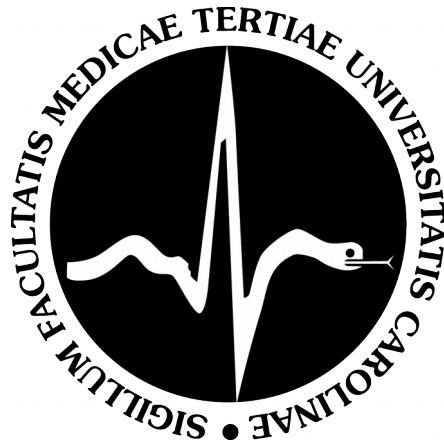


Nikola Bandíková

navazující magisterské studium - Intenzivní péče (2019/2021)  
2. ročník

3. lékařská fakulta  
Univerzita Karlova



## **Role sestry specialistky v intenzivní péči**

Teorie ošetrovatelství - seminární práce

## Úvod

V České republice, kde ve zdravotnictví převládá tradiční biomedicínský model péče o pacienta, je sestra stále jakýmsi dělníkem medicíny, který zajistí, že vše bude „včas hotovo“. Hierarchie je i po přelomu tisíciletí stále stejná a zcela jasná – sestra je zkrátka „prodlouženou rukou lékaře“, „lékař je hlava, sestra ruce“. V takových podmínkách není snadné definovat koncepci oboru ošetrovatelství v intenzivní péči a následující text ani zdaleka neaspiruje na to jej zachytit. Jedná se o souhrn informací ze samotného vzdělávacího systému a platné legislativy v kombinaci s běžným nemocničním provozem a postoji odborné veřejnosti.

## Vzdělávací systém a legislativa

Začněme konstruktem vzdělávání a legislativním zasazením profese. Sestrou specialistkou se stává všeobecná sestra, která závěrečnou atestační zkouškou úspěšně ukončí specializační vzdělávací program Intenzivní péče – tedy získáním odbornosti **Sestra v intenzivní péči**. Vedle vzdělávacích specializačních programů probíhajících při nemocnicích je v ČR možné specializaci získat i navazujícím magisterským studiem. Takto vzdělaná sestra je způsobilá **bez odborného dohledu** poskytovat kromě základní a specializované péče i **vysoce specializovanou péči**. Vysoce specializovaná péče však v tomto výkladu neznamená jiné oblasti, o které by se sestra měla starat. Pokud bychom vycházeli z koncepce Virginie Hendersonové, sestra specialistka stále komplexně zajišťuje všechny oblasti pacientových potřeb. Nicméně mění se profil pacienta, se kterým pracuje. Ve vysoce specializované péči se jedná o člověka, u něhož bezprostředně hrozí nebo již nastalo selhání základních vitálních funkcí. Pro úplnost je potřeba zmínit, že se do této kategorie řadí i pacienti, jejichž alterovaný psychický stav ohrožuje na životě je samotné či jejich okolí.

Co ale reálně Sestra pro intenzivní péči získává? Profil absolventa je vzdělávacím programem ohraničen souborem nově získaných kompetencí, ke kterým je specialistka způsobilá. Je tedy všeobecná sestra nezpůsobilá pracovat v intenzivní péči? Je specializace v oboru nezbytným předpokladem k pracovnímu zařazení na takové oddělení? Víme, že v českých podmínkách tomu tak není. K lůžkům na jednotkách intenzivní péče jsou běžně přijímány **všeobecné sestry**, které dle legislativy vysoce specializovanou péči mohou poskytovat **pod odborným dohledem** – rozumějme, v dosahu je nápomocná osoba způsobilá péči vykonávat bez odborného dohledu. Tento postup je zcela logický. Specializaci pro intenzivní péči sestry nejčastěji získávají ve vzdělávacích programech při samotných nemocnicích, které svým rozvržením časově umožňují práci na vyšší úvazek a zároveň k atestační zkoušce požadují potvrzení o výkonu povolání v intenzivní péči. Jedna z pražských lékařských fakult dokonce při přijímacím řízení bodově zvýhodňovala uchazeče o studium, kteří již měli určitý čas v oboru intenzivní péče odpracovaný. Navíc je nemocnicemi často

nabízena finančně výhodná strategie – sestřám je proplacena samotná částka za vzdělávací program a zároveň i určitá doba vlastní výuky, výměnou za několikaletý pracovní úvazek. Vycházíme-li ze samotných nabídek volných míst, specializace v oboru je sice všude výhodou, ale v našem stavu chronického nedostatku sester je nejdůležitějším přijímacím kritériem zájem o obor a kolegiální. V praxi se jedná spíše o schopnost naučit se co nejrychleji „jak my to tady děláme“ a ochotně brát přesčas. Zkrátka dobrá sestra směřuje k tomu, aby „bylo hotovo“. Ze strany zaměstnavatele tedy není na všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče vyvíjen žádný tlak k doplnění specializace v oboru a pokud se sestra sama ke specializačnímu vzdělávání motivuje – a nejčastěji se tak děje kvůli lepšímu platovému zařazení – musí mít štěstí, že před ní nezažádalo o podporu zaměstnavatele příliš mnoho kolegyně, jinak se na několik let zařadí do fronty.

### **K čemu je vzdělání?**

Vycházíme-li tedy z všeobecně uznávaných světonázorů, že „nejdůležitější je praxe“ a „nejlepší je hodit do vody a plavat“, co může specializace přinést do vlastní péče o pacienta? A co víc specializace získaná na akademické půdě v navazujícím magisterském programu? Zkusme začít malým exkurzem do blízké historie českého ošetrovatelství, který zachytí zásadní proměnu náplně práce sestry. Sestry ještě v poválečné Československé socialistické republice měly za velkou část své pracovní náplně dlouhé přípravy opakovaně používaných pomůcek (mechanická dekontaminace, vyvařování a resterilizace) a monitoraci pacientů na lůžkách intenzivní péče prováděly manuálně. Sestra tedy zejména musela plnit ordinace lékaře a péči logisticky zajistit. Vyjadřování se ke stavu pacienta nepřicházelo příliš v úvahu.

S enormním rozvojem a zároveň dostupností nové techniky, léků i dalšího vybavení rostly nároky na znalosti a dovednosti spojených s přípravou a fungováním jednotlivých přístrojů a materiálů. Podobné nároky kladly také detailnější znalosti o fungování orgánových soustav, které byly právě technikou nahrazovány. Se zvýšenou dostupností ochranných pomůcek a převazových materiálů bylo možné začít přemýšlet o jejich adekvátním využití - v péči o rány po výkonech, které se začaly provádět, při přípravách nových léků, v péči o nové invaze, v celkové péči o pacienty s infekčními onemocněními, kteří by dříve nepřežili a ošetrující personál pravděpodobně také. Od nedostatku v podstatě všeho, který nutil sestry přemýšlet jak ordinace lékaře zvládnout zrealizovat, jsme se dostali do momentu, kdy můžeme přemýšlet, jak nejlépe toho kterého pacienta ošetřit. Nelze opomenout ani rapidní rozvoj vědecké a publikační činnosti, která ve spojení s vývojem technologií posunula medicínu o ohromným kus dopředu. Poznatky o patofyziologii jednotlivých orgánových soustav začaly být tak široké, že se z nich vytvořily samostatné obory a lékaři se začali různě profilovat – specializovat. Podobné nároky byli pochopitelně kladeny i na sestry. Nestačilo umět nasetovat dialýzu či ventilátor a mechanicky do dokumentace opisovat lékařem stanovené

parametry. Bylo potřeba znát, co daná technologie obnáší, jaký má ať už žádoucí či nežádoucí účinek na (pato)fyziologii těla, co od ní lze očekávat a co je situace vyžadující intervenci sestry či lékaře. Na těchto základech byla v 70. letech anesteziologie a resuscitace uznána jako základní obor a kromě dvoustupňové specializace pro lékaře vzniklo pomaturitní specializační vzdělávání pro sestry. Kromě těchto na první pohled velkých změn, které širší vzdělání sester logicky vyžadovaly, se v nemocnicích, kde jednotky intenzivní péče nejsou výjimkou, napříč dekádami setkáváme i s jiným fenoménem, který klade nároky na rozšiřování vědomostí sester. Jedná se o postupné přebírání lékařských činností, které jsou velice frekventní nebo vyžadují trvalou přítomnost zdravotníka. V první dekádě nového tisíciletí se například typicky jednalo o úpravu rychlosti katecholaminů či analgosedace, které jsou v současnosti interně řešeny protokoly léčby.

Představíme-li si tedy komunitu sester, kde se učí jedna od druhé, kde se učí praxí, kde jen minimální část sester je vzdělaná v oboru intenzivní péče, podobně jako v ústní lidové slovesnosti není možné celoskupinově zachovat celé penzum znalostí několika vzdělaných členů dané komunity. A náplň práce sestry pak opět končí u plnění ordinací a logistického zajištění péče. Přitom by se možná stačilo jenom na chvíli odtrhnout od myšlenek „Takhle jsme to dělaly vždycky a fungovalo to.“ nebo „To záleží na lékaři.“. Přitom ne jeden výzkum potvrdil, že vyšší stupeň vzdělání sester se podílel na snížení úmrtnosti pacientů. Jaký bychom chtěli mít lepší důkazní materiál pro obhajobu vzdělání sester? V přímé péči na lůžkách intenzivní péče trávíme s pacientem tolik času, jako nikdo jiný. Jsme tedy nezpochybnitelně těmi, kteří se na výsledku péče podílejí. Určitý přesah vědomostí nad běžné kompetence sestry je pro komplexní pochopení pacientova stavu a jeho potenciální zlepšení/zhoršení nezbytné. Každá intervence (provedená i neprovedená) se počítá – každé polohování, posazení, podání (ne)patříčného léku do nazogastrické sondy, konzultace stavu s lékařem, klinickým farmaceutem i kaplanem či rodinou. Nemusíme být pouhými zprostředkovateli péče. S dostatečnými znalostmi neplníme jen úlohu „prodloužených rukou lékaře“. Můžeme být dalšíma očima, které hodnotí pacientův stav, dalším mozkiem, který navrhuje intervence (a u intervencí již zahájených kontroluje jejich efektivitu a prospěšnost). A zároveň můžeme být (a měli bychom být) i pacientovými partnery v cestě za zotavením a soběstačností.

### **Zastřená role specialistek v českém prostředí**

Jakkoliv pozitivní se zdá být zakončení předchozí kapitoly, všichni si uvědomujeme, že skutečnost není tak černobílá a už vůbec ne sluncem zalitá. Velké množství práce v podmínkách nedostatečného počtu personálu na jednotlivých odděleních není motivací k rozšiřování si vlastních kompetencí. Přitom desinfekce povrchů a plnění dalších harmonogramů by mohla být v dikci úplně jinak vzdělaného pracovníka. Například v jedné z londýnských nemocnic vůbec neznají činnosti jako je kontrola expirací nebo desinfekce povrchů ve skládce nebo skříní s materiálem. Sestry mají

navíc často pocit, že lékaři „nic nedělají“, a nechápou „proč by měly dělat jejich práci“. Zároveň ale víme, že odjinud, než přímo od sester, smysluplný impuls na rozšiřování kompetencí přijít nemůže.

Na druhou stranu je jisté, že bez podpory lékařů se kompetence a celkově role sestry změnit nikdy nemohou. Stále fungujeme v systému, kdy se lékař ošetřující sestry u vizity často na nic nezeptá a po vyšetření pacienta se na stole akorát objeví nově vytisknutý dekurz a ordinace na následujících 24 hodin. Není mnoho sester, které by do vizity aktivně vstupovaly se svými podněty. A ty z nich se pro úspěch konverzace musí setkat s lékařem ochotným naslouchat, debatovat, vysvětlovat a zejména považovat sestru v péči o pacienta za rovnocenného partnera.

Jedinečné je zejména postavení čerstvých absolventů denního magisterského studia Intenzivní péče. Mají širokou teoretickou přípravu s ohromným potenciálem naučit se o něco víc, posunout kompetence, zkvalitnit péči. Při příchodu na oddělení však, podobně jako ostatní sestry specialistky, často splynou s davem. Zpočátku – jakožto nováčci – tak činí cíleně především ve snaze vyrovnat své dovednosti na úroveň ostatních. Později možná přestanou vidět nedostatky, non lege artis postupy, etické problémy, případně se jim jakékoliv změny mohou zdát nesmyslné, neproveditelné a chuť cokoliv dělat jinak, lépe, mizí. Dovolím si zde zmínit jeden osobní případ z naší akademické půdy. Velký prostor se v teoretické výuce v prvním ročníku Intenzivní péče věnoval patofyziologii dýchacích cest a s ní spojené umělé plicní ventilaci. Myslím, že to byl jeden z nejpřínosnějších modulů, po němž se očekávalo, že budeme v některých situacích schopni nastavovat pacientům ventilátory a případně ventilační režimy upravovat dle ABR. V praxi se ale přirozeně ukázalo, že bez lékařů, kteří by byli ochotni se o tuto kompetenci a s ní spojené zkušenosti s námi podělit, jsme se prakticky nenaučili nic. Na daných odděleních zkrátka ventilátor nebyla „sesterská záležitost“.

Možná bychom měli vizi, jakou roli by Sestra v intenzivní péči měla zastávat a jak by se mohla vyvíjet do budoucna, nicméně jako nově příchozí do tohoto oboru budeme vždy závislí na dovednostech těch, kteří nás budou obklopotovat. Nejprve se budeme poslušně učit, jak se to „u nás dělá“ a teprve potom o sobě můžeme přemýšlet jako o specialistkách. Pokud si udržíme znalosti ve svém oboru, případně se je znovu naučíme a s nimi budeme mít chuť dozvědět ještě něco navíc, pokud budeme asertivně vstupovat do odborných konverzací s lékaři, ptát se jich a nechat si sdělovat jejich zkušenosti a úhel pohledu, pokud budeme navíc otevírat debaty o rozvrstvení činností, rozšíření kompetencí a nakonec i rozšiřování legislativního rámce, pak si můžeme gratulovat, že jsme naplnili svou roli – roli, které jsme zasvětili 5 let na akademické půdě.

## Zdroje

1. Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru, všeobecná sestra – intenzivní péče, Věstník MZ ČR č. 5. květen 2020, [cit. 2020-01-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky/>
2. Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
3. Nabídky volných míst na webových stránkách pražských nemocnic
4. ŠKUBA, Jiří. Nové pojetí vzdělávání mění historickou podobu profese. *Florence*. 2006, 2, 60-61. ISSN 1801-464X.
5. HOVORKOVÁ, Nicole. *Historie a současnost kritické a intenzivní péče*. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Andrea HUDÁČKOVÁ, Ph.D.,
6. KVĚTOŇOVÁ, Marta. *Vývoj práce všeobecné sestry v intenzivní péči*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Jiří FREI,
7. Bc. GRÉGOVÁ, Stanislava. *Historický vývoj anesteziologické sestry*. Praha, 2020. Diplomová práce. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Veronika KULÍŘOVÁ,
8. Mgr. LÁLOVÁ, Ilona, Mgr. JURÁSKOVÁ MBA Ph.D., Dana. Kompetence sester na JIP. *Florence*. 2007, 12, 510-511. ISSN: 1801-464X.
9. BARTONÍČKOVÁ, Daniela. Vzdělávání sester jako nepostradatelný aspekt poskytování profesionální ošetrovatelské péče: 6. 3. 2017. *Florence* [online]. [cit. 2021-01-03]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/3/vzdelavani-sester-jako-nepostradatelny-aspekt-poskytovani-profesionalni-osetrovatelske-pece/>
10. ZVONÍČKOVÁ, Marie. Vývoj role všeobecné sestry a sestry specialistky v ČR[přednáška] Praha: 3. lékařská fakulta, via Zoom.us [online] 29.9.2020,
11. CEJNAROVÁ, Anna. *Komunikace s pacientem v resuscitační péči*. Praha, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. 3. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Zvoníčková.