtějí vzdělávat, které nechtějí tu zodpovědnost nést, tak mají tu možnost, tu volbu. Prostě budu sestrou praktickou, na té nejnižší úrovni a nebudu si doplňovat vzdělání, nechci si rozšiřovat a mít další kompetence, tak ta možnost tady vždycky je.

S_7... ne všechny chtějí navýšit kompetence, ně všechny sestry chtějí tyto činnosti dělat. Já si myslím, že je to v pořádku, a proto máme několik stupňů sester. Jsou sestry, které nechtějí nést tu odpovědnost, které chtějí poskytovat třeba jen základní ošetrovatelskou péči, a proto mají k tomu adekvátní vzdělání. Tohle to všechno musí jít ruku v ruce s vyšším vzděláním

Pracoviště

Odlišnost mezi sestrami je dle participujících sester závislá i na typu zařízení, oddělení, ve kterém konkrétní sestra pracuje. Jako příklad se zde uvádí hospicová péče a oblast sociálních služeb, kdy jsou zkušenosti a rozhodnost sestry popisovány, jako významnější faktory vzhledem k horší dostupnosti lékařské péče oproti nemocničním zařízením.

S_9 Proto si myslím, že v hospici by měly pracovat jenom zkušené sestry. Ty, které už mají nějakou praxi a které se opravdu intenzivně vzdělávají v oblasti paliativní medicíny.

S_10...v sociálních službách to je horší, tam ty sestry, ač si to nikdo nemyslí, musí být zkušenější než sestry v nemocnici. Neříkám, že nejsou v nemocnici sestry zkušený, ale tady jsou samy, tady toho lékaře nemají. Takže v podstatě, když mají na starosti na oddělení třeba 40 klientů, tak musím říct, že ty sestřičky ví, který jaký, v podstatě ví, ne úplně nazpaměť ty léky, ale ten základ těch léků, které ti klienti berou, znají.

Také se zde uvádí, že sestry do zaměstnání přicházejí se základními požadovanými naučenými postupy, ale vždy jde o pozdější získávání konkrétních zvyků a specifík daného oddělení nebo zařízení, které pak sestry následně odlišují.

S_6...sestra by měla tady ty obecné věci vědět a s tím pacientem by měla potom pracovat. Pak někde na tom konkrétním pracovišti si doplní, jaké konkrétní léky to jsou a jaké konkrétní nežádoucí účinky tam jsou; takové ty základní věci, ten přístup toho principu té práce nebo přístupu k té práci s tím pacientem si myslím, že to by určitě měla znát.

Zkušenosti

Mezi další vydefinovanou oblast, ve které se sestry odlišují jsou jejich zkušenosti. Popisuje se velký rozdíl mezi nově příchozími sestrami, tedy praktickými sestrami či zdravotnickými asistenty a plně kvalifikovanými zdravotními sestrami, které tyto nově příchozí zaučují, případně by za ně měly přebírat odpovědnost, a to nejen během adaptačního procesu, ale i dále vzhledem k nižším kompetencím, které takto vzdělaní nově nastupující mají.

S_2 Hlavně, když přijde někdo nový a ty na něj vychrlíš informace, tak si bude pamatovat jen čtvrtinu. Takže ta komunikace tam musí být, ale v klidu...já ho nemůžu hodit do vody...

S_4 Nicméně ta praxe nás stejně rozlišovala, kdo umí a neumí.

S_10...vždycky mají nad sebou nebo ty asistentky nebo ty praktické sestry mají tu dozorovou sestru. Vždycky tady jedna je, i když jsou tu třeba na třech patrech praktický sestry, tak na tom čtvrtém patře musí být jedna dozorová sestra. Nebo prostě jedna dozorová sestra, která má víc zkušeností musí tady být na jakékoliv směně.

Oceňována je zde zkušená sestra, která již prožila mnoho situací a je tedy schopná adekvátně a včasné reagovat za různých podmínek, což se u nově příchozích nedá předpokládat a očekávat.

S_8...sestra pořád ještě je u toho pacienta nejmíc. Daleko víc samozřejmě než ten doktor, dokáže reagovat na změnu jeho zdravotního stavu, protože tam nechodí jenom ráno na vizitu.

S_4...myslím si, že základem je znát, abychom je naučili znát rizika u těch pacientů a ty priority a pak se k nim takovým způsobem chovat. Ale to je hodně o získávání těch zkušeností během let.

Také je zde zmiňován častý přístup nově nastupujících sester, které absolvovaly vysokoškolské vzdělání. Mnohdy prý bez pokory považují své vysokoškolské vzdělání za důležitější a přínosnější než léta praxe a zkušenosti, které mohou jejich starší kolegyně, byť bez vysoké školy, mít.

S_9... jsem byla asi u deseti výběrových řízení, protože jsme sháněli sestřičku a pohovor probíhal formou rozhovorů, prostě holky si po zdravotní škole myslí, že tím, že vystudují vysokou školu, tak všechno umí. Ale ono to tak není. Ono je daleko lépe mít prostě nějakou praxi nebo delší praxi v nemocnici.

Postavení

Popisován je zde rozdíl v i postavení sester tedy v rámci sesterské hierarchie. Jak je uvedeno, vedoucí pozice není vždy obsazena dostatečně erudovaným pracovníkem, ač je to všeobecně požadováno. I toto se uvádí, jako jedna z možností odchodu sester z pracoviště.

S_4 Předpokládá se, že když je to staniční nebo vrchní sestra, že ty znalosti má, a mnohdy to tak není. Já potom lituju ty sestry na těch odděleních, protože to je hrozně těžké, protože mezi nimi jsou sestry, které jsou výborné a samozřejmě naráží ... Pak je to o osobnosti, pokud ta staniční je schopna přijmout to, že já jsem výborný organizátor, umím tady zorganizovat práci ... dokážou to přijmout, že ty sestry se vzdělávají, ty sestry posílí a ty sestry posunou, a oni tam stojí, a ty sestry říkají, co je špatně..... naopak vás překvapí, že v nějaké fakultní nemocnici očekáváte top a ono to tak není, a pak někde neočekáváte nějakou extra znalost, ne kvalitu,

Dále je zde vyzdvihnuté oddělení sesterské a lékařské profese. Samostatná hierarchie a vedení těchto dvou segmentů se zde považuje za významně pozitivní prvek pro funkční multidisciplinární tým.

S_4...jsme přímo řízení náměstkyní ošetrovatelské péče a nepodléháme úplně až tak do gesce těch přednostů a primářů. Jsme zodpovědní za nějaké provozní záležitosti a pracujeme v multidisciplinárních teamech, tady to je takto nastavené. V tom týmu pracují všechny ty profese dnes už i lékaři, kteří ze začátku moc nechtěli, ale pochopili, že to je ta cesta.

Zápory povolání

Další oblastí v rozhovoru bylo i zhodnocení kladů a záporů sesterského povolání. Zápory jsou dále rozděleny do čtyř skupin dle výsledků podrobnější analýzy.

Neadekvátní vzdělání

Z analýzy vyplývá, že současný systém vzdělávání je velmi diskutovaným tématem. Popisuje se zde rozdíl ve vzdělanosti sester, které vycházely ze středních zdravotnických škol dříve a nyní, po mnohých úpravách. Tyto úpravy jsou zde považovány za příčinu snížení celkové prestiže povolání. Uvádí se zde názor, že dříve na zdravotní školy nastupovali studenti s lepším studijními výsledky než v minulosti. Je zde také vyjádřena zkušenost, kdy již některé nastupující studentky dopředu vědí, že se tomuto povolání nebudou dále věnovat.

S_10 Samozřejmě, protože vždycky říkám, že střední zdravotnická škola za nás byla škola, která byla vybraná a jen tak někdo se na ni nedostal. Musel opravdu něco umět a musel fakt mít jako výborný známky. Dneska je smůla, že se tam přihlásí děvčata a řeknou, my to v životě dělat nebudeme, jako to si myslím, že je špatně.

V zaměření na možné změny v kompetencích se participující sestry vyjadřují k nynějšímu vzdělání poněkud skepticky. Je zde uvedena nedostatečná legislativní a farmakologická průprava, která by podle nich měla být v takovém případě rozhodně rozšířena.

S_11...sestry na to nejsou odborně připravené, aby tu kompetenci při podávání léčiv nebo při nějaké preskripci by se musel změnit systém vzdělávání, nebo alespoň vytvořit nějakou nadstavbu, která by jim to umožnila

S_8 Takže ano povýšíme kompetence, ale v návaznosti na to vzdělání. V tuhle chvíli by si museli udělat nějaké doplňkové vzdělání, něco třeba jako je ARIP, tak by se to dalo třeba, nemusí to nutně vysoká škola, ale nějaké farmakologické minimum, aby ty holky věděly, co dělají.

S_8...obávám se že v tuhle tu chvíli toho téměř žádná, která absolvovala, byť nějaké doplňkové vzdělání, ať je to bakalář nebo ať je to magistr, tak toho prostě schopná není.

S_5 To si myslím, že je taky trochu problém u nás, nevzdělanost v té legislativní oblasti.

Také je zde poukázáno na překrývající se studijní obory, ve kterých absolventi získávají identické nebo téměř identické kompetence. Mnohdy se jedná o studium, které ve větší míře probírá učivo ze studijních oborů nižšího stupně. Jako příklad je zde uvedeno bakalářské a magisterské studium, kde je absolvent obou programů kompetentní ke stále stejným činnostem. Stejně tak je zde popsáno studium bakalářského oboru po absolvování střední zdravotnické školy, které dle informací od jedné z dotazovaných sester je pro některé studentky jen opakováním učiva střední školy díky čemuž získají bakalářský titul.

S_12...i sestra co má magisterské studium má prakticky stejné kompetence jako všeobecná sestra, to si myslím, že je špatně.

S_9...to neprohlubuje ty znalosti. A to mám potvrzené od sestřičky, která k nám teď nastoupila, která je velice bystrá, ale ona řekla, mně to téměř nic nedalo tři roky bakalářského studia. První rok jsem se učila znovu stlát postele, protože jsou tam holky z gymplu, ono není odlišeno, jestli ze zdravky nebo z gymplu, takže se učí mnoho věcí stejně jako na té zdravotní škole. Takže tohle je špatně.

Současná legislativa

Za nepříznivý vliv na zdravotní systém a péči je zde považována nestabilita politické scény, kdy každá nová vláda zavádí nová opatření, upravují studijní programy a další důležité věci, kdy často ještě ani nebyly zcela naplněny změny předchozí.

S_5 Tak určitě, je taková určitá politická nestabilita, kdy se nám často střídají vlády. Ať už má kdokoli sebelepší záměr, tak pokud to jde dobře, tak vláda je tu 4 roky a pak přijde jiná vláda a nějakým způsobem jsou pak ty reformní kroky, ty procesy přerušené. Takže ta politická nestabilita, neustálé střídání těch vlád.

Je zde uvedeno, že následkem nedořešených legislativních úprav došlo k mezerám a omezení kompetencí, kdy zůstalo otázkou, kdo bude za tyto praktické sestry a zdravotnické asistenty přebírat odpovědnost.

S_4...ta legislativa...když se změnil obor na zdravotnického asistenta, tak já u šikovného zdravotního asistenta jsem měla v kompetencích formulku "delegování těchto činností po nějaké praxi", poté co jsme věděla že tato sestra je naprosto skvělá. Takhle nám to fungovalo do té doby, než se upravila, jasně definovala legislativa. A pak se těmto sestrám, dneska už praktickým sestrám, jsme sdělili: „ano jste praktické sestry, ale od této chvíle činnosti, co jste doteď dělali, dělat nebudete“. Což pro některé z nich byl důvod k odchodu...

Politická podpora zdravotních sester a systému, kterých se jich přímo dotýká je zde popisována jako neadekvátní, a přesto každý očekává, že mu bude poskytnuta ta nejlepší možná péče.

S_1...vlastně největší problém v té nejvyšší politice, kde my, jako sestry, nemáme zastání. Tam bychom měli mít zastání, aby samy ty politici chtěli změnit tu legislativu. Protože lékařů je málo, sester je málo, toto povolání nechce nikdo vykonávat, není to prestižní zaměstnání, jako tomu bylo dřív a tomu by se určitě mělo změnit, ale to musí vyjít od těch nejvyšších politických funkcí, protože všichni budou chtít, aby o ně bylo jednou postaráno.

Ohodnocení/uznání

Zaměříme-li se na systém ohodnocení a uznání je zde připomenut nesmyslný systém vzdělávání, kdy jsou často sestry s různým vzdělání stejně finančně odměněny. Je zde také podotknuto, že ve vztahu k navyšování kompetencí by se mělo hovořit i o navyšování finančního ohodnocení.

S_12...protože i sestra co má magisterské studium má prakticky stejné kompetence jako všeobecná sestra, to si myslím, že je špatně. Myslím si, že by to mělo být i v návaznosti na finanční ohodnocení.

Také je zmíněno, že často je možnost získat lépe placené zaměstnání mimo obor zdravotnictví, což je také zmíněno jako častá příčina odchodu sester mimo tento sektor.

S_5...nemůžeme z části sehnat ten zdravotnický personál, prostě proto, že těch pracovních příležitostí mimo obor je hodně a jsou mnohdy za výhodnějších podmínek, nejenom pracovních, ale i finančních.

Další zmíněné téma je prestiž sesterské profese. Je zde uvedeno, že dnes není toto povolání v ČR natolik prestižní, aby lákalo mladé lidi ke studiu, a také k tomu, aby se tomu dále věnovali. V souvislosti s tím se zde uvádí kromě nedostatečného finančního ohodnocení i časté změny studijních programů. Oproti tomu je zde zmíněna situace v USA, kde je povolání sestry veřejností uznáváno jako prestižní a ceněné.

S_6 třeba právě v Severní Americe, USA, kde je to prestižní povolání ta sestra. Sestra je velice vnímavá tou veřejností, jako velice důvěryhodná osoba, je to důvěryhodná profese... nechť má tady tyto podmínky pro to, a potom i to mínění té veřejnosti se změní, a třeba i ta atraktivita toho povolání se změní a tím pádem se určité problémy, které nyní řešíme, tak by třeba nemuseli být...

Nedostatek personálu

Mezi zmíněnými nedostatky sesterské profese se objevuje i nedostatek personálu, který toto povolání provází již delší dobu. Dle uvedených informací je již dnes poskytovaná péče sestrami na některých odděleních poznamenána. Uvádí se, že jsou sestry přetížené a nemohou tak vykonávat adekvátně svou pracovní činnost. Často pracují na přesčasy, právě kvůli nedostatku personálu a je zde tedy otázka, zda mohou i přes vyšší pracovní tlak uspokojivě a spolehlivě pracovat.

S_4 Na druhou stranu chápu, že dneska je nedostatek personálu, nedostatek sester, všichni s tím bojujeme. A pokud ten systém není nastavený dlouhodobě jako třeba tady, že to není nějaká hra, že to takhle funguje i když někde to není úplně optimální.

S_2 Když budu na oddělení 1 a budu mít 20 pacientů, tak nemůžu úplně všem poskytnout péči jakou bych měla. Udělám to, co musím, dám jim, co musím, ale ne to, co bych měla. Takže by mělo být více těch sester.

V návaznosti na to je zde upozorňováno na syndrom vyhoření, o kterém jedna z dotazovaných sester hovořila právě v souvislosti s přetížením personálu a neadekvátně odváděné práce.

S_9 Pokud je jedna sestra na 150 lidí v noci v Domově důchodců, a to samé jedna sestra nebo dvě sestry v nemocnici, tak to nemůžou zvládnout. Vyhoří a půjdou radši dělat prodavačku. Myslím si, že je to fakt o tom, že je špatná politika zdravotnictví.

S_2 Dám léky, co mám, ale když budu v práci 25 dní v měsíci (každý den 12 hodin), nebudu již myslet normálně. Takže mohu dělat chyby, což je špatně. Ano, budu dobře zaplacená, že ano. Avšak tady jde o zdraví pacienta.

Je zde tedy mezi samotnými participujícími diskutováno, jaký vliv by mělo navýšení sesterských kompetencí, když již dnes jsou sestry zcela časově vytížené.

S_5 To je hrozba, že sice tady budeme mít reformní kroky a návrhy, jak posílit postavení sester, ale to povolání nebude mít kdo vykonávat...

Klady povolání

Přidaná hodnota

Sestra je zde popisována jako prodloužená ruka lékaře, která nejen vykonává jeho ordinace, ale také zdravým rozumem přemýšlí nad svými činy a svým jednáním. Také je zde uvedeno, že velkou výhodou dnešního zdravotnictví je, že v něm i nadále zůstávají vzdělané a zkušené sestry, které jsou schopné empatického jednání s pacientem i týmové spolupráce.

S_9 Takže hodně jsem jako zdravotní sestra byla pomocníkem lékaře v tom, že jsme vysvětlovali proč se některé léky musí brát tak, proč některé tak, takže v tomto si myslím, že ta sestra je velkým pomocníkem lékaře, pokud jí lékař dá tu kompetenci.

S_10...my jsme vycházely dobře proškolené, dobře vzdělané sestry, i to renomé jsme si nesly, protože ta příprava na středních zdravotnických školách byla na velice dobré úrovni.

S_12 Když vezmu klady, tak sem bych určitě zařadila vzdělaní sestřičky s dostatečnou praxí, týmová spolupráce, to je takový bonus, který se málo vidí.

S_9...aby ta sestra měla tzv. zdravý selský rozum, aby to dokázala správně odhadnout a s tím pacientem spolupracovat. Takže opravdu je to na tom si k němu sednout a vnímat toho člověka opravdu zdravým selským rozumem a tím základním, co nás učili na zdravotní škole.

Sestra nejbliž pacientovi

Za významný kladný prvek sesterské profese je zde považována blízkost s pacienty. Nejen, že sestra s pacientem tráví nejvíce času oproti ostatním spolupracujícím profesím, ale také je uváděno, že pro pacienty právě díky tomu bývá snazší svěřit se se svými problémy a pocity sestře. Sestra je zde tedy stavěna do role vykonavatele péče, ale zároveň hlavním spojovacím článkem mezi pacientem a lékařem.

S_8...sestra pořád ještě je u toho pacienta nejvíc. Daleko víc samozřejmě než ten doktor, dokáže reagovat na změnu jeho zdravotního stavu, protože tam nechodí jenom ráno na vizitu. Takže dokáže i v průběhu dne sledovat toho pacienta...

S_6 Spíše to chtěla řešit s tou sestrou, s tou ženou než se starším lékařem. Já si myslím, že častěji se ty pacienti otevřou té sestře než tomu lékaři.

S_2...pacient řekne sestře, že ho něco bolí, protože na té vizitě je málo času to říct doktorovi, tak si myslím, že by bylo dobré, kdyby ta sestra šla rovnou za lékařem, řekla mu to, že pacienta trápí ta a ta bolest a ten lékař by byl i rád, že mu to řekla ta sestra.

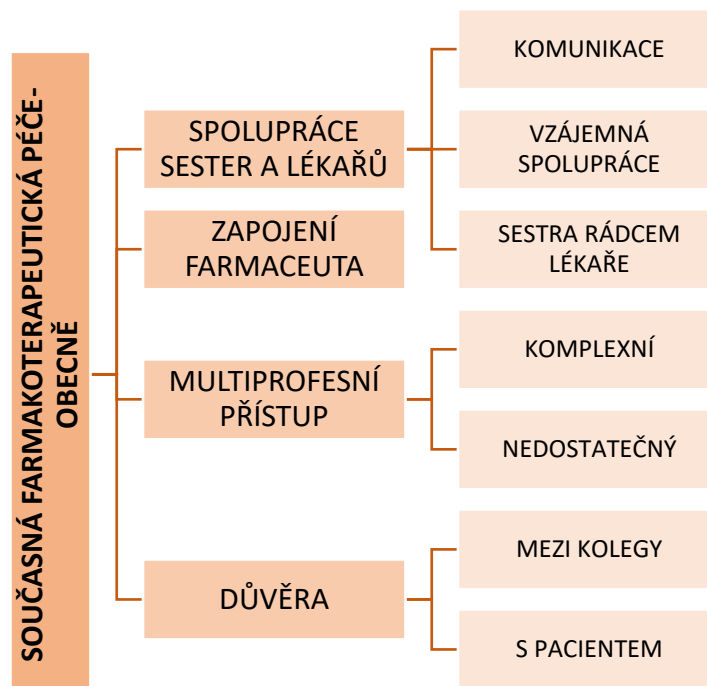
S_9...jako sestra přicházíme k jednomu pacientovi k němu domů, takže já mám ten čas a ten prostor se mu věnovat...Bud' nám to pacient poví, bud' máme takovou pěknou škálu od smajlíků, kdy není žádná bolest od nuly do deseti, takže to používáme.

S_12...někteří pacienti se i vrací, takže je to i o tom, že může ta sestřička předvídat, jak se ten pacient zachová, jaké má problémy, a také dokonce jaké problémy mohou nastat...

3.2. Současná farmakoterapeutická péče obecně

Jelikož je farmakoterapeutická péče založena na multidisciplinárním přístupu a tedy spolupráci, je postavení sestry ovlivňováno i ostatními členy týmu a jejich chováním. Tato kapitola vymezuje výsledky šetření, které se zabývají právě obecnými souvislostmi týmové spolupráce ve zdravotní péči. Výsledkem analýzy jsou 4 subkategorie s vydefinovanými subkódy pro zpřehlednění zjištěných informací.

Obrázek 4 Současná farmakoterapeutická péče-obecně



Spolupráce sester a lékařů

Lékaři a sestry jsou v součinnosti každý den, jejich práce se prolíná a vzájemně spolu úzce souvisí. V každodenní interakci je zásadní komunikace mezi těmito oběma profesemi, kdy dochází k vzájemné spolupráci, ale nastávají i situace, kde je sestra rádcem pro lékaře, nikoliv pouze vykonavatelkou jeho předepsaných úkonů.

Komunikace

Komunikace je zde označována za velice důležitý bod spolupráce. Vzájemná komunikace mezi těmito povoláními je často zažitý a funkční jev, samozřejmě s odchylkami dle zúčastněných osob. Ale ze získaných informací lze konstatovat, že komunikace mezi lékaři a sestrami je významná a uznávaná napříč obory.

S_3 ...jde o vstřícnost lidí a komunikaci mezi sebou, ale určitě jako myslím si, že mezi lékařem a sestrou to jako funguje

S_7 ...za silnou stránku můžeme považovat zvyklost komunikace lékař sestra, to si myslím, že našťastí je to zažité, a to je dobře.

S_11 ...nějakým způsobem funguje a je nastavená spolupráce sestra/lékař někde lépe, někde hůře. Také záleží, jak jsou schopní lékaři naslouchat a jak odolně jsou schopné sestry přenášet ty informace které vidí

Zásadní je také obsahové zaměření komunikace. S výhodou je popisována oboustranná interakce s přenosem informací. To je prezentováno například při změně medikace na spaní, kdy je důležitá zpětná vazba. Sestra sděluje lékaři, jestli pacient spal nebo zda nepozorovala nějaké vedlejší či nežádoucí účinky.

S_11 především ta mezioborová komunikace asi nejčastěji sestra lékař... každý den jsou schůzky kde sestra referuje, jak pacient reaguje na léčbu, jak reagoval na změnu medikace, jestli je méně tenzní například, jestli ten spánek byl lepší po tom, co se mu změnila noční medikace a podobně

Je zde také zmiňováno, že je pro sestry důležitá i důvěryhodnost komunikace a spolupráce. Pro zajištění kvalitní péče očekávají od lékařů právě komunikaci na vysoké informační úrovni, kdy i sama sestra se nemusí obávat dotazovat lékaře, pokud si není v některých činnostech jistá.

S_1 Měla by tam fungovat interakce lékař sestra, aby pokud si ta sestřička neví rady, aby se byla schopná se s tím lékařem domluvit a oba, aby byli schopni se s domluvit s pacientem.

Vzájemná spolupráce

Týmová spolupráce sester a lékařů je uváděna jako významný faktor. Kvitována je zde sehranost kolektivů, kdy jsou zažité i určité postupy a kolegové navzájem ví, co jeden od druhého mohou očekávat.

S_12 Ta sehranost sester a lékařů, protože ten lékař se na tu sestru musí spolehnout a také opačně, a to je velmi důležité

Také je zde podotknut fakt, že každý má své vyhrazené činnosti, ale pro zajištění kvalitní péče je důležitá právě spolupráce mezi sestrami a lékaři. Protože jedna profese se neobejde bez druhé.

S_12 Samozřejmě, že je to vše ve spolupráci s lékařem, protože já říkám, že sestřička je prodloužená ruka lékaře.

Participující sestry také podotkly důležitost správného provedení lékařské ordinace. Uvádějí, že pokud lékař svou ordinaci správně a čitelně zapíše, tak není opodstatněný důvod proč by ji sestra neměla i správně vykonat a také zaznamenat do patientské dokumentace, ať už se jedná o podávání léčivých přípravků nebo činnosti, které s užíváním léků souvisí, jako například měření krevního tlaku při podávání antihypertenziv.

S_3 ...co se týče ordinací, které jsou podmíněny, jo, že to docela myslím si, že funguje, pokud jsou správně napsané a správně je tam všechno vedené, tak není problém, aby je sestra plnila v rámci těch podmíněných nastavených parametrů, který tam jsou ...

S_8 Sestra lékař, to si myslím, že funguje poměrně dobře, jako by informace o tom, co se u toho člověka děje, o podání nějakých léků, jestli to má účinek nebo to účinek nemá, ale zase je to v rámci toho, co si ten doktor nastaví. Mám-li léky na tlak, budu měřit tlak, pakliže mi tuto ordinaci lékař naordinuje, jinak je to nevyžádaná ordinace a dělat se to nemá, ta sestra ty kompetence v tuhle tu chvíli nemá.

Sestra rádcem lékaře

Přesto, že je sesterská činnost při farmaceutické péči založená převážně na vykonávání činností, které jsou lékařem naordinované, jsou popisovány i situace, kdy je právě sestra považována a uznávána, za adekvátního člena takového týmu a lékaři ochotně naslouchají informacím, které sestry během ošetrovatelské péče vyzorovaly a zjistily.

S_10 staniční sestry si to hlídají sami i ten personál. Sestřičky, když něco zjistí při těch službách, tak máme sešit na vizity, kam se to píše a paní doktorka v podstatě na základě těchto informací, nebo ta staniční sestra informuje lékařku co se tam dělo. Máme hlášení, takže pak se tam dělá ta vizita.

S_6 bylo na nás, na těch sestrách, abychom zhodnotili, jak teda za ty tři týdny ... jestli je všechno v pořádku nebo jestli je všechno podle plánu nebo jestli je tam najednou nějaká krize. Nebo se něco děje nějak jinak ... a pokud ano, tak jsme samozřejmě nečekali, až nastane ten moment, kdy pacient má vidět tohoto lékaře až za ty tři měsíce, ale zavolali jsme toho lékaře dříve.

Příkladem zde je podávaná forma léčivých přípravků. Má-li pacient potíže s polykáním, které sestra odhalila při podávání tekutin nebo stravy je velice žádoucí, aby informaci sdělila lékaři a je-li to možné byla využita jiná cesta podání.

S_11 myslím si že sestra, to platí asi obecně by měla mít možnost mluvit do té lékové formy. Lékař tedy předepíše tu účinnou látku, ale ta sestra se znalostí toho člověka může říct "Pro něj to bude nejlepší v kapkách, protože špatně polyká" ...Tyhle věci bych od sester čekal, že budou do toho vnášet...jak to do toho člověka dostaneme, tak to už by mohlo být na sestře.

Stejně tak je zde sestra stavěna do role rádce, když jde vykonávat ordinace lékaře. Mnoho zkušených sester často odhalí zásadní chyby v zápisech lékařských ordinací v patientské dokumentaci, ke kterým samozřejmě nemusí docházet záměrně, ale i například překlepením na klávesnici počítače.

S_4 sestra si toho všimne, anebo prostě další jiné pochybení, které máme jasně definované, jak ordinace má vypadat a pak v tom případě zase opět ta sestra.

Zapojení farmaceuta

Z mnohých zkušeností je farmaceut již neodmyslitelným členem farmakoterapeutického týmu.

S_4...tak jsem zvyklá ..., že tu pracujeme celou dobu v rámci multidisciplinárního teamu a prostě je pro mě nemyslitelné nemít k ruce klinického farmaceuta, ale vím že to není běžná praxe

S_6...ten článek toho klinického farmaceuta si myslím, že je pro sestry a pro doktory naprosto jednoznačně důležitá věc.

Jejich účast je zde uváděna přímo na jednotlivých vizitách, kde doplňují lékařské znalosti například u specifických léčiv či více domýšlejí možné lékové interakce a upozorňují na polypragmazii.

S_11...zapojováním těch klinických farmaceutů v tom týmu, kteří se ukazují jako velmi přínosné, protože většina lékařů si umí ty svoje léky, jsou oborové ale už neumí dát dohromady když se objeví lék úplně z jiné skupiny a ty interakce né všichni znají, nebo spíše neznají.

S_4...tuto problematiku běžně řešíme v rámci vizit našich kromě lékařů se samozřejmě zúčastňuje vrchní sestra a také se zúčastňuje klinický farmaceut a v podstatě tahle problematika je dnešní každodenní práce kdy se bavíme o interakcích o účincích léků o způsobu ředění léků, všechno máme v nemocnici poměrně sofistikovaně popsáno ve standardech ten přesah té spolupráce klinických farmaceutů u sester u lékařů ten je velký.

S_6 ...se účastnil i těch vizit, upozorňoval, pokud tam třeba nějaké léky nebyly úplně ideální nebo byly v nějaké jiné formě...

Také spolupráce s farmaceuty přímo v lékárnách je zde uváděna za přínosnou. Zejména předávání informací ohledně výpadků různých léčivých přípravků, záměn a podobně.

S_10 My máme velice dobrou lékárnou, takže když potřebujeme, tak lékárnice nám i volá, i záměnu léků...výpadek léků, nebo když potřebujeme. Ale jinak my spolupracujeme i s farmakology v nemocnici.

S_6 ...je strašně důležitá spolupráce lékař – sestra, ale i lékárna (farmaceut).

I když je spolupráce s farmaceutem dle získaných informací označována za velice přínosnou, není zcela výhradně využívána ve všech zařízeních. Je zde uváděno, že na k adekvátnímu využití potenciálu profese klinických farmaceutů, je potřeba zvýšit jejich počty v nemocnicích. Dokonce je zde uváděn příklad, kdy nemocnice disponuje jedním klinickým farmaceutem, která zastává spíše administrativní úkony, než aby poskytoval běžné informace ze své praxe. Jako možnost zlepšení dostupnosti informací z oblasti farmacie zde jeden ze zúčastněných uvádí využívání moderních metod, jakými je i internet.

S_8 bude hodně velký problém, protože klinických farmaceutů je v ČR asi 160, tudíž ani z daleka to neodpovídá, že by byl jeden farmaceut na jednu nemocnici...určitě ta spolupráce by fungovat měla, ale obávám se, že o kompetencích klinického farmaceuta ty doktoři vůbec neví. Možná ani neví, že tady nějaký klinický farmaceut je.

S_4 Na druhou stranu, kliničtí farmaceuti, protože jich není mnoho, mají dneska už docela dobré internetové stránky, kde je možné si spoustu věcí dohledat, vytisknout

Multiprofesní přístup

Za multiprofesní činnosti je zde označována spolupráce, kdy je do zdravotnického týmu zapojený i zástupce některých dalších profesí, zde je nejvíce diskutováno o farmaceutech. Současná multiprofesní spolupráce však může být komplexní, ale i nedostatečná, jak vyplývá ze získaných informací od našich spolupracujících sester.

Komplexní

Chceme-li hovořit o komplexním multiprofesním přístupu v péči o pacienta, uvádějí participující sestry některé ze svých zkušeností, kdy se na poskytované péči navíc podílejí i lékárníci a farmaceuti, nutriční terapeuti, lékaři z jiných klinických oborů i ambulantní specialisté.

S_10 My máme velice dobrou lékárnou, takže když potřebujeme, tak lékárnice nám i volá, i záměnu léků. Podle toho, že tam je třeba i jiný název léků atd anebo, že je výpadek léků, nebo když potřebujeme. Ale jinak my spolupracujeme i s farmakology v nemocnici. Takže třeba jsme měli i klientku, která se nám zdála, že má spoustu léků, tak jsme ji poslali na vyšetření na farmakologii.

S_12 ...na to máme konziliáře, kteří v případě potřeby jsou schopni nám nastavit medikaci na toho konkrétního pacienta, ale zase je to o tom, že máme konzilium, ale náš ošetřující lékař má poslední slovo a přepíše nám to do ordinace, jinak sestra tuto medikaci upravenou nemůže podat.

S_4...v podstatě každá klinika má farmaceutku přidělenou, která s námi minimálně tráví čas na té vizitě, ale můžeme jí kdykoli oslovit, v jakoukoli hodinu, kdy nám zjišťuje, jestli existuje nějaký ekvivalent podání...

S_9 Třeba jako my, velice úzce spolupracujeme s ambulancí bolesti, kde jsou specialisti, takže pokud náš lékař neví, tak se poradí tam.

S_9 ...spolupracujeme taky s jednou lékárnou... máme taky farmaceutku na telefonu. A dost často je to na zkušenostech, dejme tomu třeba s jedním lékem, který našim pacientům dělá velice dobře, on je předepisován psychiatrem a neurologem na neuropatické potíže i na různé potíže psychiatrické, ale my s ním máme skvělé zkušenosti v naší oblasti, protože pacientům stimuluje nevim jak, chuť k jídlu. Takže oni se nám, v terminální fázi jsou schopni vlastně mít nějakou chuť k jídlu. A ještě jim to tlumí takové ty bolesti neuropatické nebo neurogenní.

S_12 My, jelikož jsme psychiatrické zařízení, tak většinou co se týče chirurgie, interen, tak tyto obory tady máme zastoupené ve formě konzilií. S některými je dobrá spolupráce, s některými je horší spolupráce, ale tak to prostě bývá. Máme nasmlouvané i kožní, gynekologické, zubné, prostě ten bazál máme nasmlouvaný, takže jinak samozřejmě když se někdo dekompenzuje somaticky a akutně, tak se převáží do jiného zdravotnického zařízení.

S_10 ...spolupracujeme s nutričními terapeutky, my si klienty hlídáme: každý měsíc je vážíme, takže v podstatě sledujeme i pokles váhy, všechno to zaznamenáváme, doplňujeme si sippingy, máme všechno, takže to, sledují ty sestry.

Neopomenutelná je zde i práce nižšího zdravotnického personálu, který je také v blízkém a častém kontaktu s pacientem, a tudíž se na jeho péči aktivně podílí. Uveden je zde příklad, kde pacient sděluje své obtíže právě pomocnému personálu při vykonávání úklidu jeho pokoje.

S_2 Ale může to být i ten pomocný personál. Kolikrát, když tam bude někdo otírat stolky. Tak ten pacient řekne, že má nějaký bolesti, tak by tam měla být zpětná vazba od té sanitárky, aby to té sestře rekla, a nejen to pacientovi odkývla, protože pacient pak čeká, že za ním někdo přijde.

Také je zde zmíněn technologický vývoj, který může ulehčovat práci při poskytování péče. Příkladem je zde centrální databáze léčiv, kde je v počítačovém programu dohledatelné kolik daného léku se právě nachází na každém jednotlivém oddělení. Tím je možné zajistit redistribuci mezi odděleními v případě potřeby, např. o víkendu, kdy není možné potřebný lék vyzvednout z ústavní lékárny.

S_4 Ano technologie, mají přínos ekonomický, úspora pro management a jednoduchost získání medikace, což jsou takové ty věci provozní, které ovlivní práci sestry zásadně. Netýká se to teď, jak to ovlivní pacienta, ve finále taky, ale provozně to ulehčí čas, prostor a finance, protože nemáme nabitě skříně medikací. Podíváme se do systému. On vždy někde je, a když se výjimečně stane, že není, tak je to třeba výpadek ve výrobě, pak tedy musíte obtěžovat toho lékaře, aby vymyslel něco jiného. Takže v tomto jsou ty technologie určitě přínos.

Nedostatečný

V souvislosti s multiprofesním přístupem shledaly některé zúčastněné sestry také jisté nedostatky. Některé nemají zkušenost se zapojením farmaceutů do běžné péče a celkově se dle jejich názoru těchto služeb málo využívá. Tím je také poukázáno na některé ordinované způsoby podání, které nejsou dle jejich názoru v souladu se stanovenými postupy. Možnou cestou nápravy je zde vodné využití spolupráce s lékárníky a farmaceuty, kteří tyto nesrovnalosti mohou minimalizovat.

S_8 ... ale nezažila jsem, že by někdo volal klinického farmaceuta...prostě klinický farmaceut je tady člověk, který dělá audity z lékárny a tím to pro ty zdravotníky jako končí. Další nějaká zpětná vazba určitě nefunguje...doktor neví, že klinického farmaceuta má k dispozici, tak ta sestra o to míň.

S_3 ta spolupráce s tím farmaceutem, kdy je vlastně nulová, že není jakoby ten dohled nad, protože jsem si, že stejně jako spoustu lékařů nedodrží úplně způsob podání toho léčivého přípravku...

S_2 Aspoň já, jako sestra jsem to tak v malé nemocnici nepozorovala, že když jsem byla ze školy že bychom nějak komunikovali s lékárnou.

Také je zde prezentována situace, kdy se rozcházejí názory sestry a lékaře při péči o umírajícího pacienta. Na příkladu je uvedena žádost sestry o aplikování Morfinu umírajícímu člověku, který již není schopen verbálního projevu bolesti.

S_2 ...nevím jaký je problém třeba u umírajícího pacienta nasadit morfin. Třeba kolikrát opravdu jde ta sestra za tím doktorem a div ho neprosí na kolenu ať prostě dá ten morfin. Že jsi ten pacient, který umírá neřekne, mně to bolí a tak.

Důvěra

Z analýzy získaných informací vyplývá, že při poskytování zdravotní péče je i důvěra podstatným bodem při spolupráci jednotlivých zúčastněných stran. Podrobnějším prozkoumáním získaných informací byla oblast důvěry dále rozdělena na důvěru mezi kolegy a důvěru mezi pacientem a personálem.

Mezi kolegy

Důvěra mezi sestrou a lékařem je zde popisována jako důležitý prvek. Při poskytování péče se jedná o podstatnou součást jejich profesní spolupráce, kdy se jeden musí spolehnout na druhého, vykonávat činnosti společně a ve vzájemné interakci tak, aby to bylo ku prospěchu pacienta.

S_1 Je to vlastně o důvěře, aby se si ten lékař se sestrou důvěřovali, a aby ta sestra, když tento lék podá věděla, proč ho podala, jak je silný, jaké má nežádoucí účinky a pak to samozřejmě zapsala do zdravotnické dokumentace a lékaři to pak nahlásila.

S_9...že když lékař získá důvěru v tu sestru, tak si nechá poradit...protože ví, že ta sestra to dělá.

S_12 ...lékař se na tu sestru musí spolehnout a také opačně, a to je velmi důležité.

S pacientem

Také je zde poukázáno na potřebu vzájemné důvěry mezi pacientem a personálem. Jak je v příkladu uvedeno, důvěřuje-li pacient některému z členů personálu, podělí se s ním o své pocity snadněji a zároveň přijímá jeho rady příznivěji. Je zde tedy uváděn pozitivní vliv na psychiku pacienta.

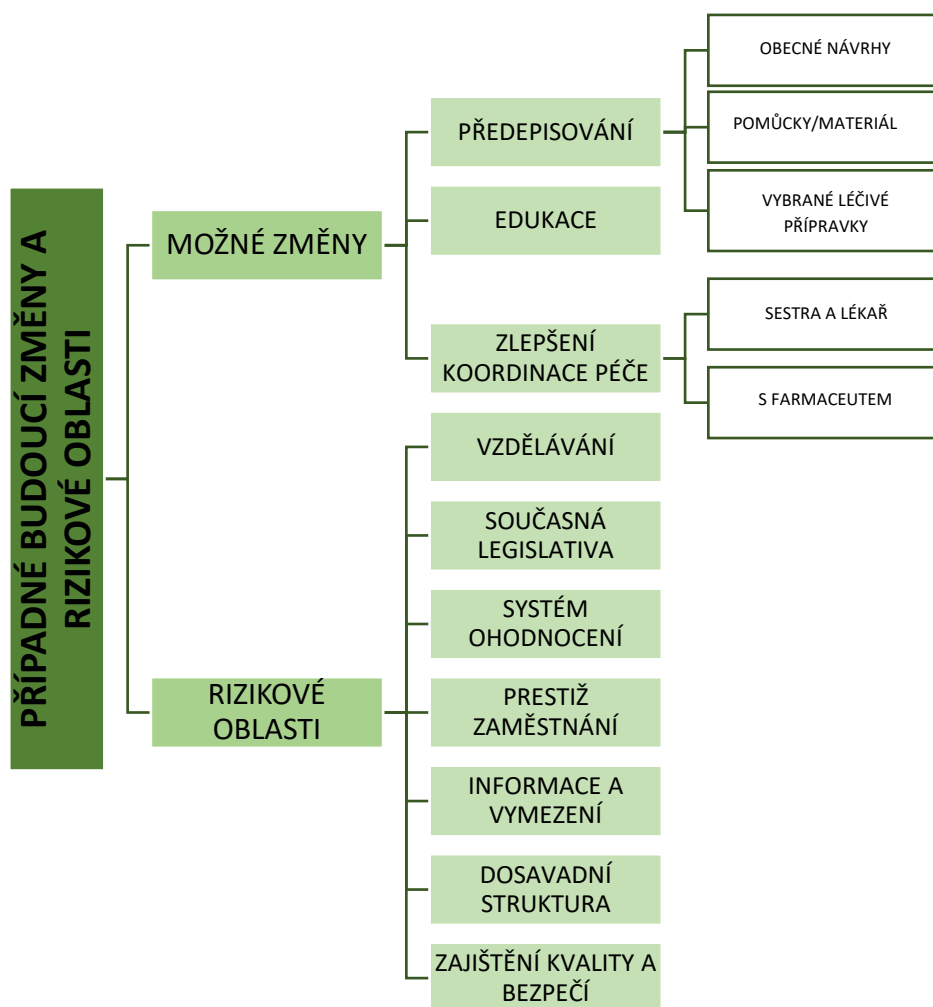
S_2 No musí tam být hlavně ta komunikace, to je prostě to nejvíc. Jdu ráno stlát, zeptám se, jak se vyspali a vidím, že je to stejné nebo horší, tak se ptám toho pacienta, co se stalo, anebo, tak. A můžou to být osobní problémy, ale můžou to být i zdravotní problémy...komunikace se sestrou musí být nejen ta zdravotní, ale i trošku ta psychická podpora toho pacienta, když je tam třeba sám.

S_9 My vlastně fungujeme 24 hodin denně. Takže my jezdíme pacientům i v noci. Takže, pokud je problém, tak nám buď rodina volá a zabezpečuje se: můžu dát ten a ten lék. Oni to mají od nás všechno předepsané...Chtějí mít pocit bezpečí. O to je to báječnější, že oni mají někoho, kdo jim poradí.

3.3. Případné budoucí změny a rizikové oblasti

Součástí rozhovoru bylo i vyjádření názoru participujících sester k možným změnám a úpravám v sesterských kompetencích. Z analýzy získaných dat byly vydefinovány konkrétní oblasti, ve kterých by mohlo dojít k úpravám, ale zároveň i rizikové oblasti, které byly našimi sestrami vyhodnoceny jako problematické při realizaci změn a úprav sesterských kompetencí. Tato hlavní kategorie je rozdělena na dvě subkategorie, které jsou dále specifikovány subkódy, v některých případech i subkódy 2 pro přesnější vymezení.

Obrázek 5 Případné budoucí změny a rizikové oblasti



Možné změny

Analýzou získaných informací byly stanoveny tři subkategorie, které popisují jednotlivé oblasti, ve kterých participující sestry shledaly prostor pro úpravy. Jedná se o předepisování, edukaci, ale i zlepšení koordinace poskytované péče.

Předepisování

První vydefinovanou skupinou činností bylo sesterské předepisování, kde participující sestry v různé míře kvitovaly navyšování kompetencí. Další analýzou došlo k rozdělení do třech oblastí k přesnější charakteristice a strukturalizaci získaných informací.

Obecné návrhy

Viditelný prostor pro navyšování kompetencí v předepisování je uváděn v souvislosti se sestrami z domácí péče a podobných zdravotně-sociálních zařízeních. Z řad participujících je zde značná podpora.

S_7 ...oddělení následné péče, domovy pro seniory, tato pobytová zařízení, tam ten prostor pro ty změny určitě je...

S_2 Nebo v těch Domovech důchodců... sestry by měly mít takové kompetence. Pacientka mi nepije, ale má kanylu, no tak když to nezvládá pít, tak, než přijde doktor, nebo tak, tak určitě jí dám jako fyziologický roztok...

Nejen v těchto zařízeních, ale i v běžné zdravotní péči je sestra ta, která tráví s pacientem nejvíce času. Právě při hospitalizaci přichází sestra s pacientem do kontaktu mnohokrát za den, ptá se na jeho obtíže, pocity, pozoruje subjektivně stav pacienta dle vývoje v času. I to je jeden z uváděných důvodů, proč by se sestry měly aktivněji podílet na ordinování medikace.

S_1 No hlavně pacienta vidí a nejvíce s ním spolupracuje sestra, takže ta by měla mít v podstatě hlavní slovo co se týče běžné medikace, kterou ten člověk užívá.

Tím však nestaví sestru do pozice, která přímo ordinuje léčivé přípravky, ale připouští, že jsou zde určité možnosti a podmínky, jak by se sestra mohla aktivně zapojit do této činnosti.

S_5 ...jedna věc je úprava stávající medikace jako se tomu třeba děje na některých JIP, a pak je to samozřejmě nějaká preskripce chronické opakující se medikace...

Některé také navrhují rozdělení na závislou a nezávislou preskripci, kdy primární přidávání kompetencí v závislém předepisování může být pro společnost přijatelným prvním krokem v navyšování sesterských kompetencí v této oblasti.

S_5 ...líbí se mi tady to rozdělení na tu závislou a nezávislou preskripci, protože si myslím, že je to docela dobrý nápad a cesta, jak bychom tím mohli nějakým způsobem eventuelně pohnout...

S_8 Závislá preskripce, pakliže by to bylo teda indikováno lékařem nebo v nějakých hranicích...

Závislá preskripce je tak pro naše zúčastněné jedinou reálnou možností, jak nynější kompetence rozšířit. Nezávislé předepisování je potřeba důkladněji konzultovat a vymežit.

S_4 ...nezávislá preskripce, to je zase velmi diskutované téma, já bych se chtěla dočkat doby kdy můžou sestry indikovat léky. Ony to neformálně dělají s tím, že to ten lékař dopíše a dopodepíše, ale zase je to o tom, co mohou a nemohou, a kdo za nimi stojí a myslím si, že je to velké téma k diskusi.

Ze získaných informací také vyplývá, že vymezení přesného postupu úprav a konkrétních kroků při navyšování kompetencí je velmi důležité. Vždy je potřeba dopředu a přesně stanovit, co konkrétně a za jakých okolností může sestra vykonávat.

S_5 A samozřejmě pracovat i na systému závislé a nezávislé preskripce, to znamená, říkat si, co ta sestra může naordinovat nebo co může upravit, a to si myslím, že jsou ty postupné kroky, až se dostaneme i ke změně zákona o léčivech...

Někteří uvádějí, že navýšení sesterských kompetencí by mohlo vylepšit personální situaci a snížit vytíženost lékařských pracovníků.

S_11 Když by sestra preskribovala léčiva i nějaké zdravotnické pomůcky tak to může odlehčit praktikům, ambulantním specialistům v řadě věcech a myslím si, že sestry jsou schopnější více okomentovat to podání. V tom bych já viděl jejich přidanou hodnotu, když by tuto kompetenci měli...určitě to je příležitost k tomu, jak třeba reagovat na nedostatek lékařů...

Samozřejmě si účastníci uvědomují, že je již nyní sestra velmi zaneprázdněna a při navyšování kompetencí by pro ni bylo optimální zapojení většího množství pomocného personálu, aby měla sestra víc času na nové i stávající kompetence.

S_2 Mně by se to líbilo, kdybychom měly ty kompetence, ale samozřejmě by tam musel být ten pomocný personál, abych věděla, že o pacienty je postaráno, když já budu přemýšlet, jestli ten lék můžu dát nebo ne...

Také je zde prezentován názor, že by navyšování kompetencí některé sestry uvítaly. Objevuje se i názor, že vysokoškolsky vzdělané sestry by mohly získat vyšší kompetence. Nikdo však nepředpokládá plošné zavádění změn, ale spíše selektivní výběr menší skupiny sester, které budou na navýšení kompetencí vzdělané a připravené.

S_9 Sestry by to určitě vítaly, protože mají dneska vysoké školy a jsou opravdu vzdělané. Bohužel, teda ne vždycky, ale z velké většiny a myslím si, že mají nárok mít kompetenci to udělat jinak.

S_11 ...vždycky by to byl nějaký vrchol pyramidy, asi není žádoucí, aby všechny sestry toto dělaly. Může být vzdělaná nějaká hrstka sester, která v těch oblastech bude fungovat...

Pomůcky/materiál

Předepisování pomůcek a různých materiálů, například k ošetření ran, je jednou z oblastí, která je dle našich expertů často sestrou vykonávaná činnost již v dnešní praxi. Jak účastníci uváděli, sestra učí pacienty, jak správně používat různé přístroje, bez kterých se jejich další léčba neobejde. Jako příklad je zde uvedena inzulinová pumpa, se kterou učí sestra pacienta zacházet tak, aby zvládl její obsluhu sám i v domácím prostředí. Proto je v této oblasti viditelný prostor pro úpravu kompetencí.

S_7 A velice často to tak je, že ta sestra to dělá, že ta sestra to pacientovi vydává. Mnohdy ten lékař podepíše tu žádanku a ani to nečte, ani se v tom nepohybuje. Ty pomůcky má dávat pacientovi sestra, ona ho edukuje, ona s ním pracuje a je to naprosto v pořádku, takže pak je tam naprosto zbytečné, aby byl lékař ten, kdo musí signovat ten předpis.

S_7...edukační pomůcky, to je třeba v diabetologii, kdy sestra edukuje pacienta, jak používat inzulinovou pumpu, jak používat různé ty pomůcky právě pro tu diabetologii, tak tohle všechno jsou oblasti, kde vidím prostor pro tu sestru.

Sestry často absolvují školení a semináře ohledně ošetřování ran a dekubitů a lékaři sami často v této oblasti uznávají názory sester.

S_2...třeba u dekubitů opravdu. Dobře, doktor chce vidět, jak to vypadá a podle toho si rozhodne, ale my máme semináře, a tak že my se tímhle školíme a myslím si, že i kolikrát jakoby více. Já vidím ten dekubit a myslím si, že by tam měl být Nu-gel, ale doktor si myslí něco jiného, ale tady v tom si myslím, že by ta sestra mohla mít víc, větší slovo...

S_7 ...preskripce těch pomůcek, třeba k ošetřování ran, to je stejná oblast, tak tam určitě taky vidím prostor...

Zároveň je navýšení v oblasti péče o rány shledáno jako adekvátní forma motivace k dalšímu vzdělávání. Dle jejich názoru by sestry vyhledávaly více odborných seminářů a informací, kdyby je aktivně mohly ve své práci uplatnit.

S_2 ... kdybych věděla, že to k něčemu bude, tak ráda budu chodit na takové semináře.

Opět je zde zmiňováno, že je potřeba veškeré úpravy vykonávat pomalu a postupně. Jednou z variant prvních úprav je zde uváděno i předepisování inkontinenčních pomůcek sestrou.

S_5 ...systém, který je tady nastavený dlouho...to chce dělat postupnými kroky, takže jako první krok dle mého názoru je vůbec změnit několik právních předpisů, aby bylo vůbec sestře umožněno... ze začátku alespoň preskripce nějakých inkontinenčních pomůcek.

Vybrané léčivé přípravky

V rozhovorech o sesterské preskripci se objevovalo mnoho názorů a návrhů, jakým způsobem sesterské kompetence postupně navyšovat. Dalším možným navrhovaným prvním krokem je umožnění sestřám předepisovat a podávat některé předem vymezené skupiny léčivých přípravků.

S_6 Já si myslím, že kdyby existoval nějaký stanovený seznam nějakých konkrétních, ne že úplně všechny...

S_4 Já bych to rozdělila na dvě kategorie, na ty, které si běžně lidé kupují v lékárnách a jedí je, a pak léčiva, kde by to mělo být dané nějakou specializací a zkušenou sestrou, ať už záchranáři, JIPové sestry, sestry se specializací na akutních lůžkách, které právě v těch situacích intervenčních mohou zasáhnout, protože to defacto stejně celou dobu dělají.

Nejčastěji zaznamenanou skupinou jsou volně prodejná léčiva. Jak participanti uvádějí, je pro ně logické, že pokud si kdokoliv může zakoupit volně prodejná léčiva bez lékařského předpisu a požit je, měla by vzdělaná sestra mít kompetenci takovéto léky předepsat nebo podat nezávisle na ordinaci lékaře.

S_1 ...by bylo dobré, kdy mohla sestra mít větší kompetence v předepisování léků a třeba předepsat právě lék na teplotu či bolesti sama, a potom to oznámit lékaři

S_7...běžně dostupné v lékárně, které si pacient běžně koupí sám, pak by sestra sama o sobě měla mít možnost a kompetenci rozhodnout.

S_11...určitě bych se nebál, aby sestra mohla indikovat volně prodejná léčiva analgetika, antibiotika a antihistaminika to si myslím že by šlo...

Tento názor je sdílený participujícími sestrami z různých odvětví, takže by to bylo dle jejich názoru vítané jak u poskytovatelů zdravotních služeb, tak především v domácí péči.

S_7 Například v domácí péči, v sociálních službách, tak zcela jistě by mohla být sestřám přidána kompetence, aby sama sestra mohla ordinovat léky, kterou jsou běžně dostupné...ale sestra v pobytovém zařízení mu je nemůže naordinovat nebo podat sama o svém uvážení, a to si myslím, že je trošku s rozporem se zdravým rozumem, takže tady bychom určitě stáli o to navýšení kompetencí.

S_5 Tak my jsme již teď navrhovali, aby sestra mohla u poskytovatele zdravotních služeb, podávat volně prodejné léky. Bohužel, ač jsme to hodně prosazovali, tak to neprošlo. Část sester to nechtěla. Já se teda domnívám, že pokud si laik může vzít volně prodejný lék, tak já nevím, proč by ho sestra nemohla podat taky...

Jako příklad je zde uvedeno podávání léků na bolest a ke snížení tělesné teploty bez indikace lékaře, což by dle některých bylo velice vítanou změnou.

S_10 Pokud by měly ty kompetence a v té preskripci dáno, že můžou tohle a tohle podat... třeba při zvýšené teplotě...

S_7...nebo pokud bude mít ten pacient bolesti, tak sama může uznat, jaké analgetikum použít a dávkování inzulinu, podle hladiny glykémie, to si pacienti doma regulují také samy, tak proč by to nemohla dělat sestra, která k tomu má patřičné vzdělání.

I v této oblasti se spekuluje, nad mírou dostatečné úrovně vzdělání, právě pro předepisování volně prodejných léčivých přípravků sestrou, který by zaručovala adekvátní teoretickou přípravu pro tyto činnosti.

S_1...vysokoškolsky vzdělané sestry by měli mít kompetence k předepisování běžných interních léků, například na bolest nebo co se týče léků co se domluví s lékařem...

S_11...specialistka, v nějakém oboru nebo sestra třeba advanced-pack, my to tady moc nepoužíváme ale sestra s nějakými rozšířenými kompetencemi...

Stejně tak je zde popisována rozdílnost mezi jednotlivými odděleními. Tedy přesněji rozdílnost v úrovni potíží a stabilitě zdravotního stavu pacientů. Právě to by mělo rozlišovat a omezovat možnosti sester při předepisování volně prodejných léčivých přípravků.

S_6...ne na všech odděleních, třeba ne na JIP, ale na nějakých odděleních, kde jsou ti pacienti podstatě stabilní nebo více méně stabilní, tak si myslím, že to svoje místo má nebo mohlo by mít

S_5...v jakých situacích by sestra mohla ordinovat nebo nějakým způsobem měnit tu medikaci a podobně.

Edukace

Další prostor pro úpravy je shledáván v oblasti edukace pacientů a jejich blízkých. Jak již bylo zmíněno, sestra je nejbližší pacientovi, tráví s ním nejvíce času ze všech členů týmu. Někteří uvádějí, že sestra je díky tomu právě tou nejpopovolanější, která by edukaci měla provádět. Sestra provádí edukaci mnohdy již dnes, jak nám někteří účastníci potvrdili. I zde je kladen důraz na patřičné zkušenosti a dostatečné vzdělání sester, které edukaci vykonávají.

S_5 Dá se to /role sestry v edukaci/ kultivovat a dá se v tom nějakým způsobem pracovat a informace o těch léčivých přípravcích...

S_8 Edukace pacienta a podávání informací, ale ta osoba by musela být na to vzdělaná, a ne si to jen někde přečíst z příbalového letáku.

Stejně tak jako právě sestry edukují diabetiky, jak správně aplikovat inzulin před propuštěním do domácího prostředí, měly by sestry při podávání léků být schopné poučit pacienta o léčivých přípravcích. Tato kompetence by měla podle našich expertů patřit do rukou vysokoškolsky vzdělaných sester a je zde tedy viditelný prostor pro změny.

S_5 Ačkoli v té edukaci bylo napsáno hodně, tak si myslím, že je to oblast, která zrovna je takovou doménou sester a je co zlepšovat.

S_1 Edukace pacienta a podávání informací o léčivých prostředcích by mohlo být v kompetencích vysokoškolsky vzdělané sestry.

S_1 ...edukace diabetiků i co se týče inzulinoterapie nebo vlastně léků podaných per os, to by už potom mohli mít v kompetenci vysokoškolsky vzdělané sestry.

Zlepšení koordinace péče

Jednou z oblastí, ve které očekávají naše spolupracující sestry v případě úprav prostor ke zlepšení, je koordinace péče.

Sestra a lékař

Vzhledem k možným diskutovaným úpravám sesterských kompetencí by bylo dle spolupracujících sester vítané, aby se ve spolupráci sester a lékařů zavedla některá určitá opatření, ke zjednodušení práce obou těchto profesí. Jako příklad jsou zde uváděny léky na bolest a při zvýšené tělesné teplotě, které by mohl lékař u jednotlivých pacientů zvažovat a do dokumentace zapisovat běžně, jako takzvanou fakultativní medikaci. Sestra by tyto léky měla tzv. k dispozici a v případě naplnění stanovených podmínek by je pacientovi mohla podat, aniž by v aktuální dobu musela vyhledat lékaře přímo.

S_5 i... tu spolupráci s těmi lékaři. Prostě berme to, že jsme tým, každý má nějaké své místo, své činnosti a to, že to chceme někam posunout je určitě dobře, ale aby sestra, pokud si není jistá, měla tu možnost té konzultace s lékařem. Vznikly by ty mapy péče, ale aby se dalo říct, že tohle je stav kdy já /sestra/ můžu nějakým způsobem reagovat a zasáhnout, ale taky si třeba nemusím být jistá, nebo to může být nějaké nespecifické příznaky, tak abychom si tam nevymezili, že lékař ne, abychom podporovali takovou tu zdravou spolupráci, o které si myslím, že je normální

S_2 Bylo by fajn, kdyby to bylo úplně všude stejné, přesně. Bude tady napsané, že od takové teploty můžeš podat takový lék, od takové bolesti můžeš dát intravenózně nebo intramuskulárně nebo tak. A od bolesti číslo 8 volat lékaře a to kdykoliv, v jakoukoliv hodinu.... protože kolikrát si říkám, mám ve dvě ráno volat doktorovi, že tady pacientku něco bolí.

V návaznosti na tento návrh je zde poukázáno na fakt, že by se tímto krůčkem mohlo docílit povznesení sesterské profese z pouhé pomocnice, jak se samy sestry často označují, na kompetentnějšího člena týmu. Stejně tak je popsán přínos pro lékaře, kterého by sestry nemusely někdy několikrát za noc budit kvůli běžným bolestem či zvýšené teplotě.

S_8 potom spolupráce sestra doktor. Protože v tuhle tu chvíli je sestra pořád ještě brána jako pomocný personál toho doktora a ty holky si to uvědomují, a právě i často dělají naschvály. No tak když já jim nestojím za to, aby semnou například probrali ten zdravotní stav, tak já jim to ani říkat nebudu, to nemá cenu. Anebo já jim to řeknu desetkrát a oni to tam stejně nenapišou, tak co to má za smysl.

S farmaceutem

Z dříve popsaných informací vyplývá, že farmaceuti nejsou běžnou součástí každodenního dění na všech odděleních. V některých zařízeních se farmaceut účastní vizit, jinde je k dispozici na telefonu a někde se téměř jeho služeb za tím to účelem nevyužívá.

Z analýzy tedy dále vyplývá, že právě v oblasti začlenění farmaceuta do týmu je viditelný prostor pro změnu, kdy je popisována výhodnost využití farmaceutických rad i v běžné každodenní praxi. Navrhuje se několik variant, jakými by bylo možné pomocí farmaceutů zkvalitnit farmakoterapeutickou péči.

S_1 Vlastně i ta sestra by se měla domlouvat s farmaceutem, který by měl v podstatě být k dispozici po celou dobu té léčby daného člověka, měl by ty pacienty znát, aby také věděl, u koho to je a proč to ten člověk má brát, takovou to medikaci.

S_3 ten farmaceut mohl dělat supervizi, co se týče v rámci oddělení třeba způsobem jednou dvakrát týdně návštěva a být přístupný ke komunikaci s personálem, jak lékařským, tak sesterským, aby se na něj mohli obracet s dotazy a on v podstatě tou supervizí mohl i on, jako by sledoval, jestli dochází někde k chybám v aplikaci těch léčivých přípravků

S_3 měl každý jasný cíl a jasnou roli, proč tam je a co je jeho cílem jakoby co chce zlepšit a co proč to vlastně dělá, kam se má spíš, aby bylo přesně dané, proč se to dělá a co z toho má vyplynout, jaká pozitiva z toho mají vzniknout, aby ta spolupráce fungovala

S_3 určitě, myslím si, že by ten farmaceut jako by měl být, ale jako spíš k formě, jako myslím si, že to, že je někdo na telefonu nic neřeší, že by byly lepší formou té supervize, nežikám, že čtyřadvacetihodinový ale nějakým způsobem přítomnost na tom oddělení a vidění toho dění v praxi že, co se týče ředění infúzí a o nechávání vykapání různých těch, takže myslím, že by mohli poskytnout náhled na to, co je třeba špatně a jaké doporučení jsou, aby se to dělalo lépe.

Participující sestry, které mají zkušenosti s farmaceutem přímo na oddělení, popisují, že farmaceut nejen aktuálně radí, ale zároveň i rozšiřuje obzory ostatním členům personálu, kteří jeho rady přijímají.

S_3 možnost vůbec získávání těch informací jako od těch farmaceutů...jak oni by ty léky mohly vymyslet, aby byly i proto podávání, který my potřebujeme, a tak já chápu, že to jako vymýšlí firma a není to tak jednoduchý...právě ta práce se zakládala na tom, jak udělat ty lékové formy, tak, aby byly vhodné k dávaní do těchhle těch různých hadiček

S_11 Když oni působí na tom oddělení a povídají o těch lécích, takže samozřejmě všichni slyší a naučí se víc jakých nežádoucích účinků si všímat a na co pozor, když se dávají tyto dva léky, takže ten farmaceut má význam, že ten svůj tým učí ty svoje informace o lécích.

Zásadní je však problém celkového množství klinických farmaceutů, který je jednou z participujících sester odhadnut na necelých 160, což je velmi mizivé číslo oproti množství zařízení nebo dokonce konkrétních oddělení, které by tyto služby mohlo využívat.

S_8 bude hodně velký problém, protože klinických farmaceutů je v ČR asi 160, tudíž ani z daleka to neodpovídá, že by byl jeden farmaceut na jednu nemocnici...

S_1 aby teda se rozšířil počet farmaceutů ve zdravotnických zařízeních, kteří by se zabývali pacienty na jednotlivých odděleních, aby tam byla lepší spolupráce s lékaři a se sestrami

S_12 Ideál by byl, kdyby jich byl dostatek...kdyby se mohl účastnit vizit a mohl se podílet na úpravě té medikace už přímo na tom daném oddělení. Už jenom to, že by byl i jenom na telefonu by byla výhodou

Také se zde uvádí, že pokud by sestry začaly předepisovat kteroukoliv možnou formu předpisu, bylo by důležité, aby fungovala i vzájemná spolupráce právě mezi sestrou a farmaceutem.

S_8 Samozřejmě v případě, kdy bychom se bavili o té preskripci, s tím, že sestra dostane nějakou tu vymezenou hranici a v té se má pohybovat a předepisovat tomu pacientovi něco, tak asi ano, to by mohla kontaktovat přímo toho farmaceuta, ale tady potom vypadává ten doktor.

Jednou z navrhovaných variant je zapojení farmaceuta do týmu i z hlediska přerozdělení úkonů a zodpovědnosti. Jak je zde uváděno mohou být situace, kdy sestra není kompetentní k tomu, aby rozhodla sama, ale zároveň není zcela nutné, aby zde zasahoval lékař. Zde je tedy uvedený prostor pro farmaceuta.

S_3 Asi by nebyla špatná, protože na všechno není hned potřeba lékař, ale myslím si, že nebo taky to tady je tak nedostupný. Pokud si člověk nejde pro lék do lékárny, kde mluví přímo s tím člověkem, tak jako žádný, že by se na něj obrátil nebo přišel za ním, to tady ještě vůbec není, taková multioborová spolupráce

S_8 ...ten farmaceut má daleko větší pojem, ať se na mě doktoři nezlobí, ale má daleko větší pojem o kontraindikacích nebo interakcích těch léků a někdy, když vidím lékopis, nebo ordinace tak mám pocit, že ty doktoři to často dělají systémem pokus omyl. A ten farmaceut by je navést určitě mohl

S_7 ... využíváme těch klinických farmaceutů a oni skutečně s těmi lékaři spolupracují velmi intenzivně, každé oddělení má přiděleného jednoho a oni mají ty znalosti o interakcích léků. Samozřejmě mnohdy mnohem vyšší a je dobře, že jsou členy toho týmu, protože to velmi pomáhá lékařům, sestram ale především pacientům. Ta léčba je výrazně smysluplná, opravdu je smysluplná a takhle by to mělo být. Myslím si, že součástí každého týmu, neříkám, že u každé ordinace, ale součástí každého týmu by měl ten farmaceut být, pak bychom byli skutečně ve stavu ideál

Za další navrhovanou možnost se zde uvádí rozdělení farmaceutů alespoň v rámci oborů, tedy na interní a chirurgické, ale také na standartní a intenzivní péči.

S_1 V ideálním případě bych si představovala, že by byl daný farmaceut vyhrazený pro standartní péči, pro intenzivní péče, chirurgickou péči, aby byli schopni docházet na to oddělení, a aby byli schopni domlouvat se v rámci ošetrovatelského týmu, aby fungovala ta trojí spolupráce lékař, sestra, farmaceut, a aby u jednotlivých pacientů se léčba upravila a vše se jim vysvětlilo, aby dále nepožadovali své dosavadní léky na svých praktických lékařích další a další množství léků.

S_3 myslím si, že jsou to i slabé stránky lékařů a trošku někde něco někam napíše a už se v tom pak jede pořád, že si myslím, že ten dohled toho farmaceuta by nebyl špatný, v tom, jak ten lék podat nebo dávkovat

S_8 ten doktor měl zvednout telefon a zavolat tomu klinickému farmaceutovi, jestli všechny ty léky, které pacient bere nejsou kontraproduktivní, co se týká ovlivňování účinků... potřebuji mu tam přidat léky na to a na to, nebude se to ovlivňovat? Nebude se to kumulovat? Ale takhle si myslím, že to prostě nefunguje

Je zde však popsán i opačný přístup, kdy začlenění farmaceutů do běžné praxe by mohlo být ku prospěchu při vývoji nových léčiv. Jak je uváděno, přínosné by pro farmaceuty bylo již to, že reálně vidí, jak pacient léky užívá a jestli aplikační formy, které jsou na trhu dostupné jsou i adekvátní k možnostem skutečného podávání.

S_3 při těch kontraindikacích, že jakoby ve formách toho podání a vůbec třeba spolupráce na vývoji nových... aby ti farmaceuti viděli, jakým způsobem ten člověk to musí jako aplikovat, co musí, nejde jenom o to dát do žíly ale vypít, spíš prostě asi jako, myslím si, že i pro ně by to bylo jako přínosný...

Rizikové oblasti

Analýzou získaných informací byly identifikované oblasti, u kterých naši informanti vyjádřili jisté nedostatky a prostor pro změnu ve vztahu k navyšování sesterských kompetencí. Konkrétní připomínky jsou pak vyjádřeny u jednotlivých bodů dále. Mezi rizikové oblasti je zde tedy zařazeno vzdělávání, legislativa, systém ohodnocení, prestiž zaměstnání, personální zajištění, informovanost a vymezení, dosavadní struktura, zajištění kvality a bezpečí poskytované péče.

Vzdělávání

Prvním bodem, který z analýzy požadovaných změn jasně vyplývá, je změna vzdělávání. Je zde prezentován názor, že současné vzdělávání sester není připravené na navyšování jejich kompetencí.

S_12 Pokud bychom chtěli dát sestřičkám kompetence, tak k tomu musí mít i tak k tomu musí mít i vědomosti.

S_7 ...vzdělávání, to si myslím, že je jasný parametr, který je nepodkročitelný, a na tom se to všechno odvíjí.

S_12...tak jako všechno, tak i zdravotnictví jde ku předu, takže já jsem pro zvyšování vzdělávání, ale musí to mít smysl a ten já v současném systému nevidím...

Sestry jsou po získání kvalifikace kompetentní k úkonům, které jsou legislativně vymezeny. Je však také uváděna jistá duplicita vzdělání, kdy po absolvování různého stupně vzdělání mají sestry stále stejné kompetence.

S_11 Určitě bych chtěla, aby se změnila v zákoně kompetence vysokoškolsky vzdělaných sester a změnila bych duplicitu vzdělání sester v ČR, protože je tady spousta certifikovaných kurzů, sester Dis., bakalářek, magister, které mají všechny v podstatě stejné kompetence, mimo sester praktických.

S_11...kompetence se prolínají a chtělo by to oddělit a řádně vymežit. Jsou tady vlastně i kompetence zdravotnických záchranářů a porodních asistentek, všechny ty obory se vlastně prolínají a určitě by to chtělo lépe vymežit.

Dále také zmiňují, že není zcela nutné navyšovat kompetence plošně, ale jen některým v závislosti na absolvování některé upravené formy vzdělávání.

Nejčastěji zmiňovanou oblastí v možných úpravách je předepisování, kde vidí dotazovaní velkou mezeru v současné přípravě právě ve vzdělávání sester ve farmakologii, která by měla být zásadní oblastí znalostí, má-li být sestra kompetentní k předepisování jakékoliv skupiny léčiv nebo léčivých přípravků.

S_1 ...určitě by chtělo to vzdělání přizpůsobit, alespoň co se týče té farmakologické stránky, aby se na těch školách tady tomu problému více věnovali, aby teda ta sestra byla schopná se orientovat v oblasti těch léků...

S_5 ...posílit výuku, a to významným způsobem. Jak v tom pregraduálním studiu, tak samozřejmě v tom postgraduálním studiu, z hlediska farmakologie, farmakoterapie, aby ty sestry našly jako jistotu, aby měli dobrou teoretickou průpravu, aby se mohly dobře rozhodnout.

S_4 ... to jsou všechno věci, které ovlivňují zásadně funkčnost léčiva ..., a tohle podle mě, samozřejmě se učíte za pochodu, ale aby to fungovalo, tak na to musí být jasně definované vzdělávání mimo tu běžnou práci.

S_11 ...prodlužují nebo nastavují dlouhodobě nastavenou chronickou medikaci... takové věci si dovedu představit, ale u sester, které mají nějaké vzdělání nad rámec tedy klasické kvalifikace.

Dále se také uvádí nedostatečná teoretická průprava v ekonomii a dalších oblastech, které jsou s preskripcí úzce spjaté. Je potřeba rozšířit vědomosti všeobecně o principu a funkčnosti systému pojištění, ale i o úhradách od pojišťoven a celkově posílit finanční gramotnost v této problematice.

S_5 ... pokud budeme chtít po sestře, aby preskribovala, byť jenom částečně, tak by měla něco vědět o úhradách léčiv, co jsou to doplatky, jak funguje systém zdravotního pojištění... je potřeba, značně posílit i takové ty ekonomické znalosti... posílit ji i v té finanční gramotnosti

Ani každý zúčastněný sám za sebe není jednotného názoru, jak přesněji vzdělávání upravit. Sami uznávají, že je několik možností, a to buď upravit to stávající dle potřeb připravovaných změn, anebo zcela vytvořit nové, například jako další možné specializační vzdělávání.

S_5 ...co budeme chtít, aby se sestry během kvalifikační přípravy naučily? Je třeba posílit v obecné rovině farmakologii, to se domnívám, že určitě ano. Ale je otázkou, jestli vytvořit třeba nový obor specializačního vzdělávání ... nebo jestli bude certifikovaný kurz pro nějaké oblasti

S_12 ... ošetrovatelství vám nic nedá, ale pokud by tam byla ta specializace na konkrétní obor, ve kterém se chce ta sestřička vzdělávat, tak to by pro mě byl ideál vzdělávání

S_5 ...je otázkou, jestli to zahrnout do nějakého specializačního vzdělávání nebo udělat nějaký nový obor specializačního vzdělávání. Protože upřímně si myslím, že nějaký certifikovaný kurz na to prostě nestačí, to je prostě málo hodin, na to, aby se ta problematika viděla v širších souvislostech...

Také je zde prezentován názor, že vysokoškolské vzdělání je základním krokem k možnosti, jak získat vyšší kompetence.

S_12 Pro kompetence ve farmakoterapii bych určitě kladla důraz na vysokoškolské vzdělání...

S_7...musí jít ruku v ruce s vyšším vzděláním. Ať už jsou to specializační studia, nebo většinou jsou to specializace ať už jsou formou dneska magisterských programů, což si myslím, že je asi nejsprávnější volba, tak určitě to musí být v návaznosti na vzdělání.

Také se zde nepředpokládá, že by se mělo plošně nastavit zvýšení kompetencí, což je také podloženo názory, že je potřeba sestry pro tuto kompetenci dovzdělat. Bylo by možné sestřím nabídnout možnost dalšího vzdělání za předpokladu navýšení kompetencí s určeným uplatněním na trhu práce.

S_11 Může být vzdělaná nějaká hrstka sester, která v těch oblastech bude fungovat, například v domácí péči nebo nějakých podobných sektorech...

Legislativa

Úpravy vzdělávání se neobejdou bez legislativních změn. Právě zákonné normy jsou další zmiňovanou problematickou oblastí. Získané informace tedy prezentují několik oblastí, kde by mohlo dojít k legislativním úpravám.

S_12 A myslím si, že pokud se nezačne něco dít a nebude to mít legislativní ukotvení, tak se v tomto směru neposuneme dál.

Za prvé je to již zmíněné vzdělávání, kdy jsou mimo jiné legislativně stanoveny požadavky na studijní obory a také konkrétní sesterské kompetence, který jsou přímo spjatý i s legislativou a vzděláním.

S_1...určitě by to chtělo změnit legislativu a prostě ty kompetence těm vysokoškolsky vzdělaným sestřím dát.

Také je uváděno, že některé sestry vykonávají činnosti nad rámec svých legálních kompetencí tím, že na ně lékař deleguje svou činnost. To je však často úzce spjato se zvyklostmi oddělení.

S_7...bychom potřebovali zlegalizovat činnosti, které již dnes sestry ve skutečnosti dělají. Protože všichni víme, že jsou oblasti, ve kterých sestry působí... k tomu samozřejmě vede jejich vzdělání, letitá praxe, jejich zkušenost, důvěra v toho lékaře, se kterým na tom pracovišti jsou.

S_4...dnes existují regulérní formy, jak tuhle kompetenci předat sestřám a zaštitit to legislativou, protože je fakt, že ony tu znalost mají.

Experti také vidí potřebu lepší spolupráce mezi jednotlivými ministerstvy, aby další možné změny v oblasti kompetencí i vzdělávání byly právě komplexně propojeny navzájem mezi sebou a měly právní zakotvení.

S_12 Aby docházelo ke spolupráci těch ministerstev, protože nestačí, aby si ministerstvo zdravotnictví myslelo, že změni systém vzdělávání, pokud k tomu nepřizve ministerstvo školství... tam ta komunikace vážne, takže opět, pokud nebudu spolupracovat tak se nezmění.

Legislativní ukotvení navýšení kompetencí je zde prezentováno i jako forma ochrany všech zúčastněných. Tak, aby se činnosti a možnosti jasně vymezily a zamezilo se případným zbytečným pochybením či soudním sporům. Zde se opět připomíná, že je potřeba jednotlivé kroky neuspěchat a v této oblasti se pozvolna posouvat.

S_8 ...ošetřit legislativně, aby potom tam nedocházelo k nějakým zásadním problémům... že by měla třeba nějaké hranice, za jakých podmínek může tomu člověku, ten konkrétní lék předepsat anebo obráceně...

S_5 ...to chce dělat postupnými kroky, takže jako první krok dle mého názoru je vůbec změnit několik právních předpisů, aby bylo vůbec sestře umožněno, a teď začnu třeba z jiní oblasti, umožněna ze začátku alespoň preskripce nějakých inkontinenčních pomůcek.

System ohodnocení

Jak je z našeho šetření patrné je také potřeba změnit systém ohodnocení. S nárůstem kompetencí je požadovaný i nárůst finančního ohodnocení. Přestože samy vybrané sestry uváděly, že peníze nejsou největším současným problémem, se kterým se toto povolání potýká, uznávají, že jedním z podstatných bodů k úspěchu při navyšování kompetencí je právě změna ve finančním ohodnocení. Požadují tedy přímou úměru mezi nárůstem kompetencí a finančním ohodnocením, ale zároveň je pro ně důležité i postavení ve společnosti, které může být někdy nepřímo spjaté s finančním zabezpečením jedince.

S_10 ...ty problémy ve zdravotnictví nejsou jen v tuto poslední dobu, ale že už se táhnou posledních možná deset let... teda se musí nastavit nějaký, samozřejmě fond odměňování, aby teda byly dobře zaplacené, ty sestry a měly nějaký kompetence a postavení v té společnosti.

S_8 ...tak když někomu budu zvedat kompetence, tak bych ho měla dokázat i adekvátně zaplatit

S_8 ...když teda u ní budu chtít něco navíc, tak jí za to budu muset něco nabídnout

S_11 Více zodpovědnosti-více peněz, muselo by se to tam někde promítnout.

Prestiž zaměstnání

Jedním z neopomenutelných problémů sesterského povolání je dle našich účastníků i současného postavení jako profese. Ze zaznamenaných výroků je zřejmé, že samy sestry pociťují klesající prestiž svého povolání. A to nejen mezi laickou veřejností, která se mimo jiné může projevit menším zájmem o studium tohoto oboru a tím i o snížení počtu nově nastupujících sester do praxe, ale hlavně vnímání sebe a svého postavení v týmu. Jako jednu z možností zvýšení prestiže uvádí právě i úpravy v dosavadních kompetencích, které mohou namotivovat nové zájemce o studium a zároveň povzbudit stávající personál a zvýšit jim vlastní potřebu prestižního zaměstnání.

S_10 ...musí se znovu tu prestiž sester vybudovat Protože dříve měla sestra nějaký postavení, nějaké jméno

S_2 Bude se více cenit, jako že může rozhodovat o něčem prostě i já jako sestra.

S_7... v současné době se neustále diskutuje o tom, jak zvýšit prestiže povolání sester, a já myslím, že to, že se jim navýší kompetence je právě jedna cesta, jak zvýšit tu prestiže

S_12 ...namotivovat mladé lidi, aby vůbec do toho zdravotnictví šli. Protože si nemyslím, že je to taková ta profese, co táhne ty mladé lidi...bylo by potřeba zvyšovat tu prestiž, a to zase souvisí s tou motivací.

Naši účastníci také poukazují, že jsou pro ně znatelné rozdíly i mezi jednotlivými zeměmi. Dle jejich názoru je například v USA sesterské povolání velmi prestižní a uznávané, což zde neshledávají. Naopak zde uvádí, že je často sestra nuceně degradována na pozici administrativního pracovníka, kde je nevyužita její odborná způsobilost, znalosti a zkušenosti a zároveň to i ovlivňuje její subjektivní hodnocení svého uplatnění.

S_6 Jsou země, třeba právě v Severní Americe, USA, kde je to prestižní povolání ta sestra.... A nejsem si jistá, že ta image, který má tady ta sestra v ČR je taková, že si myslí, že je tam co zlepšovat...je to smutné, pokud sestra zvedá telefon u přepážky, že by tam měl být nějaký administrativní pracovník a nechť ta sestra pracuje profesionálním způsobem a nechť má tady tyto podmínky pro to, a potom i to mínění té veřejnosti se změní, a třeba i ta atraktivita toho povolání se změní a tím pádem i určité problémy...

Personální zajištění

Často zmiňovanou problematickou oblastí je nedostatek personálu, a tedy současná personální krize, která však přetrvává několik let. Naši experti vidí v sestrách velký potenciál, ale nezlepšující se krize bohužel omezuje případné možné úpravy i když jsou si vědomi, že se situace za několik let výrazně nezměnila a žádná taková změna není ani očekávaná, není úplně na místě úplně odstoupit a zříkat se dopředu návrhu jakýchkoliv změn.

S_5 ...že i při současném, řekla bych velkém, personálním nedostatku nelékařů není možné rezignovat na nějaké závažná témata, která v praxi jsou, a která se vyskytují... máme nevyužitý potenciál sester, na druhou stranu je pravdu, že mnohdy dochází k překračování legislativních podmínek...

S_8 ...abychom mohli rozšiřovat kompetence a klást na ty sestry větší požadavky, tak je potřeba nejprve stabilizovat ty týmy, které jsou a přivést do toho zdravotnictví víc lidí, tak abychom mohli vytvořit nějakou mezioborovou spolupráci, protože dokud tu nebude dost lidí, aby to mohli dělat, tak nemá cenu s tím nějakým způsobem začínat

S_3 Asi nedostatek sester a času na jako by to je vlastně další práce navíc ale něco co by se muselo do toho procesu začlenit, což je ze začátku vždycky těžký, a ne vždy vítáno...

S_4 Tak to je opět ten nedostatek personálu, ten se nám dnes promítá opravdu do všech sfér, a vidím to opravdu jako slabou stránku. Nedostatek personálu, nedostatek finančních prostředků...

S_8 ... v tuhle tu chvíli je ten systém natolik nestabilní, že jakákoliv snaha cokoliv prosadit, tak se bude odehrávat za velmi bouřlivé diskuze. Protože jedna polovina to chtít bude druhá to chtít nebude

Informovanost a vymezení

V případě úprav je ze stran participujících sester očekáváno jasné vymezení, kdo a za jakých okolností nabývá předem stanovených kompetencí, ale i úprava sesterské hierarchie. Dle námi oslovených sester se dá očekávat, že lékaři nebudou chtít předávat sestram své činnosti.

I proto považují za rozumné, aby úpravy kompetencí vycházely z jednání mezi zástupci sester, lékařů a farmaceutů tak, aby výsledkem byla multidisciplinární kvalitní péče, kde bude každý člen znát své postavení, kompetence a možnosti.

S_5 ...tak je prostě potřeba nějakých dalších jednání a vyjednávání, ať už s lékařskou komorou nebo s farmaceutickou komorou, kteří samozřejmě ty své kompetence přepouštět nechtějí, i když víme, že u těch praktických lékařů to ty sestry již mnohdy dělají.

S_8 ...vyjádřit ti doktoři, protože ty kompetence svoje vlastní předávají docela neradi. A ještě obzvlášť tady tím směrem. Takže museli bychom je přesvědčit o tom, že tady ta sestra, která by to dělala, opravdu ví, co dělá. Takže v tuhle tu chvíli není vhodné prostředí.

S_11 ... jde o to asi vymezit nějaké lékové skupiny za jejíž ordinaci nebo preskripci může zodpovídat. Nejsem si jistý, že by měla zodpovídat za všechno. Tam je třeba hledat nějaký způsob, jak to vymezit, jestli může ordinovat volně prodejná léčiva, anebo nějak jinak to definovat.

S_5 ...musíme ale přesně vymezit ten okruh, ve kterém se sestry budou pohybovat, protože samozřejmě větší kompetence se rovnají i větší odpovědnosti a je potřeba těm sestřím i říkat. To znamená, že by tady mělo být jednoznačně řečeno: Ano, lékař bude indikovat tu závislou preskripci a sestra tu nezávislou a obnáší to a to...možná je ta cesta, tím opatřením té závislé a nezávislé preskripce, že by se to tím dalo dobře vyčlenit. Protože pokud ty role jasně neurčíme, tak to bude stále předmětem sporu a nebude to fungovat a každý si to nastaví nějak jinak.

S_8 ...měla mít nějaké hranice, které by měl vymezovat v tuhle tu chvíli lékař. Bud' to, pacient vám přijde v takovém a takovém stavu a máte k dispozici tyhle ty a tyhle přípravky, můžete je pacientovi podat...současná legislativa je prostě nastavená tak, že ta sestra v podstatě nesmí vůbec nic, takže v první řadě by se opravdu musela vést velká diskuze teda tady o tom, co té sestře dovolit, aby nemohla tomu člověku ublížit

Také je zde prezentovaná obava z reakce veřejnosti, tedy pacientů, na tyto možné úpravy. Předepisování léků vždy bylo v kompetenci pouze lékaře, a tak je to i mezi širokou veřejností zažité. Je zde tedy otázkou, zda by byla sestra pro pacienta v této oblasti důvěryhodnou osobou.

S_11 ...je tam riziko, že nikdo na to ve společnosti není nastavený, že by sestra něco předepisovala nebo manipulovala s léčivý, vždy pacient čeká na lékaře, takže bychom ty pacienty museli naučit, že i sestra má nějaké kompetence... postupně třeba nabalovat. Když se začne s těmi volně prodejnými léčivý, proč by nemohla sestra rozhodnout o jejich podání v rámci hospitalizace a obhájit si to a nést za to odpovědnost.

Dosavadní struktura

Pokud se hovoří o možných úpravách sesterských kompetencí, připomínají naše oslovené sestry, že je potřeba upravit obecně strukturu týmů a oddělení, ale i využití finančních zdrojů tak, aby byla zachována alespoň dosavadní kvalita a nebyla ohrožena zdravotní péče. Také se zde uvádí, že současné multiprofesní týmy nejsou na tyto změny připravené, protože samy nejsou často již v tuto chvíli dostatečně kompaktní.

S_2 více těch pomocných pracovníků, kteří by dělali ty pomocné práce a sestra by jen dělala svojí odbornou práci, a ještě by ji přibýlo rozhodovat o podávání některých léků. Tak si myslím, že by se sestry cítily více jako důležitější, potřebnější,

S_5 bude muset dojít k restrukturalizaci těch akutních lůžek. Řekněme si, že nikdo k tomu ještě nemá politickou odvalu, aby řekl, jak by ta restrukturalizace měla vypadat, nicméně si myslím, že lůžka dlouhodobé péče budou posilovat, a samozřejmě v nich by měla, dle mého názoru, by v nich měly mít dominantní roli ty sestry, samozřejmě s možností konzultace s ošetřujícím lékařem a tak dále

S_6 že někdy ty finance nejsou využity hospodárně, že někdy opravdu dojde k plýtvání financí a další hrozba myslím si, že je celkové stárnutí té populace. Takže, bude třeba do budoucna více nemocných lidí, ty nároky na tu zdravotní péči se budou zvyšovat; lidé očekávají více, dožívají se vyššího věku, ale jsou přitom nemocní, v té poslední fázi toho života. Ty roky ve zdraví se neprodlužují. Takže ti lidé stráví hodně té doby v nemoci, zároveň se očekává že self-management té nemoci tam bude, že ten pacient se musí sám o sebe postarat

S_8 ... dokud nebude ten tým kompaktní, tak se jakékoliv změny zavádějí hrozně těžko a má to veliké porodní bolesti, i když je to připravené pěkně a ta myšlenka je dobrá, což tohle to by určitě smysl mělo, ale ty týmy nejsou kompaktní.

Zajištění kvality a bezpečí

V diskuzích zaměřených na možné úpravy je také participujícími sestrami, kladen důraz na zachování, nebo lépe, zvýšení kvality poskytované péče a její bezpečnosti. Již dnes jsou často sestry vytížené, jak se zde uvádí, ke své práci vyřizují i telefonáty a často dělají i více věcí najednou. Poukazuje se zde na fakt, že jsou sestry často při své práci vyrušovány a ovlivňovány mnohými vnějšími vlivy, které by bylo pro zlepšení kvality a bezpečí poskytované práce co možná nejvíce snížit.

S_6 Já si myslím, že je to právě to vyrušování té sestry, že ta sestra nemá na to čas nebo nemají tam ty prostory... je opravdu důležité, aby na to měla čas a klid, na přípravu těch léků a taky, aby měla čas na to podání těch léků. Ne, že spěchá někam jinam, protože nestíhá a nechá tam ty léky někde u lůžka pacienta a už tam ani nejde zkontrolovat nebo za prvé by vůbec neměla odcházet, protože pokud odejde, tak je to problém...tohle by se mělo eliminovat...spojit tu praxi v bezpečnější.

Také se zde uvádí zkušenost, kde je podávání medikace a obecně i další činnosti více ovlivněny modernizací a dostupnými technologiemi. Tím je zajišťovaný přehled o podaných léčivých přípravcích a aktuálním stavu zásob, ale i modernější přístroje využívané k intravenóznímu podání léčiv, které zabraňují předávkování.

S_6...tam používají nějaké i čárkové kódy, kde přesně vědí, to byla právě JIP, kde nějaké ty léky mají. Kdy přesně věděli, kolik tam mají toho léku, kolik jim tam zbývá. Prostě, ten systém to všechno monitoroval, a ještě to tam bylo zamčené a odemykalo se to...ta technologie postupuje v zahraničí, tam kde to mají je úžasné. Technologie i v rámci intravenózních pump, které tam zamezují nějakému předávkování, to si myslím, že se také neustále zdokonaluje. Počítače, a tady ty různé pumpy...

4. Diskuse

Současná farmakoterapeutická péče zaměřená na sestru

Činnosti, která sestra vykonává jsou součástí ošetrovatelského procesu, v souladu s patřičnými legislativními normami a vnitřními předpisy zařízení (Kroezen et al., 2011). Objevují se názory, že není zcela správně využíván potenciál odborně vzdělaných sester. Vykonávají často činnosti pro méně kvalifikované pracovníky, anebo naopak jsou z řad lékařů pověřovány administrativními úkoly, které standartně nepatří do jejich náplně práce (Mikšová a kol., 2014). Což se ukazuje i v informacích uváděných našimi participujícími sestrami.

Důležitou částí práce sestry je sledování pacienta. Tato činnost je zde uváděna jako běžná součást každodenní práce, lze ji tedy považovat za automaticky vykonávanou. K tomu je přiřazeno plnění ordinací spojených s pozorováním, ať už se jedná o měření fyziologických funkcí či hodnocení stavu a obtíží pacienta (Plevová, 2018). Odlišnost je dle našich výsledků zaznamenána v rámci poskytování standartní a intenzivní péče. Činnosti sestry v intenzivní péči jsou více zaměřeny na pozorování pacienta, a to vzhledem k menšímu počtu pacientů, ale i charakteru samotného oddělení, kde je kontinuální monitorace fyziologických funkcí a dalších parametrů běžnou součástí. Na standartních odděleních je vzhledem k počtu pacientů daleko menší podíl ošetřujícího personálu. Je zde tedy diskutována možnost, že dochází ke zaznamenání změny stavu až při významnějších výkyvech. Většina činností s tímto spojená je tak vykonávána pouze v závislosti na vykonávání lékařských ordinací.

Za zásadní je zde popisována i monitorace účinku podávaných léčivých přípravků. Sestry podávají lékařem naordinovanou medikaci. Jednat se může o chronickou, běžnou medikaci, ale i fakultativně podávanou, tedy medikaci podávanou v závislosti na konkrétním pozorovaném jevu, kterým může být například zvýšená teplota. Diskutabilní je podávání medikace sestrou bez indikace lékaře. K tomu jsou vázány urgentní stavy. Není však v kompetenci žádné, byť sebe víc vzdělané, sestry v České republice, aby podávala léky z vlastní indikace ani při urgentních stavech. Za běžnou praxi v takových situacích považují participující sestry využití již předepsaných léčivých přípravků ve stanoveném rozmezí lékařem do jeho naplnění, a také plnění ústně sdělených ordinací lékaře, kdy zápis do dokumentace, a tedy prodleva podání, mohou významně ovlivnit zdravotní stav pacienta. V rámci zařízení musejí být vytvořené vnitřní předpisy, ve kterých je přesně stanovený průběh a další náležitosti ústní i telefonické ordinace tak, aby byla zachována kvalita a bezpečí poskytovaných služeb (Joint Commission International, 2008).

Veškeré činnosti vykonávané sestrou i lékařem jsou a musejí být součástí dokumentace pacienta. Náležitosti zdravotnické dokumentace jsou dány legislativními podmínkami a upravovány dle vnitřních předpisů a požadavků jednotlivých pracovišť. Sesterská dokumentace poskytuje přehled o vykonaných činnostech a plněných ordinacích lékařem (Policar, 2009). Získané informace nepopisují žádná protiprávní jednání, naopak upozorňují na některé, pro naše sestry, důležité body. Připomínán je zde záznam v dokumentaci pro omezení duplicitního podávání léčivých přípravků,

kteřé by mohla provést jiná ze sester, pokud by nebylo podání zapsáno. Součástí by mělo být i zhodnocení účinku podávané medikace, a to především té fakultativně užívané, vzhledem k dohledatelnosti a možnosti dalšího podání. Stejně tak i výkyvy ve zdravotním stavu, které mohou být v závislosti na podávané medikaci. A znovu je podotknuto, že vše musí být v souladu s ordinacemi lékaře. Participující sestry nechtějí opomenout ani péči, kterou sestry poskytují v pobytových zaříceních sociálního charakteru, ale i v domácím prostředí. Zde sestry vykonávají péči bez přímé možnosti konzultace s lékařem. Veškeré činnosti jsou prováděna v souladu s lékařskými ordinacemi, ale konzultace s lékařem je zde méně dostupná oproti běžným lůžkovým zaříceními nemocničního typu. Právě v takových zaříceních se využívají i telefonické ordinace.

Ovlivňujícím prvkem sesterské práce je i adherence pacienta k poskytované péči. Dle našich výsledků je sestře přisuzována zodpovědnost za užívání předepsané medikace pacientem, ale i dodržování léčebného režimu, jedná-li se o péči poskytovanou v pobytových zaříceních. Roli zde hraje soběstačnost pacienta, ale i jeho osobnostní rysy. Ovlivněn může být také vzhledem k povaze svého onemocnění, ale i odloučení od běžného života v případě hospitalizace (Plevová, 2018). Veškeré činnosti sestry by však měly směřovat ke zlepšení pacientovi adherence, aby byl schopný předepsané léčivé přípravky adekvátně užívat i v domácím prostředí. Nastavení léčebného režimu je potřeba uskutečnit vzhledem k možnostem pacienta, ale i prostředí, ve kterém bude v rekonvalescenci pokračovat. Dále se zde hovoří o edukaci pacienta a případně i příbuzných, pečujících osob, kteří se po propuštění z pobytového zařícení budou na péči a podávání léků podílet. Zapojení rodinných příslušníků je důležitým prvkem poskytované péče z hlediska další péče, ale i během hospitalizace, kdy je kontakt s rodinou často jediným sociálním kontaktem pacienta (Bártlová, 2005).

Práce sester může být ovlivněna mnoha faktory. Pozorovatelné jsou rozdíly vzhledem k jejich vzdělání, přístupu, typu pracoviště, na kterém pracují, ale také dle dosavadních zkušeností a postavení v sesterské hierarchii. Nelze také opomenout propojení osobního a pracovního života, kdy i nespokojenost v osobním životě sestry může být promítnuta do pracovního prostředí (Marc, 2018). Avšak sestry by měla adekvátně oddělit osobní a pracovní život a nepromítat jednotlivé problémy do činností v druhé oblasti. Očekává se, že zachová profesionální přístup při výkonu povolání (Mellanová, 2017).

Mezi participujícími sestrami se objevil názor, že úroveň dosaženého vzdělání jednotlivých sester je ovlivněna úpravami, které sesterské vzdělávání v průběhu let zaznamenalo. Sestry také popisují, že se nyní na pracovišti setkávají různě vzdělané sestry, které mývají ale často téměř identické kompetence. Rozdíl nastává je-li součástí týmu zdravotnický asistent nebo praktická sestry. V takových chvílích je potřeba jasné vymezení činností dle platných právních norem a vnitřních předpisů, vymezení kompetencí a odpovědnosti. Odpovědnost za pacienta zde přebírá sestry kvalifikovaná k práci bez odborného dohledu. Je však také jistým způsobem odpovědná za činnosti, které vykonávají méně kvalifikovaní pracovníci na jejím pracovišti. Zprvu je tato problematika řešena rolí školitelky pro nově nastupující, ale jak sestry z praxe uvádějí, je i dále potřeba vnímat jejich činnosti za vlastní odpovědnost. Někteří nově nastupující méně kvalifikovaní zaměstnanci,

jsou si často vědomí nižší míry zodpovědnosti, která je jim v souvislosti s dosaženou kvalifikací stanovena. I proto některé sestry zaznamenaly odlišný přístup oproti plně kvalifikovaným kolegyním. Zůstaneme-li u rozdílnosti u nově nastupujících sester je zde prezentována i zkušenost s absolventkami vysokých škol, které považují své vysokoškolské vzdělání za podstatnější než roky praxe a množství zkušeností ostatních sester. Přímo na vzdělání je možné navázat rozdílností v přístupu. Zmiňován je odlišný přístup nově nastupujících méně kvalifikovaných zaměstnanců, kteří jsou si vědomi své snížené odpovědnosti oproti plně kvalifikovaným sestram, které nesou plnou zodpovědnost za své činy.

Ze zkušeností participujících sester lze odlišnosti vnímat i dle současného pracoviště sestry. Sestry nastupují primárně na každé pracoviště se základními naučenými dovednostmi, které získaly během praktické přípravy při studiu. Různá oddělení však vyžadují důkladnější znalost určitých onemocnění a postupů, které si sestra během působení na daném oddělení osvojí. Z tohoto pohledu je tedy podstatná i odlišnost ve zkušenostech jednotlivých sester, které si osvojily během let praxe, ale i v závislosti na odděleních, zařízeních, ve kterých pracovaly. Zkušené a zároveň vzdělané sestry jsou stále nejpovažovanějšími členy týmu.

Rovněž je možné pohlížet na sestry v rámci jejich hierarchie podřízenosti a nadřízenosti. Na tuto oblast je zde však poukázáno, jako často nevyváženou. Vedoucí sestra by měla být emocionálně stabilní, schopná logicky i mocensky uvažovat a jednat (Hekelová, 2012). Což je dle zkušeností dotazovaných často nedosažitelné a do těchto funkcí jsou dosazováni nedostatečně erudovaní pracovníci.

Komplexněji je sesterská činnost ovlivňována autoregulačními mechanismy, sociálními a intelektuálními předpoklady každé jednotlivé sestry. Někdy jsou tyto prvky společně se senzomotorickými dovednostmi a estetickým citěním označovány jako předpoklady jedince pro vykonávání sesterské profese (Mellanová, 2017). Pro zajištění a zachování profesionality je potřebné osvojení vzorců chování, které jsou shodné pro lékařské i zdravotnické pracovníky. Mezi tyto vzorce řadíme funkční specifitu, universalismus, emoční neutralitu a kolektivní orientaci (Bártlová, 2005).

Hodnocení kladů a záporů současného stavu sesterské profese je ovlivněno subjektivním vnímáním dotazovaného jedince, ale především zkušenostmi. V šetřeních se často objevují komentáře zaměřené na časté úpravy a změny vzdělávání, které přímo souvisejí s legislativními normami. Jedním z faktorů je uváděna často se střídající politická scéna. Během krátkého působení jsou vytvořeny nové návrhy úprav, ale k jejich plnému zrealizování není vyvinut potřebný výkon. Ještě, než jsou změny zcela zrealizované dojde ke změně vedení, které se snaží uvést do chodu vlastní vize a myšlenky.

Dlouhodobě diskutovaný je i nedostatek nelékařského personálu, který je často spojovaný se zmíněnými úpravami legislativy a vzdělání, ale také s nízkou prestiží profese. Uvádí se také finančně výhodnější nabídky od zaměstnavatelů mimo sektor zdravotnictví, které mohou při rozhodování přetížených sester sehrát významnou roli. Lze hovořit o začarovaném kruhu, kdy nedostatek personálu vede k přetěžování toho stávajícího za snížení jejich výkonnosti a odolnosti, kdy není ojedinělé, že dochází k syndromu vyhoření a úplnému odchodu sester z profese.

Za pozitivní faktory sesterské profese považují participujícími sestrami postavení sestry k pacientovi, tedy jejich vzájemnou blízkost. Jak je uvedeno, práce sester spočívá v přímém a častém kontaktu s pacienty, což ji staví do role nejbližšího článku v poskytované péči. Přítomnost sestry bývá pro pacienta dosažitelnější než ta lékařská i proto se častěji svěřují se svými obtížemi zdravotního i osobního charakteru raději sestře. Stejně tak je stále vyzdvihována práce zkušených a zároveň vzdělaných sester, které svou práci vykonávají empaticky za podpory týmové spolupráce.

Výčet činností, které sestra v rámci farmakoterapeutické péče poskytuje, je participujícími sestrami jasně popsán. Rozdílnost nastává při interpretaci zkušeností z jednotlivých pracovišť, kde se promítají zvyklosti oddělení a přístup jednotlivých zaměstnanců. Uvedené činnosti, jsou sice každodenní součástí sesterské profese, ale i přes to zde dotazované sestry shledávají prostor pro zlepšení. Popisují, že by se dala role sestry v jednotlivých činnostech posílit, pokud se zapracuje na uvedených záporech současné sesterské profese a zachovají se faktory pozitivní.

Současná farmakoterapeutická péče obecně

Sestry popisují, že se na poskytované péči podílí mnoho odborníků z různých oborů, ať už formou konziliárních vyšetření v rámci hospitalizace nebo ambulantní specialisti. Využíván je tedy potenciál lékařů dostupných oborů, ale i nelékařských specialistů jakými jsou nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, farmaceuti a lékárníci. Základním faktorem je zde právě spolupráce jednotlivých článků založená na komunikaci, vzájemné toleranci a respektování jednotlivých rolí (Vévoda,2013).

Zaměříme-li se na spolupráci sester a lékařů, kteří tvoří základní prvky zdravotnických týmu, je zde opět kladen důraz na vzájemnou komunikaci. Dále také sestry poukazují, že při každodenní kooperaci je důležité pracovat na dobrých mezilidských vztazích a těmto vztahům se věnovat. Zásadní je vzájemný respekt, uznání, že obě tyto profese nemohou jedna bez druhé adekvátně pracovat. Fungují-li tyto vztahy lze pozorovat situace, kdy je sestra akceptovaným rádcem lékaře. Její názory jsou přijímány lékařem jako sobě rovným kolegou (Plevová, 2018). Spolupráce těchto profesí, jak se také uvádí, není vždy optimální. Participující sestry se setkaly i s přístupem, kdy jsou sestry považovány za podřadnou profesi, sluhu lékaře. Také se rozcházejí názory na poskytovanou péči, ale i o péči o umírajícího. Uváděna je situace, kdy sestry bezmocně přihlíží utrpení umírajícího člověka a dožaduje se zásahu lékaře.

Názor na pozici farmaceuta ve farmakoterapeutické týmu nelze dle získaných informací jednoznačně vymezit. V některých zařízeních je činnost farmaceutů popisována jako běžná součást každodenně poskytované péče, účastní se lékařských vizit a podílejí se na případné úpravě medikace. Je však také uváděn názor, že vzhledem k nízkému počtu farmaceutů v České republice, není možné takto běžně farmaceuty zařazovat. Některá zařízení disponují jedním klinickým farmaceutem, který vykonává činnosti spojené s kontrolou kvality a jeho rady jsou poskytovány spíše ojediněle v rámci telefonické konzultace. Sestry, které mají zkušenosti s činností farmaceuta přímo na oddělení ji považují za velmi přínosnou. V zařízeních, kde není možné využití v takovém rozsahu je jejich činnost považována za možnost ke zkvalitnění poskytované péče. Vlček (2010) považuje začlenění farmaceutů do běžného dění na lůžkových zařízeních, tedy spolupráci s ostatními členy týmů, za ideální využití jejich potenciálu a znalostí, které po vzájemné interakci je přínosné všem členům týmu a především pacientovi.

Zajímáme-li se o současný stav multidisciplinárních týmu podstatnou roli zde sehrává důvěra. Očekáváme-li adekvátní spolupráci musí si kolegové v týmu důvěřovat, spolehnout se jeden na druhého a vzájemně se doplňovat. Stejná podstata je přikládána i důvěře mezi zdravotníky a pacientem. Obrazně řečeno, pacient vkládá svůj život do rukou zdravotníků, takže zde důvěra sehrává důležitou roli (Vévoda, 2013).

Opět se zde promítají různorodé zkušenosti napříč pracovišti. Participující sestry se shodují, že multioborový a multiprofesní přístup je ve farmakoterapii tím správným krokem. Viditelný je zde prostor v začlenění farmaceuta do běžného chodu oddělení, který v současné době do farmakoterapeutického týmu dle zkušeností našich sester nepatří. Celkově je dále možné pracovat na interpersonálních vztazích, které jsou při týmových činnostech, jakou poskytování zdravotní péče je, důležité.

Případné budoucí změny a rizikové oblasti

Nárůst sesterských kompetencí je celosvětově diskutovaným tématem. V evropských zemích byl zaznamenán výrazný nárůst sesterských kompetencí v posledních deseti letech. Během tohoto období došlo k úpravám v předepisování léčivých přípravků v osmi zemích. V současné době umožňuje 12 zemí a jedna švýcarská provincie sestřím předepisování v různém rozmezí (Maier, 2019). Stále však tato kompetence není plošně zavedená i vzhledem k rozdílnosti poskytované zdravotní péče, legislativním podmínkám a vzdělávání, které jsou specifické pro každou jednotlivou zemi (Kroezen et al., 2011). Česká republika je jednou ze zemí, které neumožňují sestřím vykonávat činnosti spojené s touto kompetencí. I zde je však zaznamenán vliv světových trendů a toto téma je považováno za aktuální. Objevují se diskuze, zda je vhodné sestřím kompetence přidávat, v jakých konkrétních oblastech a jakým způsobem by tak mohlo být učiněno.

Dle participujících sester je viditelný prostor pro úpravy v oblasti předepisování léčivých přípravků i edukaci za zlepšení celkové koordinace poskytované péče. Nejednotné názory na rozsah možných úprav je obrazem zkušeností a vlastní sebereflexe konkrétních jedinců.

Po vzoru některých zemí (Velká Británie) je navrhováno zavádění postupných změn (Ling et al., 2018). Možnou cestou je zde uváděno navyšování sesterských kompetencí v oblasti preskripce postupně, nejprve například umožnění předepisovat volně prodejné léčivé přípravky. Což by znamenalo, že i v rámci zařízení poskytujících zdravotní péči bude sestra kompetentní k podání léků na bolest z vlastní indikace. Zde je možné uvést velkou Británii jako příklad. Sesterské předepisování zde zaznamenalo obrovský posun až do dnešního stavu, kdy jsou tamější sestry po absolvování určitého studijního kurzu kompetentní k téměř neomezenému předepisování léčivých přípravků. Tento vývoj však proběhl během více než dvaceti let. Pozvolný nárůst kompetencí bývá často spojován s adekvátním vývojem v této oblasti (Maier, 2019; Fong et al., 2015). Drobným krokem, který se tímto směrem ubírá, je považována fakultativní medikace, nebo jak je také nazývána medikace dle potřeby. Ta již nyní bývá součástí lékařských ordinací. Lékař dopředu stanoví, za jakých okolností smí sama sestra podat určitý lék, případně stanoví i rozmezí, ve kterém se může s daným lékem pohybovat, aniž by vše musela konzultovat. To je často využíváno právě u již zmíněných léků na bolest, při zvýšené teplotě a v případě intenzivní péče i u kontinuálně podávaných intravenózních léků, bývá uvedeno lékové rozmezí v závislosti na pozorovaném jevu. Takovým případem může být podávání vazopresorů, kde je dávkování upravováno v závislosti na krevním tlaku.

Prostor pro úpravy nacházíme i v oblasti sesterské edukace, vše se však opět odvíjí od pracovního vytížení sester. Proto je zde navrženo lepší využití specializovaných kurzů v oblasti edukace sester. Vytvoření sítě sester edukátorek, které budou detailněji proškoleny v určité oblasti a budou tak poskytovat komplexní edukační podporu pacientům a rodinám. Tento přístup je považován za přínosnější oproti zajištění téměř komplexní edukace jednou sestrou bez dalšího vzdělávání v oblasti edukace během běžné pracovní doby. Rozdílnost je i v přístupu, kdy sestra s kladným vztahem k probíranému tématu a dostatečnými znalostmi ochotněji a pečlivěji zaujmají roli edukátorky (Juřeníková, 2010).

Veškeré změny by však měly být přínosem pro komplexní zlepšení koordinace poskytované péče. Jednou z možností, jak docílit zlepšení koordinace, by mohlo být dle získaných informací plošné zařazení farmaceutů do běžné péče o pacienty nebo zavedení centrálního registru užívaných léčiv jednotlivých pacientů. Ze stran farmaceutů by bylo možné eliminovat chybně ordinované způsoby aplikace, předcházet možným kontraindikacím. Neúmyslná polypragmatie a výše zmíněné faktory mohou zvyšovat riziko pádů a ovlivnit tak celkový průběh a délku léčby (Doseděl, 2018). V současné praxi je to vše převážně náplní práce lékařů, kteří jsou k tomu kompetentní a vzdělaní. Navrhovaný krok není uváděn v souvislosti s kritikou lékařské péče, ale v možnosti lepšího rozložení poskytované péče a jednotlivých kompetencí do multidisciplinárního týmu, kde by každý člen měl přesně stanovené role a kompetence a jejich činnosti by vedly k lepšímu využití potenciálu každého zúčastněného jedince (Nascimento, 2018).

Vytvoření centrálního registru užívaných léčiv, by v omezené míře mohlo zastoupit činnosti farmaceutů, kterých je nyní nedostatek. Zde by bylo možné dohledat současně užívanou medikaci jednotlivých pacientů, případně by systém upozorňoval na možné lékové interakce či kontraindikace pro souběžné podání některých léčiv.

V případě jakýchkoliv změn by, dle získaných informací, bylo potřeba jasné legislativní ukotvení nově stanovených kompetencí, pro zajištění bezpečnosti a odpovědnosti pro všechny zúčastněné strany. Z šetření dále vyplývá, že současná legislativa není nakloněna možným diskutovaným změnám. Chceme-li upravovat sesterské kompetence musíme nejprve přenastavit zákonnou oporu a jasně vymezit rozsah kompetencí v závislosti na kvalifikaci (Noblet, 2017). Stejně tak i současné vzdělání je zde dotazovanými sestrami popisované, jako nedostatečné a neadekvátní. Navrhuje se tedy úprava stávajícího nebo vytvoření další možnosti specializačního vzdělávání právě pro oblast předepisování, kde by se jen úprava stávajících vzdělávacích programů nemusela zdát dostačující k nabití nových kompetencí. Samozřejmě, že je předmětem dalších diskuzí, jak postupovat v případě nárůstů konkrétních kompetencí. Možnost je i uznat vysokoškolské vzdělání jako dostatečný stupeň pro předepisování například kompenzačních pomůcek nebo volně prodejných léčiv. Získané informace jsou srovnatelné s reálně zavedeným vzděláváním v evropských zemích, kde již sestry nějakým způsobem mohou získat kompetentnost k předepisování. Maierová (2019) zmapovala situaci právě v evropských zemích, kde již k navýšení kompetencí přistoupili. Popisuje však, že nelze pozorovat korelaci mezi rozsahem kompetencí při předepisování a úrovní požadovaného vzdělání. Například v Polsku a Nizozemsku je podmínkou magisterský titul. V Polsku je sesterské předepisování zavedeno krátce (2016) a možná i proto mohou tyto sestry předepisovat jen určité skupiny léků. Oproti tomu v Nizozemsku, kde je sesterské předepisování od roku 2012, jsou sestry omezeny pouze rámcem své specializace. Zde je tedy opět možné pozorovat dříve uváděný trend, kdy vzrůst sesterských kompetencí je závislý na postupném vývoji této oblasti v každé zemi. Přímou je zde uváděna neadekvátní příprava v oblasti farmakologie. Participující sestry převážně vysokoškolsky vzdělané s několikaletou praxí posuzují i vlastní znalost ve farmakologii jako nedostatečnou pro případné předepisování léčivých přípravků. Na vzdělání v této oblasti se objevuje stejný názor i v zahraničních zdrojích (Ling et al., 2018).

Dále je vyjádřena potřeba komplexnějších úprav, a to z hlediska stabilizace personální situace, která je již několik let neuspokojivá a v současné době nepříznivá pro případné radikální změny. Z dostupných zdrojů jsou totiž úpravy sesterských kompetencí krokem k zaplnění nedostatku lékařů, nikoliv vstřícným jednáním a ochotou posilovat role sestry (Noblet et al., 2017, Ling et al., 2018, Binkowska et al., 2016) Personální situace je zřejmě ovlivněna mnoha faktory. Zde je uváděný špatný systém hodnocení sester, a to z hlediska finančního odměňování, ale také ztracená prestiž povolání, která se zřejmě promítá do mladých generací, které ztratili zájem toto povolání vykonávat. Sama jedna z dotazovaných sester uvedla, rozdílnost mezi Českou republikou a Spojenými státy americkými, kde jsou sestry, dle jejího názoru mnohem váženější a uznávanější povoláním než u nás. Shahanjarini et al. (2018) poukazuje na soulad mezi navýšením sesterských kompetencí a vzrůstem prestiže pro sestry samotné, ale i pro veřejnost. Hovoří o nárůstu motivace k dalšímu vzdělávání a obecně ke zdokonalování se ve svém zaměstnání, tedy prostor k osobnímu rozvoji, který zároveň povede ke zkvalitnění péče sestrami poskytované. Ve svém šetření také došel k závěru, že i lékaři uznávají sesterské předepisování, pokud je zachována jistá úroveň a kvalita péče a jim samotným jsou ubrány jisté pracovní úkony.

Ze získaných informací lze říci, že jsou identifikovány oblasti, kde naše participující sestry shledaly prostor pro zvýšení kompetencí. Nelze však striktně říci, že by na navyšování striktně trvaly. Úpravy vážou na mnoho dílčích změn, bez kterých by se případné zvyšování dle jejich názoru neobešlo. I když je současné vzdělávání popisované jako nedostatečné, je zde uváděna i varianta, že by vysokoškolsky vzdělané sestry mohly mít vyšší kompetence. Získané informace jsou tedy samy o sobě rozporuplné a těžko uchopitelné. Otázka vzdělávání je podstatným tématem, kterému se bude potřeba ještě dále věnovat a přesněji jej rozpracovat. Obecněji lze říci, že za současných podmínek a stavu českého zdravotnictví i legislativy by nebylo vhodné někdy ani přípustné povolit sestřím předepisování léčivých přípravků.

5. Závěr

Názory na postavení sestry ve farmakoterapeutickém týmu jsou různorodé, závislé na mnoha faktorech od osobnostních vlivů zúčastněných jedinců přes vzdělání a zkušenosti k ochotě fungovat jako tým. Role sestry je však oproti minulosti posílena a častěji je již sestra přijímána jako rovnocenný člen týmu s právem na vlastní názor. Současná sesterská profese je dle našeho zjištění limitována nynějším vzdělávacím systémem i legislativními normami. Ani snížení profesní prestiže, nedostatek personálu a neadekvátní systém finančního hodnocení neposouvají současný stav k lepším zítřkům. Posílení role sestry ve farmakoterapeutickém týmu vyžaduje tedy komplexnější úpravy napříč vydefinovanými rizikovými oblastmi.

Mezi pozitivní stránky sesterské profese je postavení sestry ve vztahu k pacientovi, kdy právě sestra je nejbližším článkem ze zdravotnického týmu, tráví s pacientem nejvíce času a komunikuje s ním i o běžných věcech mimo zdravotnictví. Hovoří se i o přidané hodnotě zdravotních sester, tedy pokud je sestra vzdělaná s adekvátní praxí, empatickým přístupem a snahou o týmovou spolupráci, stává se nedocenitelnou součástí multiprofesních týmů. Současné záporné body povolání jsou zároveň identifikovány jako rizikové oblasti v případě dalších úprav sesterských kompetencí. Na základě těchto zjištěných informací lze říci, že bez zásadních změn v těchto bodech nelze pracovat na úpravách. Vzhledem, k různým oborům, které jednotliví respondenti reprezentovali, se zde shlukují informace od zkušených sester lůžkové, ambulantní i terénní péče. Některé informace byly striktně ovlivněny současným zaměřením respondenta, jiní podávali obecnější informace, které získali v průběhu své dosavadní praxe. I když bylo cílem zmapovat situaci napříč obory, je zde pozorovatelná odchylnost právě pro lůžkovou, ambulantní a terénní péči.

Dále je potřebné vnímat i prostředí, tedy české zdravotnictví, které je podstatným faktorem tohoto tématu. Pro detailnější zpracování by bylo tedy vhodné rozčlenit další výzkumné šetření na tyto konkrétní tři oblasti a prezentovat výsledky specificky pro jednotlivé typy poskytované péče. Zároveň by bylo přínosné porovnat a analyzovat společně výsledky i s rozhovory s farmaceuty a lékaři, a vytvořit tak náhled na stav v České republice. Stejně tak není zcela optimální nezačlenění běžné populace, tedy pacientů, do těchto šetření. Názor laické společnosti a její přesvědčení je neopomenutelným prvkem při zavádění takových změn (Cortenay, 2018).

6. Seznam použité literatury

1. ALEXANDER, M. F. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. ISBN 80-7013-392-9.
2. An Bord Altranais. *Practice standards for nurses and midwives with prescriptive authority*. Dublin: An Bord Altranais; 2010.
3. BÁRTLOVÁ, S. et al. *Vztah sestry-lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-526-6.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
5. BINKOWSKA, B. M., et al. Nurse prescribing in Poland: Opinions expressed by primary care doctors, nurses, and patients. *Medicine*. 2016. DOI: 10.1097/MD.0000000000004506.
6. COURTENAY, M., et al. Classic e-Delphi survey to provide national consensus and establish priorities with regards to the factors that promote the implementation and continued development of non-medical prescribing within health services in Wales. *BMJ Open*, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024161.
7. Česká republika. *Zákon 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 změně některých souvisejících zákonů*.
8. Česká republika. *Vyhláška č. 413/2006 Sb., kterou se zrušuje vyhláška č. 470/2004 Sb., kterou se stanoví seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a k výkonu povolání dalšího zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek a náležitosti lékařského posudku*.
9. Česká republika. *Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání*.
10. Česká republika. *Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí*.
11. Česká republika. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*.

12. Česká republika. *Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů.*
13. Česká republika. *Vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití.*
14. Česká republika. *Vyhláška č. 415/2017 Sb., k provedení některých ustanovení zákona o léčivech týkajících se elektronických receptů.*
15. Česká republika. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).*
16. Česká republika. *Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech).*
17. Česká republika. *Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů.*
18. Česká republika. *Vyhláška č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb.*
19. Česká republika. *Vyhláška č. 54/2004 Sb., o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich použití.*
20. DIGGLE, J. How do prescribing nurses demonstrate prescribing proficiency? *Diabetes & Primary Care*, 2018.
21. DINGOVÁ-ŠLIKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
22. DOSEDĚL, M. et al. Zapojení klinického farmaceuta do managementu pádů u polymorbidního geriatrického pacienta s opakovanými pády v anamnéze. *Česká a slovenská farmacie*. 2018. ISSN 1210-7816.
23. FONG, J., et al. Nurse practitioner prescribing: an international perspective. *Nursing: Research and Review*. 2015. DOI 10.2147/NRR.S56188.
24. GURKOVÁ, E. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a podpora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra. ISBN 978-80-271-0461-1.

25. HALMO, R. *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-4811-5.
26. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
27. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.
28. KOUBOVÁ, M. Českým sestřám chybí kompetence. [online]. In: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2019/12/ceskym-sestram-chybi-kompetence-ministerstvo-zdravotnictvi-chce-napravit-zacina-domaci-peci/>[cit. 2020-03-20].
29. KROEZEN, M. et al. Nurse prescribing of medicines in western european and anglo-saxon countries: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research, 2011. DOI: 10.1186/1472-6963-11-127.
30. KROEZEN, M., et al. Negotiating jurisdiction in the workplace: A multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings. Social Science & Medicine, 2014. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.07.042
31. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
32. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovateľství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
33. LAURANT, M. et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
34. LING, D. L. et al. The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective International Journal of Nursing Sciences, 2018. DOI: 10.1016/j.ijnss.2017.12.011
35. MAIER, C. B. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Human Resources for Health, 2019. DOI: 10.1186/s12960-019-0429-6. ISSN 1478-4491.
36. MARC, M., et al. The quality of life and readiness of Polish nurses to take new competences of drug prescribing. Medicine, 2018. DOI: 10.1097/MD.00000000000012129.
37. MARTÍNKOVÁ, J. et al. *Farmakologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4.
38. McMULLAN, M. et al. Portfolios and assessment of competence: the review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 2002. IN: VÖRÖSOVÁ, G. A kol. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5538-0.

39. MELLANOVÁ, A. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra. ISBN 978-80-247-5589-2.
40. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015. Věstník MZ ČR č.16/2015 [cit. 20.3.2020]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html
41. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018. Tiskové prohlášení [cit. 20.3.2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/projekt-ukrajina-pro-sestry-si-nemocnice-chvalije-to-jedna-z-moznostijak-res_15408_3684_1.html
42. NASCIMENTO, W.G., et al. Medication and test prescription by nurses: contributions to advanced practice and transformation of care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2423-3062.
43. NOBLET, T. et al. 2017. Barriers to and facilitators of independent non-medical prescribing in clinical practice: a mixed-methods systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 2017. DOI: 10.1016/j.jphys.2017.09.001.
44. NOBLET, T. et al. 2018. Clinical and cost-effectiveness of non-medical prescribing: A systematic review of randomised controlled trials. *PloS*, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0193286
45. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-506-5.
46. PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.
47. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
48. PROŠKOVÁ, E. et al. *Podávání léčivých přípravků v lůžkové péči*. Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze, 2014. ISBN 978-80-260-7414.
49. SHAHANJARINI, K. A. et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD010412.pub2.
50. SPARKS, S.R., et al. *Nursing diagnosis reference manual*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005. ISBN 1-58255-294-4. IN: PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra. ISBN 978-80-271-0888-6.

51. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra – reprezentant profese*. Brno: IDVPZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
52. VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
53. VLČEK, J. et al. *Klinická farmacie I*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.
54. WEEKS, G. Et al. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD011227.pub2.
55. WORD HEALTH ORGANIZATION. WHO Recommendations: Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization, 2012. IN: KARIMI-SHAHANJARINI, A. et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews DOI: 10.1002/14651858.CD010412.pub2
56. WORKMAN, B. A., BENNETT, L. C. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1714-X.
57. ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra. ISBN 978-80-271-0155-9.
58. ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-271-0156-6.
59. ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-247-5229-7.

Seznam zkratk

ICN International council of nurses

MZ Ministerstvo zdravotnictví

Seznam tabulek

Tabulka 1 Bezpečnostní resortní cíle	15
Tabulka 2 Sesterská preskripce ve vybraných zemích	32
Tabulka 3 Participující sestry.....	35

Seznam obrázků

Obrázek 1 Kvalitní předepisování.....	15
Obrázek 2 Hlavní kategorie	32
Obrázek 3 Současná farmakoterapeutická péče-sestra.....	35
Obrázek 4 Současná farmakoterapeutická péče-obecně	352
Obrázek 5 Případné budoucí změny a rizikové oblasti	35

Seznam příloh

Příloha č. 1 Hlavní schéma

Příloha č. 1 Hlavní schéma

