



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Lucie Poláková

Role zdravotní sestry ve farmakoterapii z pohledu lékaře

The role of nurse from physician perspective in pharmaceutical care

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hocková, MPH, PhD.

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala 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 s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10. 04. 2023.

LUCIE POLÁKOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

Poláková, Lucie. Role sestry ve farmakoterapii z pohledu lékaře. [The role of the nurse from physician perspective in pharmaceutical care]. Praha, 2023. 73 s., Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hocková, Jana.

ABSTRAKT

Úvod do problematiky: Farmakoterapie je velice komplexní a specifická oblast. Mohou se na ní podílet různí zdravotničtí pracovníci včetně zdravotních sester. Ačkoliv je tato oblast ošetřena různými právními normami, některé činnosti a kompetence sester nejsou zcela jednoznačně definovány. Právě touto problematikou se zabývá výzkum diplomové práce s cílem analyzovat současnou roli zdravotní sestry ve farmakoterapii z pohledu lékaře.

Metodologie: Jedná se o kvalitativní výzkum, který byl dílčí součástí evropského projektu, probíhajícího ve 12 evropských zemích. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů s vybranými lékaři, tzv. klíčovými informátory. Získaná data byla analyzována metodou otevřeného kódování s následnou kategorizací. V posledním bodě bylo využito SWOT analýzy ke zhodnocení příležitostí a hrozeb v implementaci ideální role zdravotní sestry v procesu podávání léčivých přípravků.

Výsledky: Současná praxe ukazuje, že sestry vykonávají činnosti nad rámec svých kompetencí, a proto považují legislativní úpravu v této oblasti za nezbytnou. Týmová spolupráce s klinickým farmaceutem ještě není na mnoha pracovištích využívána. V některých případech lékaři o spolupráci nejeví zájem. Navzdory tomu literatura i pracoviště, kde je klinický farmaceut součástí týmu, uvádí mnohá pozitiva při spolupráci, jedná se především o zlepšení vedení farmakologické terapie a snížení medikačních chyb. Při zhodnocení SWOT analýzy lze současné vzdělávání sester, legislativu a nedostatek personálu, označit jako slabou stránku systému a zároveň hrozbu pro budoucnost. Naopak zvýšení kompetencí sester, úprava legislativy a vzdělávání, lze označit jako příležitost ke zvýšení prestiže tohoto povolání.

Závěr a doporučení: Výsledky výzkumné práce mohou posloužit jako návrh na změnu legislativy nebo vzdělávacích programů pro zdravotní sestry. Doporučila bych své šetření doplnit o kvantitativní výzkum. Také bych doporučila zaměřit se zvláště na jednotlivé obory medicíny např. pouze na intenzivní péči nebo domácí péči.

Klíčová slova: role zdravotní sestry, kompetence, farmakoterapie, týmová spolupráce, lékař

ABSTRACT

Introduction to the problem: Pharmacotherapy is a very complex and specific topic. Many of healthcare professionals, including nurses, are involved in pharmacotherapy management. Although this field is ensured by various legal standards, some competences of nurses are not clearly defined. The primary aim of this research was to analyse the current role of the nurse in pharmacotherapy out of a physician's perspective.

Methodology: The data as a part of the multicentric project was collected in the form of semi-structured in-depth interviews with selected physicians also called key-informants. The obtained data were analysed by open coding followed by categorisation. Finally, SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) analysis was used to assess the opportunities and threats, which are related to determination of the ideal role of the nurse in drug administration.

Results: Current practice shows that nurses are performing activities beyond their competences. Therefore, I consider legislative changes in this area appropriate. At many departments is not cooperation with the clinical pharmacist well established, moreover in some cases doctors are not interested in it. In contrast, the literature also the workplaces, where the clinical pharmacist is part of the team reports many benefits. Namely, improving of pharmacotherapy management and reduction of medication errors. SWOT analysis shows that the nurse education, legislation, and staff shortage is main weakness of the current system and a future threat. On the other hand, effort to increase nurse's competences, adjusting legislation and education can be identified as an opportunity to increase the prestige of the profession.

Conclusion and recommendations: My recommendations would include extending of my investigation with quantitative research and different approach in the individual fields of medicine, e.g. intensive care or home care.

Keywords: role of the nurse, competences, pharmacotherapy, teamwork, physicians

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Heczkové, PhD. za cenné rady, podněty a připomínky při konzultacích diplomové práce a PhDr. Janě Hockové, MPH, PhD. za ochotu a vstřícnost se mnou diplomovou práci dokončit.

Obsah

1. Úvod	9
2. Farmakoterapie	10
2.1. Definice	10
2.2. Léčivý přípravek, léčivá látka	10
2.2.1. Generická substituce	11
2.2.2. Nežádoucí účinek léčivého přípravku	11
2.3. Léková pochybení	12
2.3.1. Bezpečí zdravotních služeb	13
2.4. Legislativa	14
3. Multidisciplinární tým	16
3.1. Role zdravotní sestry	17
3.1.1. Kompetence všeobecné sestry	19
3.2. Role klinického farmaceuta	21
3.3. Role lékaře	22
3.4. Komunikace	23
3.4.1. Konflikt v týmu	24
4. Použité metody	25
4.1. Cíl práce	25
4.2. Metodologie	25
4.2.1. Výzkumný vzorek	26
4.2.2. Etické aspekty	26
4.2.3. Sběr dat	26
4.2.4. Analýza dat	27
5. Výsledky	28
5.1. Charakteristika výzkumného vzorku	28
5.2. Interpretace výsledků	29
5.2.1. Monitorace	31

5.2.2.	Administrativa	35
5.2.3.	Komunikace.....	41
5.2.4.	Edukace	47
5.2.5.	Jiné činnosti/zodpovědnosti sestry.....	51
5.2.6.	SWOT analýza.....	54
6.	Diskuse.....	60
6.1.	Činnosti / zodpovědnosti sestry.....	60
6.2.	Kompetence.....	63
6.3.	Multidisciplinární tým.....	65
6.4.	Vybrané kapitoly role zdravotní sestry ve farmakoterapii z pohledu sestry a klinického farmaceuta	66
7.	Závěr	68
8.	Seznam použité literatury	69

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam obrázků

1. Úvod

Role zdravotní sestry v multidisciplinárním týmu a vztahy zejména mezi lékařem a sestrou jsou v posledních letech hojně diskutovány. Ve zdravotnictví vyspělých zemí dochází ke změnám společenského postavení lékařů a všeobecných sester, kdy lékaři ztrácí zlomek svého dosavadního postavení a sestry dosahují vyššího vzdělání. Tím získávají vyšší kompetence a lepší postavení v systému zdravotní péče. V důsledku toho bohužel narážíme na řadu vztahových problémů v rámci týmu, které často vyplývají ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědností (Bártlová, 2009). Heczková ve své studii upozorňuje na nesoulad mezi nároky kladenými reálnou praxí a formálními pravidly, což může vést ke značným negativním důsledkům. Ze studie vyplývá, že požadavky praxe na roli zdravotní sestry ve farmakoterapii v intenzivní péči překračují očekávání vycházejícího z tradičního pojetí a formálních kompetencí. Adekvátní definici rozsahu vzdělání sester ve farmakoterapii a revizi současné právní regulace včetně kompetencí sester považuje Heczková za nezbytnou (Heczková, 2020). Zejména sestry překračují často své kompetence a vykonávají činnosti spadající do kompetence lékařů anebo jsou naopak využívány pro činnost, kterou by měl zajišťovat méně kvalifikovaný personál. To vede ke zhoršené kvalitě a bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče a snížení efektivity procesu (Mikšová et al., 2014).

Poskytování zdravotní péče je spojeno s rizikem poškození zdraví pacienta. Především medikační pochybení je častým typem hlášených nežádoucích událostí. Mezi rizikové faktory, které vedou k pochybení v roli sestry ve farmakoterapii patří podobnost názvů léků a jejich balení, časté změny medikací, nečitelnost a nejasnost lékařské preskripce. Jen malá část těchto pochybení jsou sestrami hlášena. Důvodem je strach z obviňování za zhoršení zdravotního stavu pacienta, reakce lékaře a represivní odpověď vedení nemocnice na danou událost. Opatření snižující pravděpodobnost výskytu medikačních pochybení jsou budování netrestajícího systému hlášení nežádoucích událostí, zavedení elektronické preskripce léčiv, otevřená týmová komunikace, pravidelné komplexní školení personálu a zapojení klinických farmaceutů do procesu farmakoterapie (Brabcová, 2022). Klinický farmaceut je v přímém kontaktu s lékaři i sestrami díky postupné integraci do multidisciplinárních týmů pečujících o pacienta. Může být určitým pojítkem a lídrem činností směřujících k podpoře bezpečné farmakoterapie, a to na všech úrovních systémů zdravotní péče (Malý, 2020).

2. Farmakoterapie

2.1. Definice

Farmakoterapii lze definovat jako terapii za pomoci léku při léčbě nemocí, stavů a symptomů. Farmakoterapie není moderní věda. Užívání léčiv k léčbě nemocí je praxe, která je přijímána po tisíce let. Slavným příkladem je Hippokrates, kterému se ve starověkém Řecku obecně připisuje revoluční medicína užíváním prospěšných léků k léčení nemocí. Rostliny byly tradičně zdrojem léčiv, ale moderní medicína většinou využívá syntetizované nebo čištěné bioaktivní sloučeniny, spíše než celý vzorek rostlinné hmoty. Výhodou této metody farmakoterapie je, že poskytovaná dávka léku je standardizovaná a čistá, spíše než neznámá dávka léku podávaná navíc k celé řadě dalších chemikálií přítomných v rostlině. Moderní farmakoterapie je nejběžnějším postupem léčby nemocí (Pharmacotherapy, 2020).

Farmaceutická péče je definována jako odpovědné poskytování farmakoterapie za účelem dosažení jednoznačných výsledků, které zlepšují kvalitu života pacienta. Popisuje proces, jehož prostřednictvím farmaceut spolupracuje s pacientem a dalšími zdravotnickými pracovníky při navrhování, provádění a monitorování terapeutického plánu, který pro pacienta přinese konkrétní terapeutické výsledky (Plumridge, 1998).

2.2. Léčivý přípravek, léčivá látka

Léčivým přípravkem se podle zákona o léčivech rozumí látka nebo kombinace látek prezentovaná s tím, že má léčebné nebo preventivní vlastnosti v případě onemocnění lidí nebo zvířat a také látka nebo kombinace látek, kterou lze použít buď za účelem obnovy, úpravy či ovlivnění fyziologických funkcí prostřednictvím farmakologického, imunologického nebo metabolického účinku, nebo za účelem stanovení lékařské diagnózy u lidí nebo zvířat (Česko, 2007).

Léčivou látkou je látka nebo její směs, která není určena k podání pacientovi, ale k další výrobě nebo přípravě léčivého přípravku.

Léčivé přípravky dle zákona dělíme na:

- humánní léčivé přípravky, které jsou určeny pro použití u lidí nebo podání lidem

- humánní imunologické léčivé přípravky tzn. vakcíny, toxiny, séra apod.
- humánní autogenní vakcíny připravené pro konkrétního pacienta z patogenů nebo antigenů získaných výhradně od tohoto pacienta
- homeopatické přípravky
- radiofarmaka, radionuklidové generátory, kity a radionuklidové prekursory
- krevní deriváty
- rostlinné léčivé přípravky
- transfuzní přípravky
- léčivé přípravky pro genovou terapii
- léčivé přípravky pro somatobuněčnou terapii
- vyhrazené léčivé přípravky, které se mohou podle rozhodnutí o registraci prodávat bez lékařského předpisu mimo lékárny (Česko, 2007)

2.2.1. Generická substituce

Generickou substitucí je míněna záměna léčivého přípravku za jiné léčivo se stejnou účinnou látkou, stejnou lékovou formou a se stejnou cestou podání. Změnu léku v rámci generické substituce může plně využívat farmaceut od roku 2008, není-li výslovně na lékařském receptu uvedeno „Nezaměňovat“. Vydání generické substituce lze provést pouze se souhlasem pacienta. (Prošková, 2014)

Legislativa nijak neřeší generickou substituci prováděnou sestrou v lůžkové péči. To znamená, že v případě, kdy na oddělení není předepsaný lék, musí sestra upozornit lékaře, aby svou ordinaci písemně upravil. V jiných zemích je standardem, že lékař předepíše pouze účinnou látku léčiva a sestra si podle toho najde požadovaný lék. V ČR tato možnost není, protože vyhláška o zdravotnické dokumentaci přípravků ukládá povinnost předepisovat léčivý přípravek nikoliv účinnou látku. (Prošková, 2014)

2.2.2. Nežádoucí účinek léčivého přípravku

Fakt, že léky mohou pacienta poškodit, je známý již dlouho. Už Hippokrates 400 let př. Kr. varoval, že léky nemají být podávány bez znalosti stavu pacienta, což se bohužel stává v řadě případů i v současné době např. při opakované preskripci. Sledování nežádoucích účinků léčiv bylo po dlouhou dobu omezeno. Informování nemocných a poskytovatelů zdravotní péče se začalo významně zlepšovat až v šedesátých letech 20. století, kdy docházelo

k rozvoji vědy zkoumající výskyt nežádoucích účinků a podmínek, za jakých vznikly a faktory, které je ovlivňují. Tato farmakologická věda se nazývá farmakovigilance, která je nyní součástí výuky v oborech klinické farmacie (Vlček a Fialová, 2010).

Pojmem nežádoucí účinek léku se rozumí odezva na léčivý přípravek, která je pro člověka nepříznivá a nezamýšlená. Můžeme je rozdělit na závažné a neočekávané. Následkem závažného nežádoucího účinku může být i smrt nebo ohrožení na životě. Vyžadují hospitalizaci nebo vedou k jejímu prodloužení a za následek mají trvalé nebo významné poškození zdraví. Neočekávané nežádoucí účinky jsou takové, jejichž povaha, závažnost nebo důsledek jsou v rozporu s informacemi, které jsou uvedené v souhrnu údajů o přípravku u registrovaného léčiva. Nebo jsou v rozporu s dostupnými informacemi u zkoušejícího u hodnoceného neregistrovaného léčivého přípravku. Nežádoucí účinek může být již známý nebo do té doby ještě nepopsaný (Česko, 2007).

Zdravotnický pracovník má ze zákona o léčivech povinnost nahlásit podezření na nežádoucí účinky Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL). Hlásit by se mělo jakékoliv podezření na závažný nebo neočekávaný účinek léčivého přípravku, zneužití léčiva nebo nesprávné použití, předávkování nebo lékové interakce či neúčinnost přípravku. Hlášení probíhá formou elektronického formuláře zaslaného na SÚKL e-mailem nebo telefonicky. Státní ústav údaje zpracuje za účelem evidence a zpracování hlášení nežádoucích účinků, a to na základě zákona o léčivech. Osobní údaje jsou bezprostředně po přijetí hlášení anonymizovány. Pokud se po ověření ukáže, že byl objeven nový možný nežádoucí účinek léčiva nebo že je známý nežádoucí účinek závažnější či častější, než bylo dosud známo, jsou texty doprovázející přípravek v příbalových informacích aktualizovány. Veškerá přijatá hlášení jsou předávána do databází nežádoucích účinků Evropské unie (EudraVigilance) a Světové zdravotnické organizaci (SÚKL, 2010).

2.3.Léková pochybení

Dnešní svět je orientovaný především na výkon, s mnoha možnostmi, ale nedostatkem času. Proto není žádným překvapením, že téma lékových pochybení se stává velice aktuálním. Dochází k nim na všech úrovních farmakoterapeutického užití. Uvádí se, že v důsledku užívání léků umírá více nemocných lidí než v důsledku dopravní nehody. Malý uvádí, že až 40% poškození u hospitalizovaných pacientů může souviset s léčivou (Malý et al., 2009). K chybám nejčastěji dochází při přechodu z jedné péče do druhé, tzn. z lékařské péče

do ošetrovatelské nebo z nemocniční péče do ambulantní. Chyba může vzniknout na straně lékaře, sestry, farmaceuta nebo pacienta. Jedním z faktorů může být špatný chod systému, nedostatek informací o léčbě nemoci či pacientovi. Další příčinou bývá lidský faktor vyvolaný únavou, špatnou komunikací nebo interpersonálními problémy (Vlček a Fialová, 2010).

Situacím vedoucím k lékovým pochybením lze určitým způsobem předcházet, proto zde prevence hraje klíčovou roli. Na rozdíl od nežádoucích účinků léku nesouvisí léková pochybení přímo s vlastnostmi jednotlivého léčiva, ale spíše ukazují na kvalitu poskytované zdravotní péče, můžeme léková pochybení považovat pouze za potenciální riziko. Farmakovigilance spadá pod křídla Světové zdravotnické organizace (WHO), nebo do působnosti lékových agentur. V případě České republiky je to SÚKL (Malý et al., 2009).

2.3.1. Bezpečí zdravotních služeb

V současném zdravotnickém systému je poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče ústředním tématem, kterému se věnují zdravotnické instituce ve všech vyspělých zemích. Abychom pacientům poskytovali účinnou, kvalitní a hospodárnou odbornou péči, je zapotřebí vytvářet vynikající podmínky a profesionální prostředí. Vývoj ve zdravotnictví potvrdil, že zavádění systematických a ověřených přístupů k zajištění bezpečnosti pacientů vede ke zvýšení celkové kvality péče (Svobodová, 2012).

Poskytovatelé zdravotních služeb mají ze zákona povinnost zavést v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb interní systém hodnocení kvality a bezpečí. K tomu vypracovalo ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ) „Minimální požadavky“, které jsou v aktualizovaném znění uveřejněny ve Věstníku MZ č. 16/2015. Jedním z těchto požadavků je zavedení resortních bezpečnostních cílů (dále jen RBC), které jsou uvedené v tabulce č. 1 (MZ, 2021).

RBC vychází z doporučení Rady Evropské unie a WHO pro bezpečnost pacientů a jsou modifikovány na národní podmínky. Vyhlašují se formou doporučených postupů a jsou vydávány za účelem snížení rizik poškození pacientů v procesu poskytování zdravotní péče. Pro řízené organizace MZ jsou závazné a pro ostatní zdravotnická zařízení slouží jako doporučení (Marx, 2013).

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

Tabulka 1 Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíl v oblasti léčiv představuje RBC2, který se zaměřuje na přípravky s vyšší mírou rizikovosti. Jedná se o hepariny, návykové látky, cytostatika, inzuliny a roztoky elektrolytů, zejména koncentrovaného kalia. K naplnění tohoto cíle je zapotřebí nejen podchycení logistiky a správného skladování léčiv, ale také preskripce a podání léčiva pacientovi. Podle Langmaierové a Gregorové by se bezpečné podávání léčiva nemělo týkat jen léčiv s vyšší mírou rizikovosti, ale všech léčiv podaných pacientovi během hospitalizace (Langmaierová, 2019).

Spojená akreditační komise (dále jen SAK) ve svém standardu č. 7.4 stanovuje podmínky podávání léků pacientovi podle ordinace. Účelem standardu je, aby nemocnice zajistila tyto postupy při podávání léků: ověření názvu léku s ordinací; ověření času a frekvence podání s ordinací; ověření dávky s ordinací; ověření aplikační cesty s ordinací; ověření identifikace pacienta. Léky se podají v souladu s ordinací a vše se zdokumentuje (Marx, 2013).

2.4.Legislativa

Hlavním zákonem upravující léčiva je zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (dále jen zákon o léčivech). K tomuto zákonu byla vydáno několik prováděcích předpisů.

- Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů
- Vyhláška č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb
- Vyhláška č. 226/2008 Sb., o správné klinické praxi a bližších podmínkách klinického hodnocení léčivých přípravků
- Vyhláška č. 228/2008 Sb., o registraci léčivých přípravků
- Vyhláška č. 85/2008 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek a pomocných látek, které lze použít pro přípravu léčivých přípravků
- Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů
- Vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků
- Vyhláška č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek
- Vyhláška č. 243/2009 Sb., o stanovení seznamu osob s uvedením jejich pracovišť, pro jejichž činnost se nevyžaduje povolení k zacházení s návykovými látkami a přípravky je obsahujícími.

Legislativa v oboru klinické farmacie:

- Přelom roku 2011/2012 zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování začleňuje **klinickofarmaceutickou péči jako zdravotní službu**
- V roce 2012 vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb začleňuje **požadavek na dostupnost klinického farmaceuta pro akutní lůžka standardní a intenzivní péče**
- V roce 2014 zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů zařazuje **klinickofarmaceutickou péči mezi hrazené zdravotnické služby**
- V roce 2015 věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 3, ročník 2015 obsahuje **aktualizovaný vzdělávací program oboru klinická farmacie**
- V roce 2017 zákon č. 67/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů zahrnuje, **že získání specializované způsobilosti v oboru klinická farmacie je podmínkou pro samostatný výkon činností klinického farmaceuta**

- Tétohož roku zákon ukotvuje odbornost **klinický farmaceut** pro absolventa specializačního oboru klinická farmacie a odbornost **nemocniční lékárník** pro absolventa nástavbového oboru nemocniční lékárenství (Čoskf, 2016)

3. Multidisciplinární tým

Poptávka po zdravotní péči se rychle vyvíjí v souvislosti se stárnutím populace a rostoucím počtem lidí s chronickými onemocněními. Pacienti vyžadují vysoce kvalitní a dostupnou péči. Na druhé straně jsou zdravotníci, kteří zažívají vysoké pracovní zatížení a usilují o lepší multidisciplinární spolupráci. Zlepšení mezioborové spolupráce je důležité a rozmanitost oborů je nutná v době, kdy je poskytování primární zdravotní péče složitější a jeden zdravotník již nemůže uspokojit všechny potřeby pacientů. Sestry tvoří největší skupinu ve zdravotnictví a díky svým specifickým dovednostem a schopnostem jsou v ideální pozici pro spolupráci s ostatními členy týmu při poskytování dostupnějšího a účinnějšího řízení chronických onemocnění v primární péči (Matthys, 2017).

Multidisciplinární péče je, když profesionálové z různých oborů spolupracují na poskytování komplexní péče, která uspokojí dané potřeby pacienta. To může být zajištěno řadou profesionálů fungujících jako tým pod jednou zastřešující organizací nebo odborníky z různých organizací, včetně soukromé praxe, sdružených jako jedinečný tým. V průběhu hospitalizace se stav pacienta mění a s tím se může měnit i složení týmu tak, aby odráželo změnu klinických a psychosociálních potřeb pacienta (Mitchell, 2008).

Ve farmakoterapii touto spoluprací rozumíme zejména kolaboraci mezi lékařem, sestrou, farmaceutem a nesmíme zapomenout ani na pacienta. Mezioborová spolupráce mezi lékaři, sestrami a farmaceuty je možnou strategií k dosažení požadovaných kvalitativních výsledků ve zdravotnickém systému (Pherson, 2018).

Bez týmové spolupráce nelze zajistit kvalitu současné zdravotní péče. Zvyšuje se potřeba propojování, integrace a návazností dílčích pohledů a činností. Role zdravotnického personálu v týmu a vztahy zejména mezi zdravotními sestrami a lékaři jsou v poslední době předmětem zvýšeného zájmu. Ve vyspělých zemích dochází ve zdravotnictví ke změně společenského postavení všeobecných zdravotních sester a lékařů. Důvodem je získání vyššího sesterského vzdělání a s tím spojených navýšených kompetencí (Vévoda, 2013).

Vlastnosti již zaběhlého týmu můžeme shrnout do šesti základních znaků: sdílené cíle, kvalitní komunikace, sdílené cesty, rozdělení rolí, kvalitní vztahy a možnosti rozvoje (Plevová, 2012).

3.1. Role zdravotní sestry

Roli můžeme chápat jako očekávané chování jedince, které má spojitost s jeho postavením ve společnosti. Sociologové ve vztahu k profesi vymezují sociální roli jako sociální status, takzvanou pozici. Profese sestry zahrnuje různé spektrum rolí, z nichž některé jsou společensky dané a historicky podmíněné. Aby sestra odváděla svoji práci kvalitně, je důležité, aby byla všestranná a jednala podle etických norem. Role zdravotní sestry mohou ovlivnit změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie nebo celkový zdravotní stav obyvatelstva (Farkašová, 2006).

Podle Yolandy Smith je hlavní rolí zdravotní sestry pečovat o pacienty a podporovat je bez rozdílu jejich etniky a náboženského vyznání. Další povinnosti zdravotní sestry jsou:

- odebrat anamnézu a zjistit příznaky
- spolupracovat s týmem při plánování péče o pacienta
- zasazovat se o zdraví a pohodu pacienta
- monitorovat a zaznamenávat stav pacienta
- podávat léky a provádět léčbu
- ovládat zdravotnické přístroje
- provádět diagnostické testy
- edukovat pacienty
- poskytovat podporu a poradenství pacientům (Smith, 2019)

Poskytovatelka ošetrovatelské péče

Sestra pečuje o pacienty a napomáhá uspokojovat jejich fyzické potřeby, dbá na prevenci a spolupracuje na léčbě pacienta. K tomu je potřeba pacienta sledovat a zaznamenávat všechny důležité informace, které by mohly ovlivnit léčbu. V průběhu celého léčebného procesu sleduje sestra pokroky pacienta a jedná v souladu s jeho zájmem. Péče poskytovaná sestrou obsahuje podávání medikace a další terapie. Je odpovědná za holistickou péči

o pacienty, která zahrnuje psychosociální, kulturní a duchovní potřeby jednotlivce (Smith, 2019).

Advokátka

Úlohou sestry je prosazovat nejlepší zájmy pacienta a udržovat jeho důstojnost během léčby. Hájit pacientova práva, vysvětluje mu a zároveň tlumočí jeho požadavky a názory (Smith, 2019; Farkašová, 2006).

Manažerka

Na různých úrovních působí sestra v organizaci a řízení péče o pacienta. Pokud se s touto rolí sestra neztotožní může být péče chaotická a neefektivní (Smith, 2019; Farkašová, 2006).

Edukátorka

Zdravotní sestra je odpovědná za edukaci pacienta ohledně jeho stavu, léčích, které užívá a celkové ošetrovatelské péči. Aby když jsou pacienti propuštěni domů, byli schopní převzít kontrolu nad svojí léčbou. Sestra by také měla zajistit, aby se pacient cítil podporován a věděl, kde je v případě nutné potřeby možné najít další informace (Smith, 2019; Farkašová, 2006).

Sestra nositelka změn

Beze změn v ošetrovatelství by byly metody a techniky zastaralé a obor by stagnoval. Proto se ošetrovatelství stále vyvíjí a pro sestru je tato role hnací silou (Smith, 2019; Farkašová, 2006).

Výzkumnice

Pro tuto roli je důležité vzdělání, možnosti a potenciál pro utváření praxe založené na důkazech. V této společnosti vzniká ošetrovatelství jako sociálně významná vědecká profese (Smith, 2019; Farkašová, 2006).

Mentorka

Tato role vyžaduje adekvátní pedagogickou i klinickou způsobilost a zralost osobnosti sestry. Dohlíží a klinicky zodpovídá za studenty a nově příchozí kolegy (Smith, 2019; Farkašová 2006).

Role zdravotní sestry podle WHO:

- Sestra je osoba, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu uznaného členským státem, úspěšně absolvovala daná studia a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s právoplatnou licencí k výkonu ošetrovatelské praxe.
- Sestra pomáhá pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu a pomáhá jim jej udržovat především v prostředí, v němž pacienti žijí a pracují. Sestry potřebují kompetence k rozvíjení a podpoře faktorů, které podporují, udržují zdraví a předcházejí nemocem.
- Sestry plánují, hodnotí, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a období rekonvalescence. Ta zahrnuje mentální, fyzické a sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, invaliditu a umírání.
- Sestry mohou pracovat samostatně neboli autonomně jako členky týmu. V některých případech mohou péči delegovat na asistenty zdravotnické péče, odpovědnost si však ponechávají. V případě nutnosti vykonávají dozor a jsou odpovědné za své jednání a rozhodnutí.
- Sestry podporují aktivní zapojení jedinců, pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovaly k sebedůvěře a samostatnému rozhodování (Plevová, 2018)

3.1.1. Kompetence všeobecné sestry

Pro vysokou obsáhlost tématu se ve své práci zaměřuji pouze na všeobecné zdravotní sestry bez specializace.

Kmošek definuje kompetenci hned v několika významech. V prvním se jedná o soubor oprávnění či pravomocí, kterými zaměstnanec disponuje. Za druhé jde o způsobilosti či předpoklady k vykonávání určité práce, kde kompetence vyjadřuje kvalifikaci neboli schopnost dosahovat při výkonu dané činnosti požadovaného standardu. Ve svém třetím

významu kompetence ji popisuje jako charakteristiku chování osobnosti, díky níž dosahuje pracovník při své pracovní činnosti výborných výsledků. Mezi složky kompetence v tomto třetím významu definujeme schopnosti, dovednosti, vědomosti, zkušenosti, vlastnosti, postoje, návyky atd. (Kmošek, 2018).

Česká právní úprava pojem kompetence označuje slovem činnosti, což je zřejmé i z názvu současné Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. (Prošková, 2014).

Problematika kompetencí mnohdy ovlivňuje jak postavení sestry v multidisciplinárním týmu, tak vztah mezi lékařem a sestrou. To popisují Bártlová a Hajduchová ve svém výzkumu, kde zjistily, že ¼ lékařů občas pověřuje sestry úkony, které spadají do kompetencí lékaře. Nejčastěji se jedná o činnosti administrativního charakteru. Polovina z dotazovaných sester se domnívá, že kompetence mezi lékaři a sestrami nejsou jasně a zřetelně vymezeny (Bártlová, 2010).

Na revizi kompetencí sester klade důraz i Heczková, která ve svém článku popisuje fakt, že činnosti nebo nároky na znalosti sester neodpovídají formálně stanoveným kompetencím při indikaci a ordinaci léčivých přípravků (Heczková, 2020).

Vybrané kompetence s ohledem na farmakoterapii:

Všeobecná sestra dle výše uvedené vyhlášky č. 55/2011 Sb. může zejména:

- vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy)
- sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků
- pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta
- hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie
- edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály
- přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu

Na základě indikace lékaře může zdravotní sestra:

- zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let
- podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak
- zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii
- provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií
- asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji (Česko, 2011)

3.2. Role klinického farmaceuta

Klinická farmacie se začala rozvíjet v 60. letech minulého století ve Spojených Státech v Michigenu. Průkopníkem u nás byl profesor Jaroslav Květina, který vybudoval první pregraduální vzdělávání v oboru klinické farmacie. Pracoviště v českých zemích vznikají od 80. a později i 90. let minulého století. Bohužel tento obor neměl ukotvení v právním řádu ani v systému zdravotní péče, a tak jeho činnost většinou zanikla. Změna přichází na přelomu roku 2011/2012, kdy zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování začleňuje klinicko-farmaceutickou péči jako zdravotní službu (Netíková, 2011).

Náplní práce klinického farmaceuta je revize a úprava farmakoterapeutických režimů na odděleních i v ambulantních zařízeních. Zaměřuje se zejména na záchyt lékových duplicit, závažných lékových interakcí a identifikaci rizikových lékových anamnéz. K pacientům přistupuje vždy s ohledem na jejich individuální charakteristiky, a to systematicky po dobu celé jejich hospitalizace, nebo konziliárně v ambulantní péči. Pacienty edukuje o jejich farmakoterapeutickém režimu. Klinický farmaceut se také podílí na tvorbě doporučených postupů a farmakoterapeutických standardů zdravotnických zařízení. Je členem lékových komisí a řeší mimořádné události spojené s farmakoterapií (Netíková, 2011).

Rychlíčková tvrdí, že kliničtí farmaceuti přispívají nejen ke zvýšení bezpečnosti pacientů a farmakoterapeutických procesů, ale i k určitému snížení nákladů. Podle klinické farmaceutky mají zdravotní sestry ve farmaceutech užitečné partnery například

pro konzultaci inkompatibilit léčiv nebo jejich správného podávání. Ve spolupráci s lékaři se podílí na snížení celkového objemu užívaných léčiv pacientem, a to opět vede k ulehčení práce sestře, která léky připravuje a podává (Rychlíčková, 2017).

3.3. Role lékaře

Role lékaře při zacházení s léčivými přípravky není v zákoně o lékařských povoláních konkrétně popsána. Indikace neboli předepisování léčivých přípravků má v kompetenci v ČR pouze lékař a upravuje ho Zákon o léčivech. Aplikace léčivých přípravků lékařem je konkretizována v jednotlivých vzdělávacích dokumentech a vyplývá z obecné kompetence k provádění léčebných a diagnostických výkonů. Vzdělávací programy kompetence jako podávání krevních derivátů, zavedení žilního katétru, aplikaci injekcí nebo vedení zdravotnické dokumentace upravují už jako dovednosti absolventa kmene (interního, urologického, pediatrického apod.) (Prošková, 2014).

Náležitosti zápisu do zdravotnické dokumentace upravuje zákon o zdravotnických službách. Lékař musí zápis do zdravotnické dokumentace udělat bez zbytečného odkladu tak, aby byl čitelný, průkazný a pravdivý. Ordinance lékaře musí obsahovat identifikaci pacienta, datum, čas u neodkladného záznamu, jméno a podpis ordinujícího. Poté údaje o předepsaném léčivém přípravku včetně dávkování nebo počtu předepsaných balení. Další náležitosti by měl poskytovatel zdravotních služeb upravit vnitřním předpisem (Prošková, 2014).

Pokorná uvádí doporučený postup při ordinaci léčivých přípravků. Ošetřující lékař ordinuje léčivé přípravky na základě svých znalostí o jejich indikacích, kontraindikacích, dávkování, účincích, interakcích s jiným léčivem a zohledňuje všechny léčivé přípravky, které pacient užívá. Za správnost ordinace odpovídá vždy lékař, který lék předepisuje do dokumentace pacienta včetně své identifikace. Ordinance léků je vhodné zapisovat na místo tomu určené a nepřipojovat zápis k záznamu z vizity. Tím předejdeme riziku přehlédnutí záznamu. Zápis medikace musí být srozumitelný a čitelný. Ordinance léčivého přípravku obsahuje celý název přípravku, nesmí obsahovat jen zkratku (vyjma roztoků např. F1/1 a oficiálních názvů v podobě vzorce chemické sloučeniny např. $MgSO_4$). Dále musí obsahovat aplikační formu, sílu léku včetně jednotky ordinovaného množství, způsob podání a časový rozvrh podání. Při ordinaci infuzní terapie musí být uveden začátek, rychlost podání nebo časový úsek, během kterého má být terapie podána. U kontinuálního podávání léku to musí být v ordinaci uvedeno. U podmíněných ordinací léku musí lékař uvést minimální a maximální možné

množství za časovou jednotku. V zápisu také uvádí počáteční dobu podávání a počáteční dávku (Pokorná, 2019).

Ordinace léčivého přípravku může probíhat i verbálně nebo telefonicky, pokud hrozí nebezpečí z prodlení. Sestra, která tuto ordinaci přijímá je povinna ji zapsat do zdravotní dokumentace a zapsanou ordinaci lékaři zopakovat. Ten správnost zpětně potvrdí a zápis v dokumentaci podepíše bez zbytečného odkladu. V urgentních situacích může ordinace léčivého přípravku probíhat ústním pokynem lékaře, který učiní zápis zpětně hned, jakmile to péče o pacienta dovolí (Pokorná, 2019).

3.4. Komunikace

Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti, bez ní by neexistovala žádná sociální skupina. Komunikace slouží jako prostředek sociálního začlenění jednotlivce do skupiny. Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, což znamená *činit něco společným a společně to sdílet*. V medicíně a psychologii není komunikace posuzována jako pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem, ale jde o mnohem více. Jde zejména o seberealizaci a sebepotvrzování, o vyjádření postoje k předmětu, ke komunitě nebo příjemci informací. Hovoříme o různých úrovních ovlivňování, působení a porozumění. Komunikace je výměna informací v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní formě (Zacharová, 2016).

S vývojem medicíny, zdravotnického vybavení a počítačové techniky přichází stále nové požadavky na odborné znalosti a dovednosti zdravotní sestry. Zdravotnická zařízení se ve větší míře otevřela rodinným příslušníkům pacientů a návštěvám. Jedním z příkladů jsou například dětská oddělení, která jsou vybavena lůžky pro rodiče nebo porodní sály, kde je přítomnost otce u porodu běžnou součástí. To vše má dopad na roli zdravotní sestry, která je mnohem více vystavena komunikování na různých úrovních. Neustálé zdokonalování komunikačních schopností a dovedností je proto nezbytné. Je nedílnou součástí procesu zaměřeného na podporu, uchování a prevenci zdraví. V ošetrovatelské péči hraje významnou roli individuální přístup, pozitivní vztah k pacientovi, schopnost empatie a navázání vzájemné důvěry (Zacharová, 2016).

3.4.1. Konflikt v týmu

Konflikty ve zdravotnickém týmu vznikají většinou v situacích za zvýšeného napětí, kdy je zapotřebí rychlého a efektivního rozhodnutí. Na druhou stranu konstruktivní konflikty mají v týmové práci svoji nezastupitelnou roli, protože se díky nim mohou spolupracovníci posouvat vztahově blíže k sobě a k lepšímu výkonu. Schopnost týmu porozumět konfliktu a následně jej efektivně zvládnout je pro růst a rozvoj týmu nezbytná. K nejčastějším konfliktům v ošetrovatelství se řadí tzv. konflikty profesionální vs. byrokratické, které vyplývají z nároků systému, kde základem je nerovnováha moci (Plevová, 2012).

4. Použité metody

Výzkumná práce pojednává o problematice role zdravotní sestry ve farmakoterapii z pohledu lékaře. Téma není v ČR blíže zkoumáno. V této kapitole je představen hlavní cíl výzkumné práce, metodologie, výzkumný vzorek s kritérii pro výběr, způsob sběru dat, etické aspekty a způsob analýzy dat.

4.1. Cíl práce

Hlavním cílem práce bylo analyzovat a popsat roli zdravotní sestry ve farmakoterapii z lékařského pohledu, posouzení silných a slabých stránek této role a zjištění optimálních podmínek pro multidisciplinární spolupráci. Dále mě zajímalo, co by bylo možné považovat za příležitosti v oblasti farmakoterapeutické péče a jaké mohou být případné hrozby do budoucna.

4.2. Metodologie

Výzkumné šetření je kvalitativní výzkum, který je dílčí součástí evropského projektu DeMoPhaC, probíhajícího ve 12 evropských zemích. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů s vybranými lékaři, tzv. klíčovými informátory. Získaná data byla analyzována metodou otevřeného kódování s následnou kategorizací.

Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor je nejčastěji používaným způsobem dotazování, které vychází z připraveného seznamu témat a okruhů. Umožňuje ale i volně reagovat na informanty a zaměřovat pořadí otázek. Polostrukturovaný rozhovor je vhodný pro zjišťování toho, co si lidé myslí, cítí nebo jak uvažují. Rovněž svojí volností umožňuje přirozenější kontakt s informátorem, zároveň ale drží svou strukturou určitou linku a zajišťuje, že tazatel neopomene nějaký důležitý aspekt a nebudou mu pak chybět zásadní data. Struktura je tedy jenom základním vodítkem, kde mají informanti maximální možný prostor a volnost pro své odpovědi (Svobodová, 2020).

Otevřené kódování

K datům je nutné přistupovat komplexně a vnímat je jako celkovou informaci o zkoumaném fenoménu. Při procesu kódování se vytvářejí pojmy, které označují tzv. datové úryvky. Vytvořené pojmy jsou dále kategorizovány. Přepsané rozhovory kódujeme dle významových celků, což nám pomáhá poté podobné významy seskupovat do příslušných kategorií (Svobodová, 2020).

4.2.1. Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je tvořen lékaři, kteří pracují v různých oblastech klinické praxe, od komunitní péče, přes psychiatrickou, po nemocniční péči. Participanti byli vybíráni bez omezení, pokud jde o pohlaví či věk, ale s ohledem na jejich zkušenosti. Do výzkumného vzorku bylo zahrnuto celkem 10 lékařů.

4.2.2. Etické aspekty

Všichni informanti obdrželi informace o účelu, návrhu a provedení studie. Před rozhovorem byl lékařům udělen písemný informovaný souhlas. Dokumenty jsou uschovány u garantky projektu pro ČR. V rámci zachování anonymity informantů i zdravotnických zařízení v práci nikde nefigurují jména ani názvy.

4.2.3. Sběr dat

Data potřebná k výzkumnému šetření byla získána souborem nástrojů, které se skládaly z informací pro účastníka výzkumu, informovaného souhlasu a krátkého dotazníku, který informanti vyplňovali krátce před zahájením rozhovoru. Dotazník sloužil k získání informací o identifikaci participanta, délce praxe, oboru praxe a odpracovaných hodin v týdnu. Jako další nástroj sloužil polostrukturovaný rozhovor, který se skládal ze tří hlavních okruhů. Činností sestry, interakcí v týmu a SWOT analýzy (tzn. identifikaci silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby spojené s určitým tématem).

Sběr dat probíhal od prosince 2019 do listopadu 2020 vždy po vzájemné dohodě s participujícím lékařem v určitý čas na domluveném místě. Před samotným rozhovorem byl účastník blíže informován o účelu a průběhu šetření. Potom následovalo vyplnění krátkého dotazníku a podepsání informovaného souhlasu, kde účastník souhlasí s provedením

zvukového záznamu rozhovoru pro následný rozbor. Účast na výzkumném šetření byla dobrovolná bez nároku na finanční odměnu.

Na začátku rozhovoru jsem lékaře požádala o jejich názor na roli sestry ve farmakoterapii a nechala jsem je volně vyjádřit jejich myšlenky a dosavadní zkušenosti. Následně jim byly předloženy už předem vybrané činnosti a zodpovědnosti sestry, ke kterým se měli účastníci vyjádřit. Další téma bylo zaměřené na interakce v multidisciplinárním týmu, který je složený z lékaře, sestry a farmaceuta. Posledním okruhem bylo krátké zhodnocení SWOT analýzy.

4.2.4. Analýza dat

Získané informace od informantů byly z nahrávky přešpané do wordového souboru pro účely analýzy. Každý přešpaný rozhovor byl naformátován stejně. Jednotlivé informace neboli citace byly označeny kódem, který nahradil jméno informanta a číselným označením citace, které odpovídalo číslu řádku, na kterém se věta vyskytovala. Každá citace byla následně z wordového souboru vložena do excelového souboru a byla k ní přiřazena kategorie, popřípadě subkategorie a kód. S narůstajícím počtem citací byly kategorie přidávány nebo přejmenovány. Ve výsledcích jsou pro lepší přehlednost kategorie a subkategorie znázorněny ve schématech.

5. Výsledky

V této kapitole uvádím stručné demografické údaje o informantech, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Dále se věnuji interpretaci jednotlivých výsledků, které byly analýzou zjištěny. K lepší orientaci v tématu slouží schémata, která jsou níže doplněna o citace informantů.

5.1. Charakteristika výzkumného vzorku

Na výzkumném šetření se podílelo 10 lékařů různé specializace, kteří souhlasili s rozhovorem. Jejich průměrný věk byl 51 let s průměrnou délkou praxe v oboru 25 let. Výzkumného šetření se zúčastnili muži i ženy. Oblast praxe lékařů byla z komunitní péče, psychiatrické péče, nemocnice nebo jiné oblasti zdravotní péče. Bližší charakteristika informantů je uvedena v tabulce 1.

Číslo	Pohlaví	Specializace	Věk	Roky v oboru
1	Žena	Obvodní lékař	59	33
2	Žena	Psychiatrie	66	30
3	Muž	Klinický lékař	49	24
4	Žena	Klinický lékař	68	44
5	Muž	Klinický lékař	38	12
6	Muž	Klinický lékař	51	25
7	Muž	Klinický lékař	51	28
8	Muž	Klinický lékař	43	19
9	Muž	Klinický lékař	39	12
10	Muž	Klinický lékař	49	23

Tabulka 2 Výzkumný vzorek

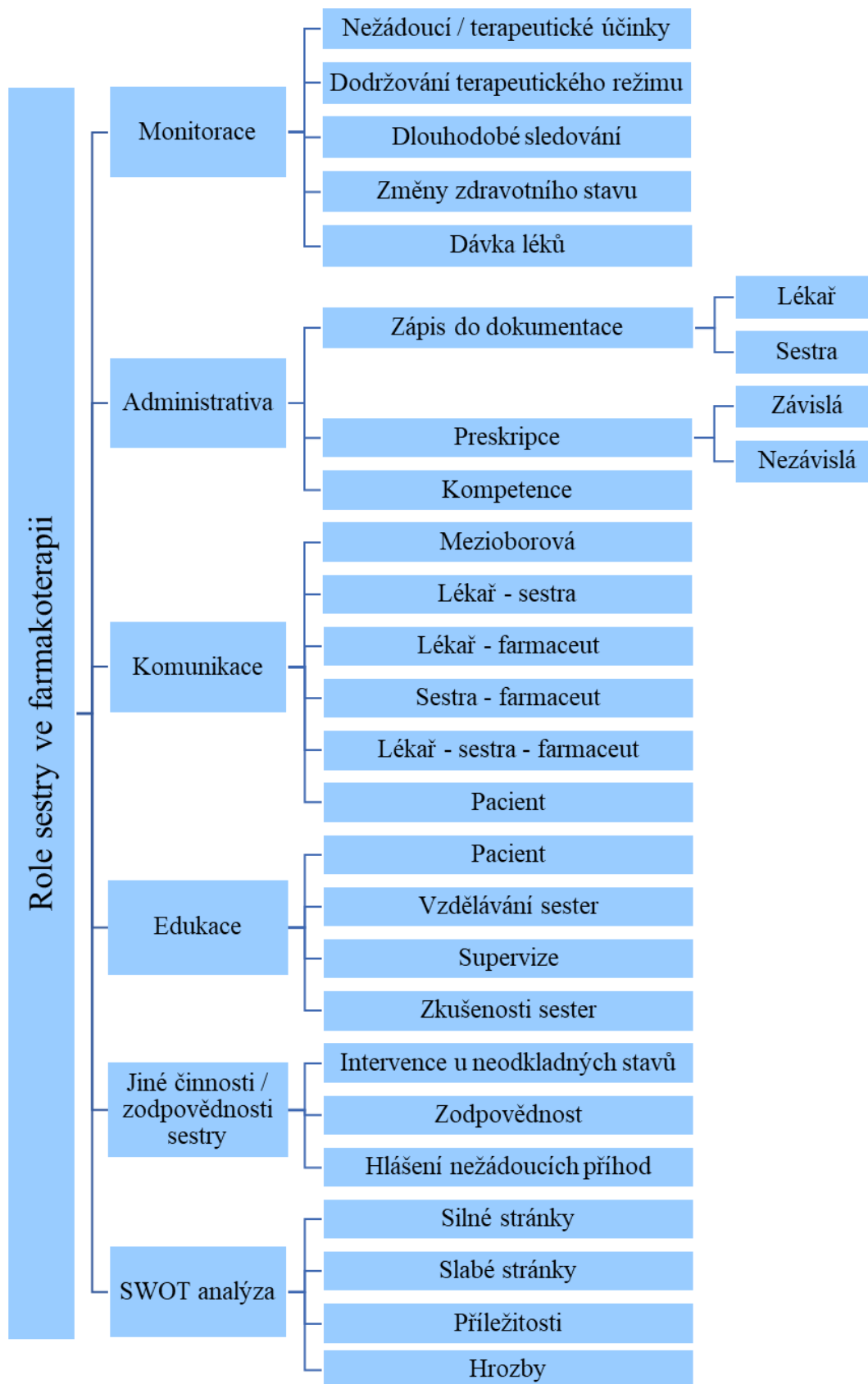
5.2. Interpretace výsledků

Interpretaci výsledků kvalitativního šetření jsem zpracovala podle jednotlivých kategorií a subkategorií. Každé téma je doplněné pro větší názornost o schéma a citace informantů.

Ve výzkumném šetření jsem použila šest hlavních kategorií:

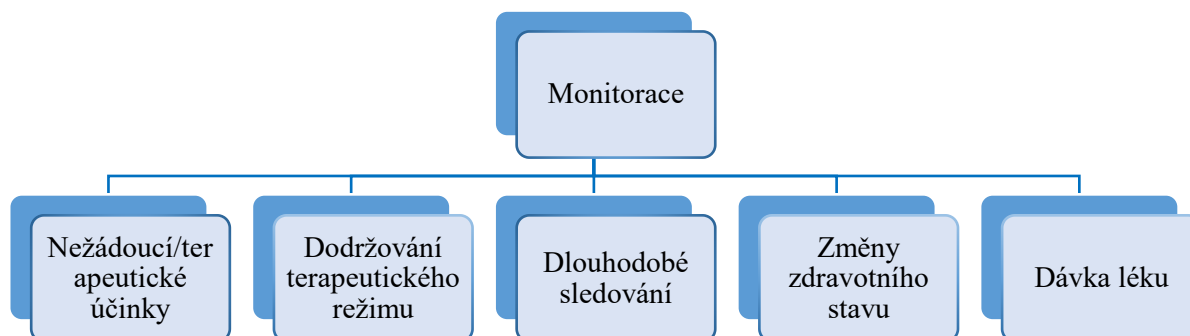
- Monitorace
- Administrativa
- Komunikace
- Edukace
- Jiné činnosti/zodpovědnosti sestry
- SWOT analýza

Kategorie se dále člení na 25 subkategorií z čehož 2 subkategorie (zápis do dokumentace a preskripce) se větví na subkategorie druhé třídy. Ucelený vhlad na celé schéma přináší obrázek 1.



Obrázek 1 Schéma role zdravotní sestry ve farmakoterapii

5.2.1. Monitorace



Obrázek 2 Schéma monitorace

Monitorace nežádoucích a terapeutických účinků

Informanti se u otázky na roli sestry v monitoraci nežádoucích a terapeutických účinků shodují, že sestra je pacientovi nejbližší, a proto je prvním článkem, který zaznamená nežádoucí účinek u pacienta nebo si všímá, zda má medikament terapeutický efekt.

2, „Sledování nežádoucích terapeutických účinků, to prostě je sestra blíž pacientovi a vidí to. Když je ta sestra dobrá, tak s tím dokáže zacházet, dokáže to tomu doktorovi říct, dokáže toho pacienta uklidnit a dokáže v podstatě i zabezpečit to, aby byla sjednaná nějaká náprava nebo nějaké pomoc tomu člověku.“

Mezi jednotlivými odděleními jsou rozdíly. V intenzivní péči má sestra na starosti méně pacientů, které má i díky monitorovacím přístrojům více na očích než na standardním oddělení.

8, „Myslím si, že monitorace a sledování nežádoucích terapeutických účinků, tam prostě vlastně jsou ty sestry tomu pacientovi opravdu nejbližší. To znamená, jako nežádoucí účinky, když vezmu jako nejtypičtější příklad nějakou alergii, tak si toho sestřička všimne rychleji než lékař, který vlastně jakoby dělá vizitu a objeví se u toho pacienta jednou, možná dvakrát za den. U terapeutických účinků, tam typicky zase si myslím, že jako typický příklad by byla bolest, tam zase samozřejmě v tom každodenním kontaktu a zas je to zase trošku jiné na jednotce intenzivní péče a něco jiného na oddělení a něco jiného, já nevím, když máte dva, tři pacienty a něco jiného, když jich tam máte patnáct.“

Dodržování terapeutického režimu

Informanti se shodují, že dodržování terapeutického režimu má být v kompetenci sestry. Výhodou může být, že pacient možná raději sdělí porušení terapeutického režimu sestře než lékaři, který je pro něj větší autorita.

9, „Stejně tak monitorace a sledování dodržování terapeutického režimu, to je vlastně to samé, když má ten člověk ležet, tak aby prostě ležel, když má mít nohu nahoru, tak aby jí tam měl, aby poctivě bral léky, tak to je taky jasné, že je vhodné, aby tohle bylo v kompetenci sestry.“

7, „Samozřejmě tam je (místo v adherenci); ten váš nátur. Ta sestra toho pacienta mnohem víc zná a pacient je ochoten sestře víc přiznat co dělá nesprávně. To znamená, že doktorovi řekne všechno v pořádku, já všechny tablety jím, protože se ho bojí. Protože doktor je autorita, ke který se kouká takhle do výšky, že jo?“

Na standardních odděleních nebo specifických odděleních jako je např. psychiatrie se mohou objevit v dodržování terapeutického režimu určité rezervy, které plynou z udělení kompetencí na daném pracovišti nebo z povahy samotné sestry.

8, „...na standardních odděleních, tam si myslím, že ty rezervy jsou. Pořád se stává, že tam člověk najde nepodané léky atd. Ale to zase si myslím, že není problém jakoby v systému zdravotního u nás v zemi, ale je to spíš zase o nějakých jako lidech, o konkrétním nastavení toho oddělení, o tom jak na to, kdo dohlíží a jakým způsobem je jako ta hierarchie je tam daná. Kdo kontroluje, že tam ti pacienti to opravdu dostávají, ale principiálně si myslím, že v tomhle by problém nebyl.“

2, „Vlastně sestry jsou nositelky držení těch hranic a dodržování takových těch běžných úkonů a když to ten pacient nedodrží, tak zase by měly nějakým způsobem přispívat k dodržování těch hranic. A to si myslím, že je vlastně diskutované, když se nedodrží ten režim, tak diskutovat s tím týmem, jakým způsobem vlastně ty hranice a dodržování zabezpečit a ohraničit. Na psychiatrii to je hodně důležité a taky těžké někdy.“

Informantka je toho názoru, že sestra by měla upozorňovat lékaře na léčiva, která už by se pacientovi mohla vysadit, vzhledem k jeho stavu nebo délce užívání.

⁴ „*Dodržování terapeutického režimu. No, a to je to, co jsem říkala. Že ta sestra musí upozornit toho doktora, který nemá třeba kontinuitu, že to antibiotikum se podává...já nevím 14 dnů, pacient nemá teploty, klesly mu zánětlivé parametry, no tak jestli to má vůbec smysl.*“

Dlouhodobé sledování

Na roli sestry v dlouhodobém sledování mají informanti různé názory. Jedním z pohledů je, že dlouhodobé sledování do kompetence sestry nepatří, je to kompetence lékaře.

⁶ „*Myslím si, že ne. Že tady jako je to zodpovědnost toho doktora. Jestli to sledování má vézt k nějaké té úpravě té preskripce tak jako si dokážu představit, že sestra řekne doktorovi, že zapomněl něco, ale nemyslím si, že ona by to měla jako přetavit v návrh nějaké změny té medikace. To si myslím, že ne.*“

Na druhé straně jiný z informantů vnímá celou záležitost jinak. Činnost sester může mít v dlouhodobém sledování veliký potenciál.

⁵ „*... já si myslím, že tato otázka je zanedbávaná. Víím, že Liberec sleduje pacienty dlouhodobě, ještě doma v ambulanci, jaké mají halucinace po pobytu na ARU, jaké mají na to vzpomínky, já si myslím, že to je oblast, kde by se právě sestry měly uplatnit, protože kdo jiný bude dělat takové věci, které jsou zajímavé, ale ne bezprostředně životu prospěšné a takže si myslím že tady je oblast jako velká pro sestry, že by mohly, řekněme sledovat životní kvalitu u pacientů například po transplantaci plic... Pro nás, jako pro doktory, by to mohla být zpětná vazba právě od sester, to by měla být spolupráce, protože doktoři nebudou dělat dlouhodobé sledování, jako následek léčby. Za prvé, za to nikdo nedostane peníze a za druhé si myslím že to je právě taková sesterská, ošetrovatelská péče, která má velký význam a tam si myslím, že je potenciál do budoucna.*“

Téma dlouhodobé péče, je určitě velice individuální věc. Jiné je to v ambulantním sektoru a jiné je to v domácí péči. Je zde názor, že by sestra mohla v domácí péči dlouhodobě sledovat pacienta s lékařem v určitém poměru návštěv.

³ „*U domácí péče, pokud ten doktor ho uvidí také a sestra také, tak třeba dvě ku jedné. Dvě kontroly doktora a jedna sestry nebo dvě sestry a jedna doktora, proč by ne.*“

¹⁰ „No to je záležitost strašně individuální, tam jde o to, co to je za obor, co to je třeba za ambulanci, většinou jako co se týče hospitalizační péče, tak tam o nějaké dlouhodobosti moc není řeč, kromě nějakých LDN nebo takhle, ale jsou že jo ambulance, kam chodí lidi třeba rok, s chronickou ránou, nebo takhle... tam si myslím, že to funguje dobře...“

⁸ „Dlouhodobé sledování, no tam to je záležitost hlavně té domácí péče nebo nějakého ambulantního sektoru. Dokážu si představit, že jsou ambulance antikoagulační poradny nebo ambulance srdečního selhání, tam si dovedu představit, že tu běžnou agendu... Ale nějakou lehkou úpravu medikace, tak to si dokážu představit, že by mohlo fungovat. Musí být samozřejmě v rámci toho systému zase nastavená nějaká pravidla, kdy už je nezbytné o tom informovat toho lékaře.“

Změna zdravotního stavu

Zde se informanti shodují, že sledování změn zdravotního stavu je jednoznačnou kompetencí sestry, která změnu hlásí lékaři a následně zapíše do dokumentace. Rezervy jsou poté na standardních odděleních, kde sestry nemají dostatek času na všechny pacienty a ti jsou tak odkázáni na ochotu a všímavost ostatních spolu-pacientů, kteří sestru přivolají.

² „Identifikace změn, no tak to je součástí toho pozorování, které by mělo být součástí toho referování tomu lékaři v době, kdy tam ten lékař není. Takže by ta sestra podle mě měla mít rámcový přehled o průběhu toho onemocnění a měla by vědět jaké tam mohou nastat komplikace a ty komplikace dokázat identifikovat z chování pacienta.“

Dávka léku

U otázky podávání specifické dávky léku neboli tzv. titrování se názory opět rozcházejí. Na jedné straně by respondentka požadovala po sestrách, aby hlídaly dávky antibiotik na druhé straně jiná respondentka by sestrám nedala žádný prostor pro vlastní iniciativu např. v titrování vasopresorů (látky způsobující zúžení cév).

⁴ „V tomhle ohledu já jsem trošku jaksi rigidní, že si myslím, že by sestra neměla mít žádný prostor pro vlastní iniciativu...jo? Že pokud ten pacient přestává mít tlak, aby ta sestra, aniž by zkonzultovala tu situaci s lékařem, zvyšovala třeba noradrenalin.“

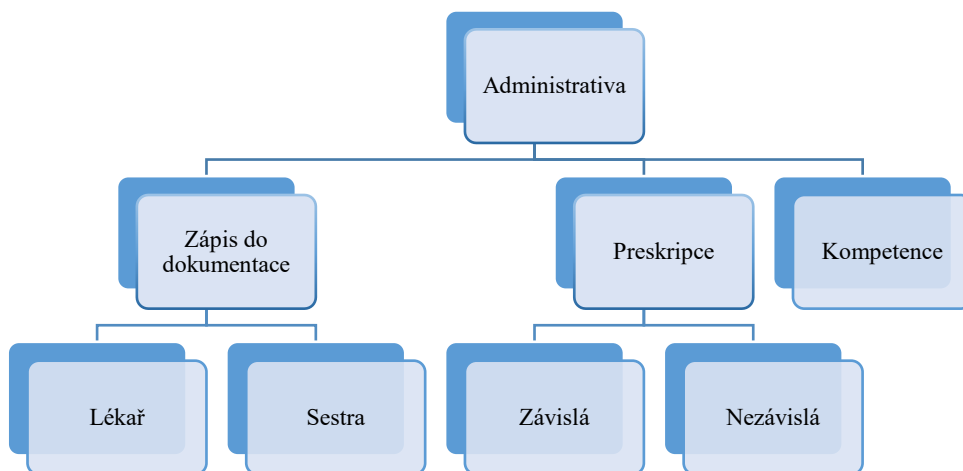
Další respondent si myslí, že by měly sestry mít kompetence k titrování léků, které se pacientovi podávají kontinuálně a držet se rozmezí hodnot, které jsou dané ordinací lékaře.

6, „Myslím si že jo, že každý z těchto léků, co jsi třeba, z těch jakoby potentních léků, nebo relativně nebezpečných léků, co se podávají v intenzivní péči, tak není jich zase tolik a myslím si, že ty sestry by tam měly být jako vzdělané, aby věděly k čemu ten lék je, co je cíl podávání toho léku, jaké jsou nějaké hranice, kde to může třeba jako u toho draslíku, kde je to nebezpečné ale myslím si, že když vědí, že ten lék se po nedává a nedá se přesně odhadnout ta dávka, že ta situace se mění a že se podává k udržení nějaké normální hladiny nebo normálního tlaku nebo normální tepové frekvence, tak já jsem pro, aby ty sestry byly v tomhle aby měly volné ruce a ten lék si dávaly nebo titrovaly samy.“

Toto téma je velice diskutabilní a opět poukazuje na dovednosti a vědomosti konkrétních sester. Jeden z informantů by byl pro, aby se tyto kompetence dávaly na pracovišti individuálně.

3, „To závisí na tom, jak ta sestra bude šikovná a chytrá, protože ne všechny jsou chytré, a ne všechny jsou šikovné. Pakli, že by někdo z vedení doktorského řekl, ano ty to můžeš dělat, tak proč by ne. Takhle to v praxi chodí.“

5.2.2. Administrativa



Obrázek 3 Schéma Administrativa

Zápis do dokumentace – sestra

Z výpovědi informantů vyplývá, že zápis do zdravotnické dokumentace je zásadní a důležitá věc. Několik respondentů ale poukazuje na přílišné administrativní zatížení sester.

2. „V současné době záznamy do zdravotnické dokumentace jsou zbytečně velké a všichni jsme z administrativy zoufalí a přetížení.“

8. „Ale já mám obecně problém, že se nám ze sestřiček stávají administrativní pracovníce, jako jsou to zdravotníci, nemají dělat administrativní činnost. Mají nějakým způsobem se spolu podílet na té péči o toho pacienta, ne jenom na té hygieně a sociální péči, ale i na té zdravotní péči.“

Zdravotnická dokumentace by se měla zaměřit pouze na zápis důležitých věcí.

9. „Záznam do zdravotnické dokumentace taky, ale mělo by se jasně stanovit, co je důležité, aby se zapsalo, a co ne, aby nedošlo k tomu, že se bude pořád jen všechno zapisovat a sestra bude mít na tu přímou péči o pacienta jen krátký čas, aby hlavně byla u něj a zapisovali se jen opravdu ty důležité věci, mělo by to být i z právního hlediska nějakým způsobem ošetřené.“

5. „Záznam do zdravotnické dokumentace, no tak ty data píšeme, respektive ty informace zaznamenáváme kvůli právníkům, takže já si myslím, že je to jako blbost, ale jako musíme to dělat. Prostě takový je svět. Takže léčíme pacienty a píšeme papíry pro právníky...potenciální problém.“

Zápis do dokumentace – lékař

Někteří participanti jsou ve shodě s tím, že by sestra měla trvat na zápisu ordinace lékaře do dokumentace a až poté lék podat.

4. „Těch aspektů, pak i forezních, je tam tolik, že by vždycky sestra měla vyžadovat ordinaci toho lékaře. „Pane doktore ano, ale tady mi napište, že mám dát tohle a tohle, ted'ka, nebo za hodinu, nebo za půl hodiny nebo něco, ale napište mi to tam. A já to potom podám. Jakmile mi to nenapišete, nezlobte se, já to dávat nebudu.“

⁶ „Takže tam si myslím, že by sestry měly být důslednější, protože oni jsou ty lidi, který jako z pozice toho středního zdravotnického personálu ten lék tam jako nasazují a nemají ho napsaný od doktora.“

Výjimku tvoří situace, kdy se léky podávají urgentně například při resuscitaci. Lékař naordinuje lék pouze ústně a dopíše ho do dokumentace až s časovou prodlevou.

⁶ „Ale myslím si zároveň, že by měla být benevolence v tom a asi by se měla připouštět, že prostě v nějaké jako kritické situaci, emergentní, že se nejdříve léky dávají a pak se preskribují. Ale to si myslím, že se týká 30-60 minut kritického stavu nějakého, kdy trvání na preskripci před podáním léku mi přijde kontraproduktivní. A pokud se to bude někde upravovat, tak by to mělo být zavzaté do toho, že ta komunikace je jasná verbální, že ta sestra to zopakuje a dá to, tak to nebude napsané a prostě se to udělá.“

⁴ „Samozřejmě jiná situace je, když se provádí resuscitace, že jo, tak tam se ty léky podávají na ústní teda výzvu a dopisuje se to ex post, protože to je výjimečná situace.“

Preskripce – závislá

U závislé preskripce neboli ordinace psané lékařem je důležité, aby sestra správně ordinaci přečetla, podala a podání zdokumentovala.

⁶ „No u té dokumentace u té sestry jde jenom o to, aby si ona pohlídala tu správnou preskripci a pak jí správně zdokumentovala a podala. To asi je, jako důležité.“

V lékařském dekurzu se mají správně psát obchodní názvy léku, který je zrovna na oddělení naskladněn. Někteří informanti by byli pro alternativu, že by se psala účinná látka a sestra by si podle ní vyhledala generika a podala lék, který je aktuálně dostupný. Aby se zbránilo chybám, mohla by se psát do ordinací účinná látka i obchodní název.

⁶ „Závislá preskripce, LP indikované lékařem. Tak to jsem určitě pro, protože si myslím, že sestra by měla rozumět tomu, co jsou generika, co je komerční název toho léku, ale že léčí vlastně to, co ten lék obsahuje. Dokonce jsem byl i pro, aby se lékařem psala ta účinná látka, aby se předepisovala a sestra měla kompetenci podle toho, jaká účinná látka nebo jaký lék ten komerčně vyráběný je prostě s tou účinnou látkou dostupný, tak aby byla schopná ho podat. Protože si myslím, že by sestra měla rozumět tomu, co Omeprazol je a podat pacientovi kterýkoli Omeprazol má.“

Preskripce – nezávislá

V některých případech se informanti shodují, že jsou sestry v některých oblastech, zejména pak v ošetřování ran více vzdělané než lékaři, zejména pokud pracují mimo tuto odbornost. Proto jsou pro jejich zvýšení kompetencí v této oblasti.

¹ „*Takže v tomhle (léčení ran) můžou být sestry určitě více do hloubky informované a vzdělané než třeba lékař z jiného oboru.*“

² „*Jestli se jedná o dermatologii nebo vybírá houbičku a má speciální školení na ošetření bérkových vředů, tak tam asi bych s tím souhlasila.*“

Lékaři souhlasí s připravovanou novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění, která by mohla sestřím zvýšit kompetence v oblasti předepisování inkontinenčních pomůcek.

¹ „*Ano s tím souhlasím (aby sestra předepisovala inkontinenční prostředky). Tam jsou teď nově ty kritéria, míra inkontinence, kde to je jasně dané. Tak tam si může toho člověka zařadit a když váháme, tak si můžeme vyžádat nějaké kontrolní nálezy od urologa, gynekologa, a tak a pak není důvod, proč by to nemohla předepisovat.*“

Někteří participující lékaři si myslí, že by sestra mohla vést ambulance pro diabetiky, nebo předepisovat chronické léky u pacientů, kde se nic nemění a které zná.

⁸ „*Určitě by sestry z organizačních důvodů lépe třeba vedly aplikaci inzulínů u diabetiků nebo takové věci, to si myslím, že by mohlo bez problémů fungovat. To samozřejmě ještě nastavené není, ale taky si dokážu představit, že tohle by mohlo běžet samostatně, protože to fakt není nějaká jako raketová věda.*“

¹ „*No mohla by třeba hlídat chronickou medikaci u kompenzovaných pacientů s nezměněným zdravotním stavem, to znamená v první řadě zjistit, že se jedná o nezměněný stav, že se nic neděje, eventuelně, že jsou kompenzováni, anebo po poradě s lékařem a tu chronickou medikaci by mohla řešit sama. To znamená předepisovat léky, které už dlouhodobě berou s nezměněným dávkováním a prostě bez nějakých nutných zásahů z její strany.*“

Jsou zde i názory, že by sestry mohly samy podávat určité skupiny léků, např. léky na bolest nebo na teplotu. Někteří participantů jsou opatrní, ale naklonění této změně, opatřili by však

tuto kompetenci vnitřním předpisem. Někteří jsou zdrženlivější a zastávají názor, že je to nebezpečné a tuto kompetenci by sestřám nedali.

⁵ „*To se týká ... jak už jsme zmínili ... Ondasetron, ta antiemetika například. Já si myslím, že takové léky, které nemají...kterých vedlejší účinky nepatří mezi běžně způsobující život ohrožující stavy, samozřejmě každý lék má, může vzniknout anafylaktická reakce, tedy musí vědět samozřejmě jak zareagovat při anafylaktickém šoku, ale například analgetika a antipyretika, já nevím, antiemetika, tak tam si myslím, že sestra může samotná ordinovat bez nějakého ordinování doktorem.*“

⁸ „*Co se ordinací léčebných přípravků týče, tak kdyby se...to by bylo nějakým způsobem asi udělat nějakou ... nějak si to kolektivně určit, vytypovat prostě skupiny, kdyby se sešli, já nevím zástupci sester, lékařů, farmakologů...vytypovat nějaké skupiny, kde jako by to podávání bylo bezpečné, kde ty interakce léků jsou spíše menší. Tak si myslím, že by to jako bylo možné. Typicky zase léky na bolest nebo nějaká základní práce s léky na tlak.*“

⁶ „*No nevím, to si myslím, že je hodně tenký led. A že to končí opiátama, že jo. Nedovedu si představit, že by tomu ten doktor nedal alespoň nějaký rámeček. Jako že by předepsal, že se má stupňovitě dávat nějaká léčba bolesti s třemi přípravky, ale myslím si, že ten doktor by měl indikovat minimálně intervaly a i tam, kde není zastropovaná dávka, tak že by to rámcově mělo být předepsané doktorem.*“

Kompetence

Hlavní otázka na participující lékaře byla, zda by sestřám zvýšili kompetence ve farmakoterapii nebo nikoliv a za jakých podmínek. Tím, že jsou dnes některé sestry vysokoškolsky vzdělané by někteří informanti kompetence sestřám zvedli. Někdo má ale s paušálním přiznáním kompetencí problém, a tak by to vyřešil interně podle šikovnosti a vzdělání jednotlivých sester.

⁸ „*Základem je, jsou individuální rozdíly že jo, každý z nás je jiný a když pak jakoby víte na koho se můžete nebo nemůžete spolehnout, když se nějakým způsobem dají nebo optimální by bylo, kdyby byly definované ty kompetence. Říct tahle sestřička má na to vzdělání, kvality a zkušenosti, tak to může dělat. Je trošku nebo já mám obecně trošku*

problém s paušálně oddělováním povolení na základě jenom nějakého papíru. To je složité.“

⁵„No já si myslím, že úloha sestry v podání léků, aplikování pacientovi do žíly anebo muskulárně a podobně, že je celkem podceněná a měla by se více zintenzivnit, ta úloha sestry v této oblasti. To znamená, že by měly být zlepšené kompetence těch sester, aby si mohly určité léky podávat samy. Například u pacienta, který je po operaci například mozku, konkrétně nějakého Schwanomu, nebo neurinomu akustiku, /pacienti/ kteří mají tendenci k nauze a ke zvracení, takže ta příčina je jasná a terapie je stejně tak jasná, například podávání antiemetik, například Ondasetronu, tak si myslím, že sestra by si to mohla aplikovat automaticky, podle toho, jak je á 4 hodiny, anebo jako podle letáku. Tedy to si myslím, že nepotřebuje ani doktora, aby aplikovala tyto léky sama. Pokud je jasná diagnóza a je jasná terapie, tedy to by mělo být v terapii nebo v kompetencích sester.“

Některé úkony jsou jen o cviku a pokud by sestra absolvovala teoretickou i praktickou přípravu, mohla by mít vyšší kompetence. Sestrám se specializací by se měly zvýšit kompetence v podávání léků v emergentních případech.

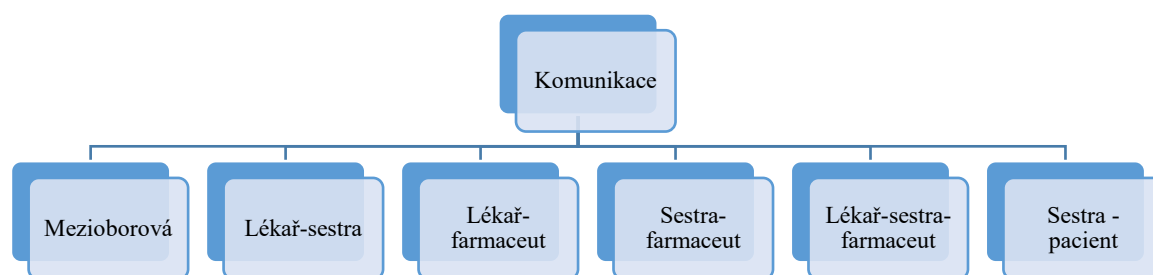
⁸„Já si myslím, že je to otázka nějakého výcviku. Já si klidně dokážu představit, že budou umět, začneme jednoduše, tady nějakou neinvazivní ventilací, to by neměl být problém. Protože to je věc, která je v zásadě jednoduchá, relativně, k tomu člověku, než dorazí vůbec někdo další a když je někdo u té postele, tak to může zásadním způsobem ovlivnit jeho život. Klidně si dokážu představit, protože to nemá nic společného s medicínskou kvalifikací, ale je to cvik, takové věci jako intubace atd. Dokážu si představit celou řadu věcí, museli bychom se o tom pobavit o co by sestry měly zájem o co by neměly zájem. Řeklo by se ano, tak ta to dělat chce, tak pokud to chce dělat, tak ale musí absolvovat nějakou formu studia teoretické a praktické přípravy atd. Jako dokážu si představit ledasco, tohle není zase záležitost medicínská, je spousta doktorů, kteří se to nikdy nenaučí a je spousta sester, které se to naučí velice jednoduše. Myslím si, že by to obrovsky pomáhalo. Nevím, jak je to teď u záchranky s kompetencemi, jestli se musí čekat na lékaře, to neumím říct. Takže to si dovedu představit, že je celá řada věcí, které by se mohly sestřičky naučit.“

⁶ „A pak asi pro ty sestry, co jsou nějakým způsobem mají nastavbu pro intenzivní péči, tak jako vyhodnotit takový ty per arest situace, že to není úplně zástava, ale může to vyústit v zástavu oběhu nebo dechu a tam myslím, že by se jim ty kompetence měli dát.“

Jednoznačným názorem bylo, že je nutné mít pro práci v týmu jasně ohraničené kompetence a mít vzájemný respekt, kterým můžeme zajistit tolik důležité klidné pracovní podmínky.

² „A někde ty sestry mohou překračovat svoje pravomoci. Někdy i na žádost lékařů, že suplují ty jejich některé funkce. To je o dohodě. V současné době to vidím, že někdy to není úplně nejšťastnější. To překračování hranic a nedostatek vzájemného respektu. To si myslím, že jsou ty nejdůležitější ingredience v práci.“

5.2.3. Komunikace



Obrázek 4 Schéma komunikace

Mezioborová komunikace

Mezioborová komunikace je velice důležitá ať už na úrovni lékařské nebo sesterské. Pokud na konziliích nebo při předávání pacienta na jiné oddělení vážně komunikace, je velice pravděpodobné, že se stane chyba. Mezioborových konzilií by se měli účastnit současně lékař i sestra.

⁹ „Mezioborová komunikace, hlášení, diskuse, tak určitě. Když se ten pacient někam překládá, tak aby sestra byla schopná o něm předat nějaké základní informace o zdravotním stavu, i když si myslím, že to předání by mělo být, jak sestra k sestře, tak lékař lékaři, mělo by to být zároveň, ani jedno nenahrazuje to druhé.“

⁶ „Mezioborová komunikace, to asi při předávání pacientů, tak to je jasné, tam jde o to, aby byla kontinuita v té preskripci. Eventuelně nějaké jako problémy třeba s aplikací těch léků, tak to si jako obecně v té zdravotní péči, to by si ty sestry měly správně předat a zdokumentovat. Aby to s tím pacientem šlo dál a nedošlo k opakování nějakých chyb.“

Jeden z informantů považuje mezioborovou komunikaci za oblast, která nefunguje moc dobře na celosvětové úrovni. Důvodem může být finanční ohodnocení zdravotnického personálu, určité principy nespravedlnosti v celém systému, pojištění nebo rozdělování zdravotnických prostředků.

⁵ „What we have got here is to failiure to cominicat, takto vznikají světové války. Takže toto je velká slabost a já si myslím že to je celosvětově, jestli je to v rámci mise s Lékaři bez hranic nebo je to v Motole, speciálně v Motole, mezioborová spolupráce chybí protože pacient je jen v podstatě někdy takovou zátěží a nikdo ho nechce přijmout, protože znamená problémy a bere to peníze a ti pacienti jsou často zničený vlastním životním stylem, bezdomovci a tak podobně, nikdo s nimi nechce spolupracovat protože nemají ani pojištění, je to proti principu spravedlnosti podle mě, rozdělování zdravotnických prostředků, takže to může vysvětlovat, proč ta mezioborová komunikace chybí, nejsou dostatečně finančně ohodnocení jak lékaři, tak sestry ani zdravotnický personál, nižší, řekněme sanitáři. Takže toto si myslím, že je věc, která by měla zlepšit, ale myslím si, že je to utopie, nikdy se to nezlepšilo a nikdy se to nezlepší, s tím se budeme muset naučit žít.“

Komunikace lékař – sestra

Komunikace lékaře se sestrou je často diskutované téma, protože se jedná o týmovou práci, na kterou působí mnoho faktorů. Například nálada, zkušenosti, profesionalita nebo osobnost zdravotníka. Sestry jsou zprostředkovatelky komunikace mezi pacientem a lékařem. Lékař by měl na vizitě komunikovat se sestrou, ptát se na změny u pacienta a sestře říci, co bude v daný den pro pacienta v plánu.

¹⁰ „No ... jako to je věc, která...hlavně komunikace sester s doktory, to je věc, která je zatížená samozřejmě strašně velkým faktorem momentální nálady obou zúčastněných, abych tak řekl, ale když to funguje, tak je to skvělý a většinou to funguje a problém v tom

nevidím. Potíž nastane, když prostě dojde k nějaké situaci, že prostě doktor něco houkne přes rameno a sestra mu špatně porozumí a vznikne z toho problém, že třeba nějaký lék se dá špatně... Ty sestry jsou na to trénovaný od začátku, že prostě jejich role je vlastně mimo jiné taky zprostředkovávat kontakt mezi pacientem a doktorem.“

⁹„Jinak si myslím, že ten vztah, ať už je méně nebo více přátelský, to na tom úplně nezávisí, je hlavní, aby byl profesionální, a ty věci podstatné se předávali, což je asi je i na zkušenosti té sestry i lékaře. Lékař poskytuje sestře informace a pokyny, to si myslím, že je v pořádku.“

Nelze paušálně říct, že komunikace mezi lékaři a sestrami funguje dobře. Někteří lékaři neberou sestry jako sobě rovného týmového kolegu. Společnost lékařů a sester se rozděluje.

⁵„Není ideální spolupráce a myslím, že nikdy nebude. Ideální spolupráce by bylo, kdyby se střetli dva normální, dobří lidé, kteří mají společný cíl, starat se o toho pacienta v rámci svých možností a schopností. A to nikdy nebude. Dobře bude, ale výjimka potvrzuje pravidlo asi tímto stylem. Takže my si musíme zvyknout improvizovat, a i ta spolupráce je vždycky o té improvizaci a o kompromisech a o konsensech, ideálně.“

⁵„Někteří doktoři jsou ... opovrhují sesterským personálem, že tomu /sestra/ stejně neporozumí, že je nižší personál. Zase to je otázka naší společnosti. A zase sester. Ne všechny sestry jsou vzdělané, některé sestry jsou vzdělané až moc teoreticky a prakticky nejsou ideálně schopné, ale zase je to o lidech.“

³„Tak já myslím, že dřív se spolupracovalo podle mého názoru mezi sestrami a doktorem lépe. Dnes už se to rozděluje, jako se to rozděluje všude a je to hrozně špatně. Pokud je tam dobrá kooperace, tak je to nadčasové, protože doktor stráví s pacientem deset až patnáct minut, sestra dejme tomu celou tu svoji směnu. Takže jednoznačný. O té spolupráci nepochybují ani vteřinu.“

Komunikace lékař – farmaceut

Klinický farmaceut má daleko větší a podrobnější znalosti o léčivech a jejich interakcích. Na některých odděleních farmaceuta lékaři využívají denně, jinde chodí v určitý den na semináře a někde ho využívají pouze telefonicky dle potřeby.

⁶ „Ten klinický farmaceut má daleko větší znalosti o léčivech, podrobnější. Navíc na to má více prostoru než ten doktor. Takže doktor by se měl pohybovat v tom, aby ten základní problém s tím lékem byl schopný vyhodnotit, zvážit a než tu preskripci provede, dohledat někde jinde. Ale může se to stát, že ten klinický farmaceut, si myslím, že je dobrý, že mu pomůže, jako třeba najít nějaké jemnější nuance nebo problémy potenciální s tím lékem.“

⁷ „Ne, ale chodí na semináře jednou týdně, kde probereme složité, komplikované pacienty, a když něco potřebujeme nebo se nám nelíbí nějaké interakce nebo potřebujeme nějakou jinou lékovou formu, tak to konzultujeme telefonicky. Nemáme však denní vizity s farmaceutem.“

V nějakých nemocnicích klinický farmaceut není nebo jich je velice málo na to, aby se věnovali jednotlivě každému pacientovi. Někteří lékaři farmaceuty nevyužívají, protože si myslí, že lékům rozumí natolik, že je nepotřebují.

¹⁰ „V Čechách podle mě tohle vůbec nefunguje. Protože jako doktoři si o sobě myslí většinou oprávněně, že těm lékům rozumí natolik, aby teda byli schopni pacientům poskytnout tak, jak se má. A když se potřebují poradit s farmakologem, tak prostě se někde poradí na nějakém kongresu nebo takhle nebo prostě zavolají, ale já ani vůbec nevím, jestli třeba...no tady v nemocnici už vůbec ne, ale jestli třeba v nějakých těch velkých špitálech je nějaká taková funkce jako systemizovaná, nějaký klinický farmaceut prostě nevím, neslyšel jsem o tom.“

⁸ „To je věc, která by měla fungovat zcela nepochybně... na spoustě míst to vážně. My tady máme naši klinickou farmaceutku, to si myslím, že je velmi dobře. Ještě je potřeba, aby to bylo více akceptované. Tohle si myslím, že je tam obrovský deficit ze strany lékařů, spousta těch oborů si myslí, že všechno vědí, ale ta individuální spolupráce, obzvlášť jak se rozvíjí medicína a každý ten obor nabízí nějaké možnosti, tak je nezbytná. Protože v tom týmu může někdo přijít s nápadem, který radikálně změní pohled na toho pacienta.“

Komunikace sestry – farmaceut

Komunikace mezi sestrou a farmaceutem v našich podmínkách je zatím ojedinělá, kdy spolu mohou řešit např. jak udělat správně odběr na monitoraci hladin léků, lékové inkompatibility nebo podávání léků do sond.

6 „Farmaceut poskytuje sestře doporučení, no tak asi by to měl ten farmaceut poskytnout sestře i doktorovi. Aby to oba věděli, ať je tam nějaká zpětná vazba i pro toho doktora, protože oni říkám, to bude nějaké praktické doporučení třeba u toho enterálního podávání nebo gastrického. Ale když to ten farmaceut poskytne i doktorovi, tak se příště vyhne tomu, aby ten doktor nenapsal sestře preskripci, která je v podstatě nesmyslná. Dřít něco do sondy, když to nefunguje.“

Někteří participující lékaři si spolupráci sestry a farmaceuta nedokážou představit a odmítají ji.

4 „Myslím si, že není (prostor pro sestru). Já si myslím, že není. Ne ... zavádět nový model si myslím, že nemá cenu.“

7 „Myslím si, že sestry zatím nekonzultují (s farmaceutem).“

Komunikace lékař – sestra – farmaceut

V ideálním případě by se měli sejít všichni tři u postele pacienta a společně daný problém vykomunikovat. Tomu dává největší prostor ranní vizita. To se ale děje jen na některých odděleních, protože spolupráce klinického farmaceuta není všude rutinou.

„Každý si myslím, že tam má svoji roli, nemá cenu si přesahovat ty kompetence a ty indikace, ale všichni tři, když fungují dobře, tak si myslím, že to pomůže k nějaké racionalizaci a správnému podávání toho léku přispívat.“

„Sestry konzultují lékaře, který je mnohem snáze dostupný, protože máme farmaceuta, který tady není ale denně, je tu jednou nebo dvakrát týdně a konzultuje po telefonu, takže to konzultujeme většinou po lékařské linii.“

⁷ „Co se snažíme ještě u nás dělat, tak to je porada pacienta a ošetřujícího týmu, což je lékař a sestra. Když je vizita daná tímto způsobem..., někdy si sestra dělá svoji práci, pak to projde lékař, někdy někam něco napíše a zase odejde, tak tam je ta sestra mnohem více ponechaná sama sobě a může konzultovat toho farmaceuta, ale ona se bojí, že bude obcházet lékaře. Když však děláme teamovou vizitu, kde do toho zapojíme i toho pacienta, tak z té teamové vizity je podstatě jedno, jestli toho farmaceuta osloví lékař nebo sestra, protože se domluvíme.“

Komunikace sestry s pacientem

Komunikace sestry s pacientem je naprosto klíčová ať už se jedná o pacienta, který přichází k obvodnímu lékaři, nebo o pacienta, který leží na resuscitačním lůžku. Na kvalitu komunikace opět doléhají určité faktory jako je např. syndrom vyhoření, přepracovanost nebo míra empatie.

¹ „Komunikace s pacientem. No, to je nosná záležitost úplně, protože ti lidé si sem kolikrát přijdou ne hlavně pro léky, ale hlavně si popovídat a zjistit, že to, co prožívají, že je normální.“

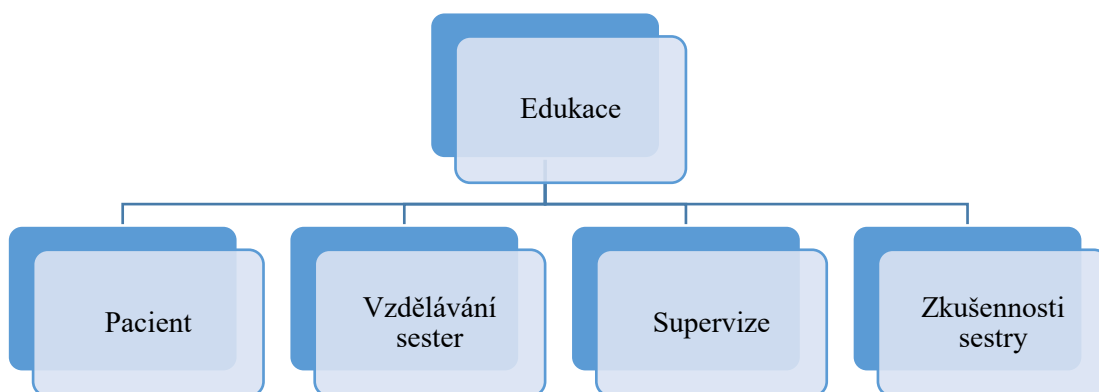
² „Že ta sestra má dobrý vztah k tomu pacientovi, že s ním dokáže navázat v psychiatrii terapeutický vztah. Také v těch komunitách v té psychiatrii je tím primárním terapeutickým vztahem je někdy sestra, která třeba má ten výcvik, takže tam ty sestry mají jako svůj terapeutický úkol.“

¹⁰ „A když holt jako někdo má 5 dvanácti-hodinových směn za týden, tak na konci toho týdně prostě na ty pacienty už není hodný. To je těžké.“

Dle participantů jsou témata, o kterých by měl raději s pacienty hovořit lékař. Mnohdy nejsou jasně dané hranice pro to, co má pacientovi říkat lékař a co sestra. Měli by se vzájemně doplňovat a fungovat jako tým.

⁸ „Komunikace s pacientem. Zase záleží o čem. O nějakých zásadních informacích, o rozhodnutích, o postupech, o alternativách, tak to by asi mělo být ponecháno lékaři, protože ten má nějakým způsobem z titulu své kvalifikace tu představu o tom, kam to může vést.“

5.2.4. Edukace



Obrázek 5 Schéma Edukace

Edukace pacienta

Rozdílné názory participanti uváděli v otázce edukace sestrou o léčivých přípravcích. Byl zde názor, že sestra, která léčivý přípravek podává, by měla edukaci provádět, protože pacient má právo na to vědět, jaký lék zrovna dostává a proč ho dostává.

6, „A podávání informací o léčivém přípravku, to určitě je práce sestry, protože pacient, když je při vědomí, tak se ptá, že jo, co mi dáváte. Tak je dobrý, když ona mu to jako alespoň v nějaké jako jasné a základní formě vysvětlí, protože ten pacient má na to právo vědět, co dostává.“

Další názor je takový, že edukaci o léčivých přípravcích by měl dělat prvotně lékař a sestra to potom zopakuje při podávání.

9, „Ohledně edukace pacienta, si myslím, že by ty informace o léčivých přípravcích měl podávat lékař, s tím, že by to sestra měla při aplikaci zopakovat.“

Medikamentů je celá škála, některé jsou specifické, nebo mají více účinků. O těchto lécích by měl edukovat lékař. Na druhou stranu o běžných medikamentech může edukovat sestra.

10, „Přijde na to, o jaké léky jde...no já nevím, moje žena je kardiolog a tam samozřejmě ta edukace to už je opravdu záležitost doktora. Tam ty účinky těch léků třeba na srdce jsou asi poměrně složité a tohle, ale jako já nevím, prostě říct pacientovi, že po tomhle prášku může mít sucho v puse anebo prostě ho může brnět jako a tak...jakmile by ho začalo

brnět v puse, tak to má hned říct, aby se ta infúze zastavila, tak to ty sestřičky dělají, že jo, na to jsou zvyklý. Tam není problém.“

⁸„Edukaci pacienta, tam já si zase myslím, že by zase záleží na typu, pokud jsou to nějaké léky, které třeba jako radikálním způsobem zasahují do fungování člověka, do toho samotného léčebného...pokud to konkrétní onemocnění. Řeknu chemoterapie, ale to je úplný extrém. Tak tam si myslím, že by to měli dělat spíše lékaři, protože přeci jenom vědí ty záležitosti týkající se prognózy, alternativ atd. Ale co se běžných léků týče, jako na tlak na cukrovku atd., to si myslím, že by v tom problém nebyl.“

Vzdělávání sester

U tématu vzdělávání sester jsem se setkala s názory, že sestry, které vyšly ze střední zdravotnické školy v minulém století, byly lépe připravené nežli sestry, které vystudovaly v již upraveném vzdělávacím systému.

⁷„Zlatá, dobrá, stará zdrávka. Prostě, sestry, který prošly zdrávkou v minulém století. Střední zdravotnickou školou a vyrůstaly, vlastně byly školeny dál ať už v Brně nebo prostě měly nějaký zácvik, takovou tu nástupní praxi, kde staniční sestra, což dřív to byla „osoba“, že jo, osobnost, tak ji (sestru) vzala a naučila ji to a zaškolila ji. V dnešní době, když vidíme, že prostě jsou absolventky třeba gymnázia, který si udělají bakalářský titul, tak z nějakého důvodu tam něco chybí. Já to neumím pojmenovat, protože nechci ublížit nějakým rychlým soudem, ale něco tam chybí takovýho toho, co se v těch holkách vychovávalo už od patnácti let a vlastně ta osobnost, když se formuje osobnost, tak na té zdrávce ji formovali nějakým způsobem ve smyslu té odolnosti a oddanosti a chtěli, aby to bylo dobře.“

⁴„No já si myslím, že ta (vzdělanost sester) je vcelku dobrá, ale myslím ... kdysi ty zdrávky, jako takový, měly obrovskou úroveň. A maturita, na těch jednotlivých oborech, všeobecná sestra, porodní asistentka, a ještě někdo tam byl ... něco tam bylo ... byla v tom průměru obrovská. Že ty holky měly velmi dobrý základy.“

Se špatným školstvím je spojený další názor, kde informant viní legislativu a nastavení předpisů za někdy nevhodný přístup sester.

¹⁰ „Tady zase narážíme na ten základní předpoklad, že současná legislativa..., nebo já neznám vhodnější výraz než tohle to paslovo ..., tak v podstatě nepočítá s tím, že by sestra používala mozek na myšlení prostě a že je pouze vykonavatelem vůle lékaře, někde na úrovni počítače prostě a to je samozřejmě špatně a podle mě momentálně jako v těch zdravotních školách neučí, protože to mají ty sestry de iure zakázaný že jo, a kdyby tomu tak nebylo tak by to bylo krásný, ale to by někdo musel změnit ty předpisy.“

Nynější vzdělávací systém někteří informanti nepovažují za vhodný a chtěli by vzdělávání pro zdravotní sestru sjednotit. Na druhé straně je zde názor, který by se zasadil o to, aby se vytvořil vzdělávací program pro tzv. farmakologickou sestru.

⁸ „Takže já bych byl příznivcem sjednocení vzdělávání. Dnes já mám takový pocit, že je to hrozně rozstřelené a nikdo vlastně neví kdo co přesně, jako kdo může...jsou nějaké všeobecné sestry, praktické sestry, nějaké nástavby, pak do toho vstupují ty...Ale vlastně to, že máte bakalářku nebo magistru, to nemá nic společného, jak jste zařazená jako S1 až S4, tak tohle to je jako hrozně protivné. Já si myslím, že součástí toho vzdělávání by měla být nějakým způsobem ta zdravotnicko-ošetrovatelská péče, potom třeba v průběhu vysokoškolského vzdělávání nějaký ten řekněme management o fungování těch jednotek zdravotnických atd. Myslím si, že to bude plná priorita u nás teď nějakým způsobem sladit to vzdělávání, protože dnes to podle mě dělá kde, kdo a neexistují k tomu jako nějaké...“

³ „V podstatě by nebylo od věci, kdyby existovalo něco, jako farmakologická sestra, která by měla přímo farmakologické vzdělání a na každém oddělení by taková jedna měla být.“

Na otázku znalostí sester v oboru farmakoterapie jsou názory informantů různé. Jeden tvrdí, že je spíše výjimka, pokud sestra rozumí mechanismu účinku léku a druhý si myslí, že se v lécích sestry orientují dobře.

⁶ „V intenzivní péči jsou dva typy sester. Jsou tam ARIPky u nás, myslím si, že ani oni nemají, nebo alespoň z toho, jak je zkouším ty nový ARIPky, když se probírají nějaká léčiva pro léčbu nějakých stavů nebo systémů, tak si myslím, že teda v tom moc jasno

nemají. Takže si myslím, že ne, že jo to spíše výjimka, když ta sestra rozumí mechanismu účinku.“

2. „Musí umět ty farmaka, já si myslím, že to, co potřebujeme, já je samozřejmě zkouším z léků, které se předepisují jinde, ale máme pacienty, kteří mají škálu jiných léků, ne jenom našich a myslím si, že se v tom docela dobře (sestry) orientují.“

Supervize

U tématu supervize se informanti shodují, že je to jedna z rolí sestry. Supervize by měla být vedena jak na úrovni sestra sestře, tak i společně s lékaři dohlížet na správně napsané preskripce.

10. „Ty jsou dobrý (supervize), ano. Ve spoustě případů mi sestřičky řeknou: Pane doktore, tady jste napsal blbost do těch papírů, pojdte nám to opravit.“

5. „Sestra–sestra samozřejmě ano, a sestra–lékař a opačně také ano, to platí, ze strany doktora, že kontroluje tu sestru, ale méně to platí, že sestra kontroluje doktora. Mělo by to tak být, protože si myslím, že je to oboustranné, že ordinace může být chybná, něco myslím, něco píšu a takže ta vzájemná kontrola tam musí být.“

Dle názorů informantů, nemá každá sestra správné vlohy a předpoklady pro zaškolování nových kolegů, proto by měli supervize v této oblasti vést vedoucí pracovníci nebo mentoři.

7. „Myslím si, že to je úloha té staniční sestry nebo té mentorky, aby posoudila, zda je ta sestra již schopná se rozhodovat soudně a samostatně a myslím si, že formální doba je asi 3 měsíce, je to společně se zkušební lhůtou, než se pozná, jestli k tomu ta sestra vůbec je nebo není...“

8. „Myslím si, že i u lékařů i u sester by měla být větší zodpovědnost těch vedoucích pracovníků za to, kdo má jaké kompetence v rámci toho týmu, protože to se nedá určit nějakým papírem, to prostě toho člověka musíte vidět. Samozřejmě tam jsou nějaké minimální požadavky, které musí být splněné, ale pořád jsou mezi námi Cvachové a pořád jsou mezi námi lidé, kteří zase naopak ještě nemají nutně žádný papír a už jsou velice schopní. A vidíme to mezi lékaři i mezi sestrami.“

Zkušenosti sestry

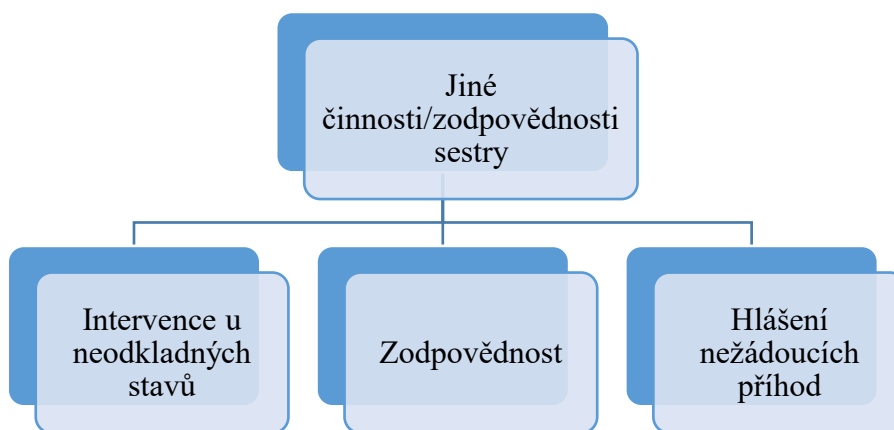
V rozhovorech s informanty jsme často naráželi na téma zkušenosti sestry. Ať už to bylo v rámci debaty o zvýšení kompetencí nebo v jiných rolích sestry ve farmakoterapii. Jeden z informantů by situaci řešil individuálně, kompetenčními listy. Samozřejmě velkou roli hraje délka praxe sestry, zručnost a inteligence.

³ „No já vidím jinou věc v tom, jakože spoustu věcí by sestry zvládly, ovšem těch sester, které můžou všechno toto jako doplňovat bude prostě deset procent, patnáct procent. Prostě šikovné holky, šikovný lidi. Chytrý lidi, kteří přemýšlejí. Ale jakoby obecně v praxi jako paušálně si myslím, že to na všechny dát nemůžeš (zvýšení kompetencí).“

⁸ „Teorie je dobrá a potom ta praxe je důležitá, no a potom od toho by měli být ti jednotliví nadřízení, kteří říkají: Podívej se, ty jsi opravdu šikovná, tak my ti tady dovolíme teď tohle. Nějaká forma kompetenčních listů, něco takového, aby se jasně vědělo, kdo to může nebo nemůže dělat. Jsou třeba lidé, kteří by to ani nechtěli dělat.“

¹⁰ „Tak samozřejmě musí to být sestra, která už jako má nějakou praxi za sebou a už prostě ví co s pacientem který lék udělá že jo...a prostě žákyňka, která vyleze z té zdravotní školy, tak se tohle musí pár let učit.“

5.2.5. Jiné činnosti/zodpovědnosti sestry



Obrázek 6 Schéma jiné činnosti/zodpovědnosti sestry

Intervence u neodkladných stavů

Při intervenci u neodkladných stavů by sestry mohly mít kompetence k podání léku první volby při lékařské nedostupnosti. To znamená adrenalinu při resuscitaci, 40% Glukózy při naměřené hypoglykémii nebo atropinu při významné bradykardii. Opět ale narážíme na rozdíl mezi sestrou na standartním oddělení a sestrou na JIP nebo ARO, kde jsou sestry na neodkladné stavy zvyklé a vědí, jak mají reagovat nebo co bude následovat.

⁶ „Intervence u neodkladných stavů. Tak tam já jsem pro to, aby sestra v intenzivní péči byla oprávněná u těch základních aplikovat ten lék i sama, pokud není schopná toho doktora mít okamžitě u postele. Tak si myslím, že na těžkou bradykardii, na hypoglykémii, na nějaké předávkování opiátem, tak bych byl pro, aby ta sestra vzdělaná v intenzivní péči měla možnost ten lék...vyhodnotit to a podat.“

⁵ „Já si myslím, že nikde, myslím, že tohle je taky v pořádku, protože u těch neodkladných stavů, vždy je tam doktor a jestli tam není doktor, tak sestra si myslím, že může postupovat standartně, to znamená, kdyby měla fibrilaci, já nevím, siní těžkou, tak si myslím, že ta sestra by si mohla podat Amiodaron sama, když tam není lékař dostupný, protože jde o život ohrožující stav, dokonce by si mohla podat i defibrilační synchronizovaný výboj, to si myslím, že taky by mohly sestry dělat, ale to už je na to by už sestra musela být jednak možná více vzdělaná a prakticky vedená systémem zdravotnictví, což tu není, ty sestry jsou vždy jen jako.. ta úloha sestry není na úrovni doktora, stále společensky, což je taky chyba, to nevím, ta společnost je tu tak zakomplexovaná, že nedovolí sestram ji zvýšit, doktoři ji nepustí to si myslím, že neprojde.“

Někteří informanti si myslí, že je to pouze otázka výcviku sester, jiní by ponechali rozhodování na lékaři.

⁴ „Intervence u neodkladných stavů. Tam není co dodat, že jo. Intervenci indikuje lékař toho, kterého oboru nebo my a sestra prostě by měla splňovat tu funkci takového toho výkonného faktoru, který toho pacienta zabezpečí, nebo pomáhá zabezpečit, aby teda řekněme tu urgentní situaci jsme zvládli co nejlíp. To znamená přetlakem transfúze, objednání transfúzí...přichystání dejme tomu pomůcek na drenáž hrudníku, na punkci centrálu, já nevím, co všechno, jo...objednání krvi a tak dále...“

Zodpovědnost sestry

Sestra je ve farmakoterapii zodpovědná za správně podanou ordinaci lékaře, tzn. správný lék, ve správný čas, správnou dávku a způsob aplikace, za aseptických podmínek. Nadále je zodpovědná za kontinuitu infúzí a léků v dávkovačích a inkompatibilitu léků. Informanti vnímají činnost podávání léčiv jako hlavní doménu sesterské práce.

4, „Kde by mohla být rezerva, tak je to ve všech těchto kategoriích, které jsem jmenovala. To znamená v dávce, aby sestra nepopletla dávku...ve způsobu aplikace, aby ta aplikace byla řádně provedena. Je jistě rozdíl mezi subkutánním a intravenózním podáním. A dál za dodržení sterilních kautel. To jsou naprosto nepodkročitelné požadavky na sestru. Tam prostě není prostor pro nějakou improvizaci, nebo vymyšlení, nebo prostě nějakou jakoukoli jinou tvořivost.“

6, „A pak takové jako ty u nějakých těch infúzí kontinuálních, tak tam si taky nejsem jistý a to je hodně na sestře, aby když jako do jedné linky jede více těch léků, aby ona třeba zjistila, vyzorovala, že to není pořádně to dávkování, že se tam kontinuálně tam jako tlačej ty léky nebo že se to tam prostě ...Nebo takové to pokračování infúze, která je třeba vitální pro toho pacienta, tak aby když ta výměna že jo toho nějakého třeba injektomatu, to je v režii té sestry, aby tam nedošlo k přerušení té infúze. Takže tam určitě si myslím, že je doména těch sester.“

Hlášení nežádoucích příhod

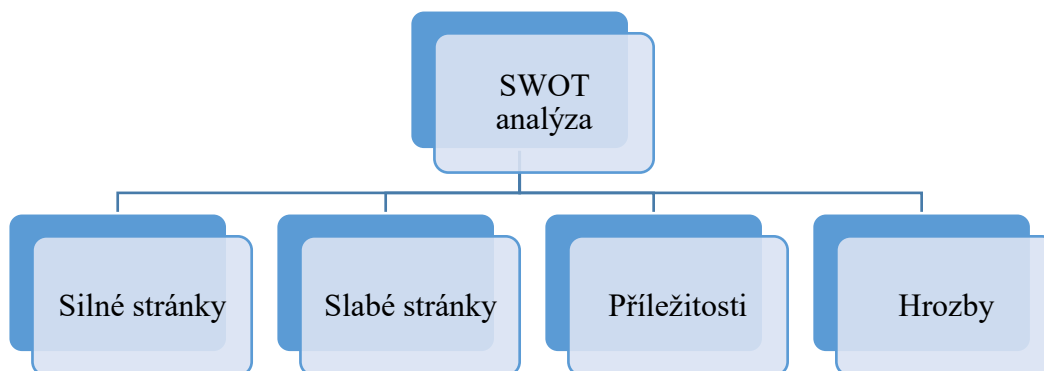
Hlášení nežádoucích příhod v oblasti farmakoterapie by informanti nechali na lékařích nebo na společném hlášení lékaře a sestry.

2, „No já si myslím, že ani moc ne. Že to hlásí s doktorem dohromady. Ale jako my jsme tým, takže to všechno děláme hodně dohromady.“

6, „Hlášení nežádoucích příhod si myslím, že ta sestra má upozornit doktora, že se stalo něco, co může souviset s podáním toho léku, jako upozornit na tu klinickou situaci, ale to hlášení si jako myslím, že je na doktorovi. Že to musí napsat doktor ve smyslu jako nějakého hlášení na SÚKL nebo i jako psaní mimořádné události. Tak si myslím, že to musí psát doktor. Nevím, co by hlásila sestra jako nežádoucí příhodu.“

⁸ „Hlášení nežádoucích příhod, to je otázka asi trošku komunikace, aby jako nedošlo k nadměrnému hlášení něčeho, co vlastně vůbec nežádoucí příhody nejsou. Tam je to potřeba přísně posuzovat, co je nebo není nežádoucí příhoda. Tam bych byl relativně opatrný, tam by měla být nějaká kolektivní minimálně práce.“

5.2.6. SWOT analýza



Obrázek 7 Schéma SWOT analýza

Silné stránky

Participující lékaři považují za silné stránky té role sestry ve farmakoterapii především dovednost sestry překontrolovat po lékaři napsanou ordinaci a v případě nejasností to s lékařem konzultovat.

¹⁰ „No tak ono už se to děje jako že jo..., protože sestry že jo... nikdo není neomylný a doktoři už vůbec ne a prostě spousta sester jako dokáže prostě poznat, že je něco špatně napsaný v těch papírech a prostě to tomu pacientovi nedá a jde se zeptat doktora, jestli to myslel vážně. A to si myslím, že je jako strašně důležitá funkce, kterou, kdyby to místo těch sester dělal ten počítač, jak si myslí na ministerstvu, tak by byla spousta lidí mrtvých.“

Další silnou stránkou sester jsou dle participantů povahové rysy a schopnost vyhodnotit situaci.

⁷ „Odolnost, důslednost, to jsou silné stránky, co já si na sestrách cením. Ne všechny to mají, ale co si cením je, že když podávají léky, tak to není prostě odškrtnutí. Kouknou se na ten lék, využijí nějakou svoji zkušenost, a kouknout se na pacienta. A když se jim

něco nepozdává, že jsou schopni prostě zazvonit na zvonec a říct, pozor, tady s tím něco je, tady mi to nesejde.“

Silnou stránkou může být i komunikace mezi lékařem a sestrou.

9 „Jako klady bych viděl vztah mezi sestrou lékař, to si myslím, že u nás dobře funguje, v tom bych neviděl žádný problém. I mezi sestrami a sanitáři. Nevýhodou je ale ten počet zdravotnického personálu, tam je to dost limitující. Ale jinak vzájemná komunikace, a to, jak to funguje, je dobré.“

Slabé stránky

Někteří lékaři se shodují, že jednou ze slabých stránek je vzdělávací systém sester. Ten by se měl sjednotit a sestry by měly mít vyšší vědomosti v rámci farmakoterapie.

8 „Kde nás tlačí bota, tak tam si myslím, že je opravdu ten systému vzdělávání jako celek, ten je prostě rozstřelený a měl by se sjednotit a mělo by se jasně říct ano, tady budou nějaké základní věci. Protože prostě jsme zdravotníci, sestry mají vysokoškolské vzdělání to prostě musí příkladem toho bude má být mnohem víc toho, než že rozuměj vyplňování reportů o prevenci pádu, tak to má být mnohem víc o tom, že vědí, proč ten člověk padá. Nebo proč když mu dáme nějaké léky, jaké to má účinky atd. Spousta sestřiček si to za ty roky samozřejmě vydedukuje, protože to vidí, ale není to jako součást systematizovaného vzdělávání, a to mi tam chybí.“

6 „No já největší slabiny vidím v tom vzdělání. Protože si myslím, že jak učím ty ARIPky, že prostě přibývá sester v té intenzivní péči asi i v anestezii, že neznají základní indikační skupiny léčiv. Neznají jako účinek, natož nějaký nežádoucí účinek jako, tím pádem jednak si myslím, že to není úplně bezpečné, když oni s nimi pracují s těmi léky, ale hlavně nejsou pak schopné všech těchto rolích, které jsme jim přisoudili.“

Na druhou stranu vidí někteří informanti slabinu právě v nedostatku daných kompetencí u sester. S tím souvisí i špatná soudržnost sesterských asociací.

10 „A v podstatě v českých zemích jako zdravotní sestry jsou podle mého názoru, vykonávají práci, která je tak jako o stupeň niž, než na co mají kvalifikaci prostě... myslím si, že zrovna ta... podávání léků je jako věc, která jako je papírově u nás automaticky psaná

všechna na doktora a vůbec by nemusela. Protože ty sestry přece na to mají kvalifikaci, tak proč by to nemohly dělat, že jo...“

⁶ „A potom, že ty sesterské organizace nějaké, jako odborné, že sami nespolupracují na tom, aby ty sestry měly kompetence, které podle mě mít můžou, jako ve smyslu manipulovat s infúzemi a jejich dávkami, nebo dávat léčiva podle toho, jaká je jejich účinná látka. To vychází od sester, že my musíme napsat co je na nějaké krabičce, kterou ani nevíme, jakou máme ve skladu. Takže to si myslím, že by zas ta odborná společnost měla jako ty sestry vzdělat a tu kompetenci si jako vydupat, ale potom za to být zodpovědný.“

Nedostatek zdravotnického personálu a více nočních směn po sobě jsou další velkou slabinou ve zdravotnictví spolu s nadměrnou administrativou.

⁹ „Já si myslím, že zápory jsou v řízení té dokumentace, tam si myslím, že je toho příliš mnoho, že někdy opravdu to papírování ať už u lékařů tak hlavně u sester brání dostatečnému kontaktu s pacientem, a tudíž je omezuje, ty vzájemné vztahy, pořád se musí něco psát a všechno zaznamenávat.“

¹⁰ „...nedostatek personálu, který prostě holt je způsobený tím, že ty lidi dostávají málo peněz za práci, tak jdou raději dělat něco jiného a ty, který v tom zdravotnictví zůstanou, tak v podstatě mají dojem, že za to málo peněz, co za tu práci dostávají, tak po nich nikdo přece nemůže chtít, aby dělali ještě něco navíc, že jo ... a taková ta trochu jako neochota prostě dělat věci, na které nejsou zvyklý, taková ta setrvačnost prostě a zavést něco nového je vždycky se strašlivým skřípěním zubů a všemožného jiného.“

³ „Slabiny. Jako tři noční po sobě považují za pitomost no, kdyby byly dvě, stačilo by to.“

Příležitosti

Sestra by mohla v ambulantním sektoru hlídat chronickou medikaci pacientům. Sestry by se mohly naučit jednoduché screeninky, sonografické vyšetření nebo ECHO.

¹ „No bylo by fajn, kdyby mohla třeba samostatně jim hlídat ty léky, těm chronikům. Kdyby to mohla psát. No tisknout... kopírovat a tisknout že jo o to tam hlavně jde.“

⁸ „Zkušenost je taková, spousta sestřiček by se mohla naučit jednoduché ultrazvukové vyšetření jako screeningové úplně jednoduché, sjet to. To jsou všechno věci, tak jako se na gynekologii dělají ultrazvuky těch těhotných, to taky dělají sestřičky...“

Jedním z názorů je také podnět k tomu, aby se zjednodušila ošetrovatelská dokumentace, aby měly sestry více času na pacienta.

⁷ „Co by byla příležitost změnit je jednoznačně osekát, změnit ošetrovatelské papíry, aby místo psaní papíru mohla sestra tu práci, o které píše skutečně dělat.“

Příležitost vidí informanti ve společné vizitě u pacienta nebo v různých seminářích a provozních schůzích, kde by byl prostor pro komunikaci.

⁶ „Já si myslím, že jako vizita je jeden moment, kdy se sejdou ty lidi a dá se pobavit o té farmakoterapii a ta sestra tam může přijít jako s nějakýma podnětnýma připomínkami, že si ráno prohlídla, když šla ráno k pacientovi, jako že si přečetla preskripci a že tam jsou nesmysli, nebo nesplnitelné věci, nebo věci, které se tlučou. Nebo že to na pacienta nefunguje to, co chce ten doktor jako něco řešit.“

Příležitost by byla i ve vzdělávání, kdy by mohlo vzniknout nějaké postgraduální učení pro sestry v oboru farmakoterapie.

³ „V podstatě by nebylo od věci, kdyby existovalo něco, jako farmakologická sestra, která by měla přímo farmakologické vzdělání a na každém oddělení by taková jedna měla být.“

Hrozby

Jako hrozbu vidí někteří participující lékaři ve špatném finančním ohodnocení zdravotníků a s tím spojené migraci, respektive v jazykové bariéře, která brání vzájemné komunikaci s pacientem.

¹⁰ „No hrozby, ty jsou teda poměrně zásadní. Protože jestli se udrží současný trend jako dění obecně prostě ve společnosti naší, tak jako za pár let opravdu v tom zdravotnictví už nebude nikdo pracovat anebo když, tak to budou lidi, který nebudou umět česky. A pak ta komunikace bude teda poměrně zásadně váznout.“

⁹ „Je systém ve společnosti. Když nedají peníze, tak nebude nic lepší. Co jiné bude motivovat ty lidi? Dobře tak třeba ... ideálně dobrý tým. Ano, mnohokrát ty lidi drží při sobě, jako v rámci týmu, dobrá spolupráce, dobrý tým, dobrý kolektiv, ale těch pracovišť je velmi málo, takže většinu lidí je držena v práci kvůli výdělku, nebo to už je jedno jaký důvod. Takže to je ... tým si moc nemůžeme vybrat a peníze by měli zase navýšit ostatní. Takže je to o těch lidech a o těch financích o tom ohodnocení finančním.“

Další hrozbou mohou být kompetence sester. Když se neschválí zvýšení a ony budou požadovat striktní ordinaci lékaře, může to vést k vytvoření různých algoritmů, které nejsou zrovna šťastné nebo k přítomnosti lékaře u podání, což není logisticky možné. Na druhou stranu, pokud sestry dostanou vyšší kompetence, může docházet k mocenským bojům mezi lékařem a sestrou.

⁶ „Tak jedna hrozba je to, že když se ty kompetence neschválí, tak mě přijde, že to přinese praktické problémy s tím jako jak má ten doktor řídit tu léčbu, pokud ta sestra tu kompetenci nedostane. Pokud se to jako nějak vyhrotí a bude se to formulovat jako nějak striktně, tak že to skončí tak, že v podstatě sestry budou požadovat po doktorech jako jednoznačné pokyny k tomu, jak ten lék aplikovat, hlavně ty kontinuálně podávaná léčiva, a to si myslím, že nemůže dopadnout dobře, protože to bude vyžadovat vytváření nějakých algoritmů anebo přítomnost doktora k podání, což není technicky možné v intenzivní péči určitě.“

Pokud by sestry dostaly vyšší kompetence, musí být k tomu adekvátně vzdělané. Někteří informanti si myslí, že se sestry učí věci, které jsou zbytečné a nepraktické jako například ošetrovatelské modely.

⁵ „Z ošetrovatelství, kdybych ... hrozba ... tak vám tedy povím hrozbu. Sestry studují moc věcí, které jsou nepraktické a pro ně nepodstatné. Já mám zdravotní školu, mám rok magisterského ošetrovatelství a ty systémy jako Oremové model, Hendersonové model, a ty pracovní diagnózy, které jsme se tenkrát učili, to je absolutně nepraktické, zbytečně to zatěžuje sestry, mělo by se to zjednodušit ...“

Některé povahové rysy sester jako je neochota nebo špatně odvedená práce mohou být další hrozbou. Takto se sestra může chovat v důsledku vnímání ostatních lidí, v upadající prestiži povolání.

⁴„Prostě ty hrozby jsou stále stejné a je to: nepozornost, neochota, jako základní povahový rys, takový trošku být ... řekla bych nad věcí, ale správný slovo je flink a ty se najdou všude. To je prostě...mezi námi, mezi sestrami, mezi sanitáři, mezi prodavači...prostě je to tak. To jsou lidi, kteří sem jdou, tady to odsedí, nebo přežiju tu pracovní dobu, ale je jim úplně jedno, jaký bude výsledek té jejich činnosti.“

⁷„Vnímání sestry jako služky, to si myslím, že je špatně a je to hrozba. A když tomu ty sestry začnou věřit, že s nimi lidi zacházejí jako s onucema, tak bud jsou demotivovaný a vnitřně se jim mstí. Že i to vlastnictví toho pacienta, ta hrdost stavovská: já si toho pacienta pečuji, aby byl v dobrém stavu a mohl jít domů co nejdříve, že spíš pak je, co já si s tím budu trhat játra...“

6. Diskuse

6.1. Činnosti / zodpovědnosti sestry

Činnosti sester a poskytování zdravotní péče všeobecně patří mezi regulované činnosti neboli činnosti u nichž právní předpisy určují kdo, kde a za jakých podmínek je vykonává. Povolání zdravotní sestry je regulováno zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních, který konkrétně stanovuje, jaké osoby na území České republiky lze považovat za všeobecné sestry. Odbornou způsobilost sestra získá absolvováním a řádným dokončením zdravotnických akreditovaných oborů na vyšší odborné škole nebo vysoké škole (Vévoda, 2013).

Monitorace

Při monitoraci **nežádoucích účinků léčivého přípravku** se informanti shodují na tom, že sestra je nejbližší k pacientovi, a proto je vznik nežádoucích účinků zpozorován především sestrou. Ne všichni ale souhlasí, aby sestra hlásila nežádoucí účinky na SÚKL, protože dle jejich názoru není vždy schopna vyhodnotit, zda se jedná o nežádoucí účinek léku a měla by situaci konzultovat s lékařem. Na fakt, že sestry nežádoucí účinky léků nehlásí sami poukazují data z roku 2020, kde sestra hlásí pouze v 1,79 %, kdežto lékař ve 48,1 % nahlášených případů na SÚKL. Přitom ohlašovací povinnost má každý zdravotník danou zákonem o léčivech. Sám SÚKL vyzývá všechny k ohlašování podezření na nežádoucí účinky léčiv i když si nejsou jisti, zda je reakce způsobena lékem. Podle studií je známo, že ve srovnání se skutečným počtem nežádoucích účinků, které jsou zpozorované v klinické praxi je počet nahlášených událostí velice nízký, a to nejen v České republice, ale i v celé Evropě (SÚKL, 2022; SÚKL, 2020).

Compliance, perzistence nebo adherence jsou společné výrazy pro popis chování nemocných ve vztahu k dodržování zdravotníkem doporučených zásad chování. Nejde tedy jen o správné užití farmakoterapie, ale i o dodržování individuálního terapeutického režimu (Vrablík, 2013). Dodržování terapeutického režimu vidí participující lékaři shodně, jako jednu z činností zdravotní sestry. Sestra zná pacienta lépe než lékař a pacient jí fakt, že nebere léky přizná snáze než lékaři, který je pro něj větší autoritou. Rozdíly lze spatřit mezi vyšším pracovištěm jako je jednotka intenzivní péče a standardním oddělením, kde má sestra na starosti více pacientů. Lékařka psychiatrického oddělení přiznává, že na svém

pracovišti nachází často nepodané léky. Také v oboru domácí péče by se měly sestry na compliance hodně zaměřit. Názor, že zdravotní sestra musí upozornit lékaře, že pacientovi se podává antibiotikum už 14 dní a pacient už při tom nevykazuje žádné známky infekce, tak jestli to má i nadále podávat, není dle mého názoru zodpovědností sestry. Kontinuitu léčby by měl hlídat sám lékař nebo klinický farmaceut.

Lepších výsledků v adherenci lze dosáhnout efektivní komunikací mezi zdravotníkem a pacientem. K příčinám nedodržování terapeutického režimu může patřit to, že pacient nemá dostatek srozumitelných informací, ale také přílišná složitost léčebného postupu, který pacientovi nevyhovuje, nebo neochota pacienta si nemoc připustit a při léčbě spolupracovat (Čilíková, 2019).

Dlouhodobé sledování pacientů sestrou je v ČR zaměřené spíše na oblast domácí péče, kde má sestra přidělené klienty, které navštěvuje pravidelně. Dalším odvětvím, kde mají sestry nezastupitelnou roli je léčba chronických ran.

Některá nemocniční zařízení mají ambulanci vedenou sestrou, jako např. Ústřední vojenská nemocnice ambulanci stomické sestry. Zde stomická sestra provádí předoperační a pooperační edukaci, kontroluje průchodnost stomie, peristomální okolí a přítomnost stehů. Společně s pacientem konzultují ošetřování v domácím prostředí (Otradovcová, 2017).

Někteří participující lékaři při rozhovoru uvádí, že vidí v oblasti dlouhodobé péče pro sestry potenciál například ve výzkumu kvality života pacientů po různých výkonech jako je transplantace orgánů nebo po dlouhodobé hospitalizaci v intenzivní péči. Jeden z lékařů uvedl, že by si dovedl představit i diabetologickou ambulanci vedenou sestrou, kde by ale změna medikace stále byla v kompetenci pouze lékaře.

Ambulantní služby vedené sestrami byly v zahraničí zavedeny jako jedno z řešení, jak zvládnout poptávku po zdravotním systémem. Mají za cíl snížit čekací doby, zdroje a náklady při zachování bezpečnosti pacientů a zvýšit jejich spokojenost. Chan a spol. zahrnuly do své přehledové studie 25 výzkumných prací zaměřených na klinické a ekonomické aspekty ambulantní péče vedené sestrou. Zjistili, že s odpovídajícím školením a poskytovanou podporou je péče vedená sestrou stejná nebo někdy i lepší z hlediska kvality života pacientů (Chan et al., 2018). To potvrzuje i studie, která uvádí, že case management

vedený sestrou u onkologických pacientů je účinnější než běžná péče. Zlepšení vidí v časnosti léčby a míry dokončení léčby (Wu et al., 2021).

U **dávky léku** jsem s lékaři diskutovala především titrace kontinuálních léků jako jsou katecholaminy, ionty nebo inzulin. Z toho vyplývá, že téma se dotýká především zdravotníků pracujících na JIP nebo ARO. V preskripci je často napsané, udržujte střední arteriální tlak krve (dále jen MAP) mezi 75-85 mmHg a dávka noradrenalinu v 50ml stříkačce. Ale už tam není rozmezí dávky v mililitrech nebo mikrogramech. Na svém pracovišti ARO je zvyklostí, že sestry reagují na dávky léku podle stavu pacienta a monitorace hodnot a lékaře upozorňují pouze pokud se dávka nebo stav pacienta ve větší míře změní. S tímto postupem nesouhlasí participující lékařka, která tvrdí, že sestra může zvedat dávku katecholaminu dle požadovaného MAP, lékaře neupozorní a pacient může bez povšimnutí krvácet. Sestra by tak měla volat lékaře při každé změně dávky. Jiný názor má lékař, který by klidně sestřím titrace výše zmíněných léků umožnil, a naopak považuje algoritmy, které jsou vytvořené v nějaké smyčce pro podávání třeba inzulinu za nešťastné. Raději bude mít u pacienta osvícenou sestru, která si raději udělá o jednu kontrolu glykémie navíc a zohlední podávanou výživu a stav pacienta a podle toho dávku inzulinu upraví. Úprava dávky kontinuálních léků sestrou je běžnou praxí v intenzivní péči, bohužel ale není formálně tato kompetence ošetřena, přestože orientační hodnocení fyziologických funkcí provádí sestra i bez indikace lékaře.

Administrativa

Zdravotnická dokumentace slouží k zachycení a uchování rozhodných skutečností zaznamenaných na různých nosičích. Dokumentaci lze rozdělit na dokumentaci vedenou lékaři, dokumentaci ošetrovatelskou a provozní. Ošetrovatelskou péči provádí sestry jak podle ordinace lékaře, tak i dle svého rozhodnutí (Vondráček, 2008).

V posledních letech představovala zdravotní dokumentace pro sestry vysokou administrativní zátěž (Citores, 2019). Toho názoru byla i většina participujících lékařů. Změna přišla v roce 2018 díky novele vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, která už striktně nevyžaduje požadavky na ošetrovatelskou dokumentaci, a tak si každé nemocniční zařízení může ošetrovatelskou dokumentaci upravit podle svých požadavků (Svobodová, 2019).

Zápis do dokumentace

Myslím si, že je běžnou praxí, když sestra telefonicky informuje lékaře např. o zvýšené tělesné teplotě pacienta, ten po telefonu naordinuje antipyretika a zápis do dokumentace udělá až zpětně. Fakt, že sestry často překračují své kompetence při podávání léčivých přípravků potvrzuje i studie Heczkové (Heczková, 2018). S tímto postupem nesouhlasí participující lékař, který si myslí, že by sestra měla podat léky až po jejich zapsání lékařem do dokumentace, aby předešla forezním dopadům, pokud by se projevila u pacienta např. alergická reakce a lékař zpětně odmítl lék zapsat. Jiná situace nastává v urgentních situacích, kde čas podání medikace hraje klíčovou roli.

Další otázkou je preskripce generických substitucí léku. Od roku 2008 umožňuje zákon o léčivech možnost farmaceuta zaměnit léčivý přípravek za jiný v rámci generické substituce. Právní předpisy už ale neřeší generickou substituci provedenou sestrou u lůžka. Z vyhlášky o zdravotnické dokumentaci jasně vyplývá, že lékař může předepisovat pouze firemní název léčiva (Prošková, 2014). Pro lékaře to znamená neustálou informovanost o tom, jaký lék je zrovna naskladněný. Část participujících lékařů by byla pro, aby se mohl psát generický název léčiva a sestra si podle něj zjistila, o který lék jde a ten podala. V jiných zemích je běžné, že lékař předepisuje pouze účinnou látku a předepisování generika považují za preventivní opatření v rámci lékových pochybení (Elliot, 2010).

6.2. Kompetence

Kompetence sester ve farmakoterapii je v současné době velmi diskutované téma. Navýšení kompetencí jde ruku v ruce se změnou ve vzdělávání a následně finančním ohodnocení. Základní otázkou je, zda sestry vůbec o nové kompetence stojí. Společně s nimi totiž přijímají další zodpovědnost, ze které mohou mít obavu. Nicméně některé činnosti jsou už na pomezí, že je sestry dělají i bez legislativního ukotvení (Strnadová, 2018). To potvrzuje i studie Heczkové, která uvádí, že požadavky praxe na roli sestry ve farmakoterapii značně přesahují formální kompetence sester, kdy dochází například k podávání léčiv při neúplné nebo chybějící indikaci lékaře (Heczková, 2020).

Část participujících lékařů je pro, aby byly kompetence sestrám v podávání léčivých přípravků zvýšeny, s ohledem na vzdělání sester, nedostatek lékařů a právní úpravu. Někdo má problém s paušálním zvýšením kompetencí a raději by to řešil interním předpisem, která

sestra kompetence dostane. Jiný názor má lékař, který by udělal soupis léčiv, které by sestra mohla podávat samostatně bez indikace lékaře, zmiňovaná byla např. antiemetika. Další lékař navrhoval postgraduální vzdělávání sester, které by bylo zaměřené pouze na farmakologii a vznikla by tak farmakologická sestra, která by měla kompetence pro podávání léčivých přípravků bez indikace lékaře.

Úloha zdravotních sester se v Evropě v posledním desetiletí rozšiřuje, důkazem je přijetí nových zákonů o právech na sesterskou preskripci. V současné době je v Evropě 12 zemí a jeden kanton, kde sestry mohou na určité úrovni předepisovat léky. Jedná se o Dánsko, Finsko, Francii, Estonsko, Polsko, Švédsko, Norsko, Nizozemsko, Kypr, Irsko, Velkou Británii, Španělsko a švýcarský kanton Vaud. Na rozvoj kompetencí v jednotlivých zemích působí různé faktory, zejména politika, vzdělání a legislativa (Maier, 2019). Jedním z důvodů, proč se sestrám navyšují kompetence je nedostatek lékařů a tím pádem snížená dostupnost péče o pacienty. Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že navýšení kompetencí sestrám má pozitivní dopad na atraktivitu profese, přispívá k profesionalizaci oboru, a především zefektivňuje poskytovanou péči. Ta je v důsledku dostupnější a vede k větší spokojenosti pacientů (Šochmanová, 2018). Systematické přehledy ukázaly, že kvalita péče vedená sestrami je přinejmenším stejně dobrá jako péče od praktických lékařů (Laurant, 2018; Lovink, 2017; Martínéz-González, 2015).

V roce 2018 poslala Česká asociace sester na požadavek ministra zdravotnictví návrh na možné rozšíření kompetencí všeobecných sester. S ohledem na farmakoterapii bylo v návrhu např:

- Indikace a preskripce zdravotního materiálu a pomůcek sestrou s rozšířenými kompetencemi, která u pacienta zhodnotila přesně jeho stav – pomůcky pro diabetiky, výživové doplňky, opakování preskripce po úvodní preskripci lékařem nebo nutričním terapeutem, terapeutické krytí a obvazový materiál u ran
- Úpravy medikace sestrou s rozšířenými kompetencemi (proškolené ve farmakoterapii); tzn. lékařem již psaného inzulínu, diuretik, antikoagancií, sedace, analgezie, kyslíku a opakování preskripce antikoncepce. Samostatná ordinace některých léků v určitých situacích (laxantiva u onkologických pacientů, nitrožilní aplikace krystaloidů, roztoků glukózy u prokázané hypoglykémie, antiemetik, analgetik, antipyretik, lokálně podávaných léků...)
- Záměna léčiv se stejnou účinnou látkou sestrou s rozšířenými kompetencemi

- Edukace pacienta před a po výkonu o detailech tohoto výkonu sestrou s rozšířenými kompetencemi v úzce definovaném oboru
- Úpravy ordinované medikace na základě nastavených tabulek u sester se specializací v intenzivní péči (ČAS, 2018)

Uvedení těchto návrhů do praxe je dlouhodobá záležitost, která souvisí s úpravou vzdělávání sester a následně se změnou jejich ohodnocení. 1.7. 2022 vstoupila v účinnost novela vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všeobecné sestry nově mohou pod odborným dohledem podávat léčivé přípravky do epidurálního katétru (MZČR, 2022).

6.3. Multidisciplinární tým

Klíčovými účastníky multidisciplinárního týmu ve farmakoterapii jsou především lékař, sestra a farmaceut. Ti se podílejí zejména na předepisování, výdej léků, jejich podávání, užívání a monitorování, hodnocení a poradenství ohledně léků. Řízení farmakoterapie dosahuje nejlepších výsledků, pokud se na ní podílí celý tým (Liu, 2016).

Kliničtí farmaceuté se na mnoha místech stali nedílnou součástí týmu. Týmová spolupráce má potenciál zlepšit výsledky pacientů, proces péče a ekonomiky a zajistit větší bezpečnost v podávání léků pacientům (Håkansson, 2019). Bohužel v ČR nejsou služby klinických farmaceutů rutinní záležitostí. Někteří lékaři si myslí, že jejich farmakologické znalosti jsou dostačující a služby farmaceutů nepotřebují. Máme více možností, jak farmaceuty využít. Ať už je to každodenně na vizitách v lůžkové části, na seminářích nebo jsou k zastížení na telefonu. Spolupráci s farmaceuty vidíme spíše v rovině lékař – farmaceut a výsledky jejich šetření komunikuje lékař se sestrou. Přitom sestry mohou mít ve farmaceutovi dobrého partnera při konzultaci inkompatibilit nebo správného podání léčiv. Farmaceut se může podílet společně s lékařem na snižování objemu celé medikace pacienta, tím snižuje riziko lékových interakcí a v neposlední řadě uleví sestře od pracovního vytížení (Rychlíčková, 2017).

V jiných zemích např. v Irsku nebo Norsku využívají sestry modely, které jsou v souladu s vnitrostátními směrnicemi ohledně řízení integrovaných léčiv. V prvním kroku sestry provedou rozhovor s pacientem, odeberou mu krev a sestaví pacientovi seznam léků na podkladě zjištěných informací. V druhém kroku sestry předají zjištěné informace

farmaceutovi, který zkontroluje možné lékové interakce a zda je předepisování v souladu s národními směrnicemi. Ve třetím kroku se schází sestra, farmaceut a lékař a diskutují o nejvhodnějším medikačním plánu pro pacienta. Za celkovou léčbu zodpovídá lékař (Bell, 2017). Podobně Emily Pherson popsala ve své studii spolupráci sester a farmaceutů, kdy sestra přišla k pacientovi domů, udělala seznam všech jeho medikací včetně vitamínů a vytvořila medikační kalendář. Pomocí elektronických informačních lékových databází hledá možné lékové interakce. Pokud sestra zhodnotí, že by měl medikaci zkontrolovat i farmaceut, sejdou se společně nebo mu pošle informace emailem. Ten zhodnotí léčebný režim z hlediska polyfarmacie, možné nežádoucí účinky a příležitost ke snížení nákladů (Pherson, 2018). Tato spolupráce je pro Českou republiku zatím spíše budoucností.

6.4. Vybrané kapitoly role zdravotní sestry ve farmakoterapii z pohledu sestry a klinického farmaceuta

Výzkumné šetření k mojí diplomové práci bylo součástí evropského výzkumu s názvem „Role sestry v multidisciplinárním týmu při poskytování farmakoterapeutické péče“, do kterého byli zahrnuti lékaři, sestry i kliničtí farmaceuté. K porovnání tedy použiji diplomové práce od Mgr. Petry Vilímové, která zpracovala téma s farmaceuty a Mgr. Martiny Haškové, která zpracovala stejnou problematiku se sestrami.

Pro velice obsáhlou tematiku role sestry ve farmakoterapii jsem vybrala pouze nejvíce diskutovaná témata, kterými jsou zvýšení kompetencí a vzdělávací systém sester.

Kliničtí farmaceuté se shodují se sestrami na tom, že současné vzdělání sester je k získání kompetence předepisování léčivého přípravku nedostatečné. Po změně vzdělávání především s ohledem na farmakologii by zvýšení kompetencí nepřidělili paušálně všem sestram, ale spíše jen sestram s magisterským titulem nebo s farmakologickou nástavbou. Poté by se obě povolání zasadila o to, aby sestry mohly podávat volně prodejné léky bez souhlasu lékaře. Zmiňované jsou především sestry pracující v domácí péči. Také preskripci léčiv k zevnímu užití při léčení zejména chronických ran, by schvalovaly všechny tři profese (Vilímová, 2021; Hašková, 2021).

Sestry si uvědomují zodpovědnost při podávání léčivých přípravků, zejména pokud by se jim kompetence navýšily. Právě vysoká zodpovědnost a časové vytížení je jedním z faktorů, proč některé sestry zvýšení kompetencí odmítají. Nicméně ordinace lékaře tzv. dle potřeby,

kdy je léčivo zapsáno v ordinacích a sestra ho může podat dle svého uvážení přijde sestrám praktické a bezpečné. Jedná se např. o léky proti nevolnosti, na snížení tělesné teploty nebo na nespavost. Rozdílné názory mají sestry, pokud nastane urgentní situace, kdy včasné podání léčiva je v dané situaci klíčové. Zatímco lékaři a farmaceuté se přiklání k variantě, že by sestra lék podala sama bez ordinace lékaře, sestry vyžadují minimálně ordinaci ústní (Vilímová, 2021; Hašková, 2021).

Farmaceuté by byli pro, aby sestry mohly vydávat opakovací recepty u chronických pacientů. Bylo zjištěno, že v některých ordinacích to už tak probíhá, kdy sestra recept připraví a lékař se jen pod to podepíše (Vilímová, 2021).

Sestry i farmaceuté navrhnou vytvořit seznam léků, které by sestra mohla předepisovat. Za preskripci a indikaci by byla plně odpovědná (Vilímová, 2021; Hašková, 2021).

V porovnání s mezinárodními studiemi byla sesterská preskripce uvedena jako nejméně užívaná činnost sestry i přesto, že se studie zúčastnily země jako Anglie, Nizozemsko, Polsko, Švédsko a Spojené království, kde je sesterská preskripce za určitých podmínek zlegalizována. Jako součást své praxe označila sesterskou preskripci jedna třetina sester, což bylo o mnoho více než u lékařů a farmaceutů. Informanti, kteří pracují v ambulanci nebo komunitní péči označovali sesterské předepisování léčivých přípravků jako roli sestry ve farmakoterapii ve vyšším procentu než odborníci z jiného oboru. Názory na předepisování léčiv sestrou se v evropských zemích hodně liší. Se zvýšením kompetencí v preskripci by souhlasila více než polovina dotazovaných sester. Ve 29 % potom lékaři a 23 % farmaceuté (De Baetselier et al., 2020).

7. Závěr

Názory participujících lékařů jsou v otázkách činností a role sestry ve farmakoterapii často odlišné. To je ovlivněno především osobními zkušenostmi, lékařskou odborností a mírou týmové spolupráce na svém pracovišti. Z výpovědí informantů je jasné, že role sestry sílí a že si přejí sestry vzdělané a samostatně smýšlející.

Sestry jsou pacientovi nejbližší, neboť s ním tráví nejvíce času. Jejich úloha v monitoraci nežádoucích účinků nebo změně zdravotního stavu pacienta je nezastupitelná. Přesto je její role ve farmakoterapii v současné době stále limitovaná nejasným vzdělávacím systémem a legislativou. Bylo zjištěno, že sestry mnohdy překračují své kompetence. I přes vysokou vzdělanost některých sester jim zůstávají kompetence i finanční ohodnocení stále stejné. To je jedním z faktorů snižující se prestiže, která ovlivňuje nové nástupy studentů do zdravotnických oborů, a to následně zapříčiní nedostačující personální zajištění v nemocničních zařízeních.

Spolupráce v multidisciplinárním týmu stále roste ve snaze poskytnout pacientovi co nejlepší odbornou péči. Komunikace je zde klíčová. Pokud se zaměříme na farmakologický tým, začleněním klinického farmaceuta může dojít ke zlepšení vedení péče, ekonomiky a zajištění větší bezpečnosti při podávání léčivých přípravků. V ČR je farmaceut využíván různými způsoby, na některých pracovištích však tato spolupráce ještě zavedená není vůbec. Příčinou může být i velký nedostatek vystudovaných klinických farmaceutů.

Mezi silné stránky sestry participující lékaři zahrnují např. schopnost kontroly napsané lékařské preskripce, zhodnocení situace při podávání léčivých přípravků nebo schopnost adekvátní komunikace. Jako slabou stránku a zároveň hrozbu vidí v nevyhovujícím vzdělávacím systému sester, nedostatku oficiálních kompetencí u činností, které už sestry vykonávají a v nedostatku personálního obsazení, který vede k přepracovanosti sester. Příležitostí by mohlo být osamostatnění sester v ambulantním sektoru, tzn. navýšení kompetencí, změna vzdělávacího systému a zjednodušení ošetrovatelské dokumentace.

8. Seznam použité literatury

1. Bártlová, S., & Chloubová, I. (2009). Position of nurse in a multidisciplinary team. *Kontakt*, 11(1), 252-256. doi: 10.32725/kont.2009.042
2. Bártlová, S., Hajduchová, H. (2010). Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*, 12(1), 20-33. doi:10.32725/kont.2010.003
3. Bell, H. T., Granas, A. G., Enmarker, I., Omli, R., & Steinsbekk, A. (2017). Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 18, 1–9. doi:10.1186/s12875-017-0598-0
4. Citores, F. K. (2017). ČAS: Za administrativní zátěž si často mohou nemocnice samy. *Zdravotnické noviny*, 66(17), 1.
5. Česká asociace sester (2018). Návrh kompetencí. Retrieved November 21, 2021 from: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_legislativa_navrh-kompetenci.pdf
6. Česko. (2011) § 4 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
7. Čilíková, K. (2019). Jak zlepšit adherenci pacientů? Desatero pro lékaře, lékárníky a pacienty. *Medicina Po Promoci*, 20(3), 258–260.
8. Čoskf: *Legislativa* (2016). Retrieved February 1, 2021 from <https://www.coskf.cz/deni-v-oboru/legislativa>
9. De Baetselier, E., Van Rompaey, B., Batalha, L. M., Bergqvist, M., et al. (2020). EUPRON: nurses' practice in interprofessional pharmaceutical care in Europe. A cross-sectional survey in 17 countries. *BMJ open*, 10(6), e036269. doi:10.1136/bmjopen-2019-036269
10. Elliott, M., & Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(5), 300–305. doi:10.12968/bjon.2010.19.5.47064
11. Farkašová, D., et al. (2006). *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta.
12. Håkansson Lindqvist, M., Gustafsson, M., & Gallego, G. (2019). Exploring physicians, nurses and ward-based pharmacists working relationships in a Swedish inpatient setting: a mixed methods study. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 41(3), 728–733. doi:10.1007/s11096-019-00812-8

13. Hašková, M. (2020). *Role sestry ve farmakoterapeutickém týmu* [Diplomová práce]. Karlova univerzita.
14. Heczková, J. (2018). *Kompetence sester při podávání léčivých přípravků na pracovištích intenzivní péče* [Disertační práce]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
15. Heczková, J. (2020). Role sestry při indikaci a ordinaci léčivých přípravků. *Praktický Lékař*, 100, 17–21.
16. Chan, R. J., Marx, W., Bradford, N., Gordon, L., Bonner, A., Douglas, C., Schmalkuche, D., & Yates, P. (2018). Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 61–80. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.02.002
17. Kmošek, P. (2018). *Kompetence*. Dostupné z: <https://www.kmosek.com/slovník/pojem/kompetence/>
18. Langmaierová, K., & Gregorová, J. (2019). Is safe pharmacotherapy worthwhile? *Časopis Lékařů Českých*, 158(7–8), 270–272.
19. Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3
20. Liu, W., Gerdtz, M., & Manias, E. (2016). Creating opportunities for interdisciplinary collaboration and patient-centred care: how nurses, doctors, pharmacists and patients use communication strategies when managing medications in an acute hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19–20), 2943–2957. doi:10.1111/jocn.13360
21. Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R. T. C. M., Van Vught, A. J. A. H., Schoonhoven, L., & Laurant, M. G. H. (2017). Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2084–2102. doi:10.1111/jan.13299
22. Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17(1), 95. doi:10.1186/s12960-019-0429-6
23. Malý, J. (2020). Lékové problémy v teorii a příkladech v podmínkách České republiky. *Klin Farmakol Farm*, 34(3), 116–121. doi: 10.36290/far.2020.021

24. Malý, J., Hojný, M. & Vlček, J. (2009). Léková pochybení a zkušenosti s jejich monitorováním I. *Praktické lékárenství*, 5 (6), 290-293.
25. Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1), 1–14. doi:10.1186/s12960-015-0049-8
26. Marx, D. (2013). Resortní bezpečnostní cíle jako součást akreditačních standardů SAK pro nemocnice. *Zdravotnické noviny*, 62(10), 4.
27. Marx, D., Vlček, F. (2013). *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: TIGIS, spol. s.r.o.
28. Matthys, E., Remmen, R., & Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Family Practice*, 18, 1–22. doi:10.1186/s12875-017-0698-x
29. Mikšová, Z., Šamaj, M., Machálková, L., & Ivanová, K. (2014). Fulfilling the competencies of members of a nursing team. *Kontakt*, 16(2), e108-118. doi: 10.1016/j.kontakt.2014.02.002
30. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022, 1.července). *Novela vyhlášky o činnostech přináší sestřám vyšší kompetence*. <https://www.mzcr.cz/novela-vyhlasky-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence/>
31. Ministerstvo zdravotnictví. (2021, 11.2) *Resortní bezpečnostní cíle*. Retrieved December 9, 2021 from: <https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>
32. Mitchell, G. K., Tieman, J. J., & Shelby-James, T. M. (2008). Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *The Medical Journal of Australia*, 188(S8), S61–S64.
33. Netíková Štenglová, I. (2011). Klinická farmacie v České republice. *Braunoviny*, (10), 16. <http://braunoviny.bbraun.cz/cs/braunoviny/2011/braunoviny-10-2011-nahled.pdf>
34. Nežádoucí účinky léčiv hlášené SÚKL v r. 2020–1. část. (2021). *Nežádoucí účinky léčiv*, 14(2), 6-9. <http://www.sukl.cz/sukl/nezadouci-ucinky-leciv-informacni-zpravodaj>
35. Otradovcová, I. (2017). Poradna stomické sestry v ÚVN. *Florence*, 13(5), 18-19. <http://www.florence.cz/>

36. "Pharmacotherapy." Gale Encyclopedia of Neurological Disorders. . Retrieved October 16, 2020 from Encyclopedia.com: <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/pharmacotherapy>
37. Pherson, E., Roth, J., Nkimbeng, M., Boyd, C., & Szanton, S. L. (2018). Ensuring safe and optimal medication use in older community residents: Collaboration between a nurse and a pharmacist. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 39(5), 554–559. doi:10.1016/j.gerinurse.2018.03.004
38. Plevová, I. (2012). *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada
39. Plevová, I. (2018). *Ošetrovatelství I*. Grada Publishing, a.s.
40. Plumridge, R. J., & Wojnar-Horton, R. E. (1998). A review of the pharmacoeconomics of pharmaceutical care. *PharmacoEconomics*, 14(2), 175–189. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.2165/00019053-199814020-00006>
41. Pokorná, A., et al. (2019). *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Grada Publishing, a.s.
42. Prošková, E. et al. (2014). *Podávání léčivých přípravků v lůžkové péči*. Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze.
43. Rychlíčková, J., (2017, 17. března). *Lékaři i sestry mohou mít v klinickém farmaceutovi velmi užitečného partnera*. Braunoviny. <https://www.braunoviny.cz/lekari-i-sestry-mohou-mit-v-klinickem-farmaceutovi-velmi-uzitecneho-partnera>
44. Smith, Y. (2019). Roles of a Nurse. News-Medical. Retrieved on October 30, 2020 from <https://www.news-medical.net/health/Roles-of-a-Nurse.aspx>.
45. Státní ústav pro kontrolu léčiv. (2010) *Hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku*. Retrieved December 9, 2021 from: <https://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>
46. Strnadová, A. (2018). *Vyšší kompetence sester vyžadují lepší ohodnocení i patřičné vzdělání*. Retrieved November 20, 2021 from <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vyssi-kompetence-sester-vyzaduji-lepsi-ohodnoceni-i-patricne-vzdelani/>
47. SÚKL. (2022). *Nežádoucí účinky*. <https://nezadouciucinky.sukl.cz/>
48. Svobodová, D. (2012). Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. *Florence*, 8(6), 28-34.

49. Svobodová, D. (2019, 22. července). *Sestry versus zbytečná administrativa*. Medical tribune. <https://www.tribune.cz/archiv/sestry-versus-zbytecna-administrativa/>
50. Svobodová, Z. (2020). *Základy metodologie výzkumu: (kvalitativní přístupy)*. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
51. Šochmanová, M. (2018). Vyšší kompetence sester? Není na to správná doba, tvrdí odbory. ČAS chce za ně lepší ohodnocení i patřičné vzdělání. *Zdravotnický deník*. Retrieved November 20, 2021 from: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/12/vyssi-kompetence-sester-neni-spravna-doba-tvrdi-odbory-cas-chce-za-ne-lepsi-ohodnoceni-i-patricne-vzdelani/>
52. Vévoda, J., et al. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
53. Vilímová, P. (2021). *Role sestry ve farmakoterapeutickém týmu z pohledu farmakologa* [Diplomová práce]. Karlova univerzita.
54. Vlček, J., & Fialová, D., (2010). *Klinická farmacie I*. Praha: Grada Publishing, a.s.
55. Vondráček, L., & Wirthová, V. (2008). *Sestra a její dokumentace*. Grada Publishing, a.s.
56. Vrablík, M. (2013). Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Medicína pro praxi*, 369(10), 11-12.
57. Wu, Y. L., Padmalatha KM, S., Yu, T., Lin, Y. -hsuan, Ku, H. -chang, Tsai, Y. -tseng, Chang, Y. -ju, & Ko, N. -ying. (2021). Is nurse-led case management effective in improving treatment outcomes for cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 77(10), 3953-3963. doi:10.1111/jan.14874
58. Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s.
59. *Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech)* (2007). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-378?citace=1>

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
LP	Léčivý přípravek
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
Př. Kr.	Před Kristem
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
SAK	Spojená akreditační komise
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SWOT	Zkratka anglických názvů: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1 Resortní bezpečnostní cíle	14
Tabulka 2 Výzkumný vzorek.....	28

Seznam obrázků

Obrázek 1 Schéma role zdravotní sestry ve farmakoterapii	30
Obrázek 3 Schéma monitorace	31
Obrázek 4 Schéma Administrativa	35
Obrázek 5 Schéma komunikace.....	41
Obrázek 6 Schéma Edukace	47
Obrázek 7 Schéma jiné činnosti/zodpovědnosti sestry.....	51
Obrázek 8 Schéma SWOT analýza.....	54

