****

**Advanced practice**

Seminární práce- Teorie ošetřovatelství

Raszková Martina

NIP 2. ročník

Hned ze začátku bych se chtěla soustředit na vyhlášku 2011/55, která popisuje vysoce specializovanou péči následovně:

Ošetřovatelská péče poskytovaná pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí,[[1]](#footnote-1)

Již samotný popis výše zmíněné charakteristiky práce pro náš obor naznačuje, že se jedná o kriticky nemocné pacienty, kteří vyžadují erudovaný personál.

Jak takový personál získat?

Zajímavé pojetí nám nabízí model americké teoretičky Patricie Benner, která popisuje ve své knize From Novice to Expert, jakým způsobem sestry kombinují morální závazek, dovednosti, akademické znalosti a zkušenosti pro formování profesní cesty od „začátečníka“ po „experta“ ošetřovatelské péče.[[2]](#footnote-2)

Jednou z prvních otázek, které absolvent po ukončení bakalářského studia řeší je volba, na jaké oddělení nastoupit. Absolventi, bez předešlé dlouhodobější praxe v intenzivní medicíně, uvažují, zda-li by správným postupem nebylo dopracovat se na tato oddělení skrze oddělení standardní, kde mohou získat ještě další praxi.

Pokud se absolvent rozhodne na oddělení intenzivní medicíny nastoupit, pak zjišťuje, že i přes kvalitní přípravu, množství teoretických znalostí, které nabyl na vysoké škole v bakalářském programu, i zkušenosti získané z mnoha klinik a oddělení během školních praxí, je jeho připravenost v některých oblastech nedostatečná či nevyužitelná.

Když se řekne intenzivní péče i laik si dokáže představit pacienta v nemocničním lůžku obklopeného přístrojovou technikou a množstvím hadiček, které vedou od pacienta. Nedokáže však všechny přístroje a kanyly poznat, pojmenovat, obsluhovat a nastavovat tak, jak je to v zájmu nemocného. To je také jedno z úskalí, se kterým se také potýká nový absolvent v praxi. Každý přístroj má svůj optický i zvukový alarm s různým stupněm naléhavosti. Po určité době získávání pracovních zkušeností už pracovník procházející oddělením nevidí pacienta pouze tím laickým pohledem, ale pouze za použití zraku může posoudit závažnost stavu nemocného. Již první pohled na pacienta nám může říct mnoho. Vidíme, že má zajištěné dýchací cesty endotracheální kanylou, když se podíváme na UPV (umělou plicní ventilaci) můžeme podle ventilačních režimů a parametrů odhadnout plicní patologii a stav dýchání. Když nám spočine pohled na monitoru vitálních funkcí a dávkovacích stanicích, můžeme usoudit oběhovou i ventilační nestabilitu pacientů. V okolí pacienta můžeme také vidět přístroje k orgánové podpoře jako je CVVHD nebo ECMO. I z toho lze usoudit závažnost stavu nemocného.

Podle vzhledu pacienta jej můžeme diagnosticky kategorizovat. Například na neurochirurgickém pacientovi můžeme vidět obvázanou hlavu s vyvedenými Redonovými drény, ICP čidlem nebo zavedenou komorovou drenáž, visící poblíž nemocného. Lůžko takto nemocného je obvykle upraveno do zvýšené Fowlerovy polohy. Jednoduše lze odhadnout neklidného i agresivního pacienta nejen svým chováním, ale také mnohdy nutnou kurtací nebo nedostatkem invazivních vstupů, ať už jsou extrahovány personálem či samotným pacientem. A také nám může spočinout pohled na nemocného zařazeného do paliativní péče- obvykle takový pacient bezhybně leží, dýchání doprovází občas inspirační stridor, může být přítomen diskomfort například při polohování. Takový pacient má také málo invazivních vstupů a v dávkovací stanici již vidíme pouze iv. krystaloidy a opiátovou analgézii.

Při nástupu na oddělení ARO jsem vnímala velký rozdíl ve vysokoškolské přípravě. Na tomto pracovišti mohou pracovat všeobecné sestry, ale rovněž zdravotničtí záchranáři. Během adaptačního procesu jsem dospěla k závěru, že do intenzivní péče přicházejí lépe připraveni zdravotničtí záchranáři, kteří mají výborně natrénované resuscitační postupy. Příprava všeobecných sester spočívala ve všeobecné přípravě ošetřovatelských postupů tak, aby byly schopné pracovat na všech dostupných odděleních zdravotnických zařízeních.

Je dost obtížné určit klíčové vědomosti pro dané oddělení. Osobně bych vnímala jako specifikum intenzivní péče resuscitační postupy. I když příprava těchto postupů byla v bakalářském programu také zahrnutá, spočívala zejména v nácviku BLS (Basic Life Support- základní neodkladná resuscitace)- jednalo se tedy o nácviky resuscitace bez využití dostupných pomůcek- tedy pouze zprůchodnění dýchacích cest a srdeční  masáž. Myslím si, že když systém umožňuje nástup absolventa bakalářského studia do zaměstnání intenzivní péče, mělo by být již toto studium cílené také na nácvik ALS (Advanced Life Support), tedy resuscitační postupy s dostupnými pomůckami- nejedná se pouze o kvalitní srdeční masáž, ale také využití resuscitačních léků, zajištění dýchacích cest a žilního řečiště, práce s manuálním defibrilátorem a v neposlední řadě nácvik v týmu.

Je jasné, že podobné pocity nedostatečné přípravy zažívají noví zaměstnanci na všech odděleních, domnívám se však, že pocit je intenzivnější na odděleních se specializovanou a vysoce specializovanou ošetřovatelskou péčí, kde si teoretické znalosti v daném oboru získávají v průběhu práce samostudiem nebo navazujícím studiem a specializací v oboru.

Je lepší, když student po bakalářském studiu nastoupí do práce, kde sbírá zkušenosti v oboru a poté si dodělá specializační vzdělání, či je lepší pokračovat navazujícím magisterským vzděláním po bakalářském studiu?

Neexistuje ideální postup či řešení. Myslím, že každý, kdo o možnostech práce v intenzivní péči uvažuje, by měl předem uvažovat, zda má schopnost spíše pojmout teoretické postupy bez možnosti si předem dané postupy prakticky vyzkoušet. Tuto variantu absolventi často mohou zavrhnou hned z několika důvodů. Jedním z nich může být délka studia a tedy finanční závislost na další osobě nebo může mít obavy, že po nástupu do práce může v očích personálu působit jako “přechytralý” jedinec bez praxe. Jako velkým benefitem této varianty bych vnímala teoretickou přípravu a tedy porozumění nad prováděnými činnosti, procvičování výkonů na simulacích, nikoliv bezprostředně na pacientech. Naopak v praxi se častěji setkáváme s druhou variantou, kdy se nový zaměstnanec nejdřív učí provádět dané postupy prakticky zaučováním v práci. Touto variantou jsem si sama prošla.  Proces adaptace na oddělení je náročný a množství nově nabytých informací je velké a přichází rychle. V tomto dynamickém prostředí je proto velmi důležité složení týmu a pocit dostupné podpory. Zejména při práci, kde je potřeba postupovat podle pracovních postupů a dbát na zamezení možného poškození pacienta či sebe, je také dobré s jistotou vědět, kdo v případě nejasností či výskytu problému můžeme obrátit. Nutná týmová spolupráce s sebou přináší také potřebnou důvěru. Ta je důležitá nejen k správně vykonávaným činnostem, ale také k ulehčení a pomoci při práci.

Na mnoho náročných situací se dá předem připravit a mnoho úkonů se dá rutinně nacvičit. Řada těchto situací nicméně spadá do kategorie „zákonů schválnosti“ a ty nastanou zpravidla tehdy, když v okolí není nikdo, na koho se dá obrátit. Jde o práci „pod tlakem“ a pocit jistoty je v tomto prostředí velkým pozitivem.

Povinností každého zdravotnického pracovníka je celoživotní vzdělávání. To může být vykonáváno v podobě certifikovaných kurzů nebo vykonávání odborné stáže v akreditovaných zařízeních,nebo také specializačním vzděláváním navazujícím na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka. To může být buď formou magisterského studia v oboru Intenzivní péče, nebo jako Specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče, které  nahrazuje vzdělávací program v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (tzv. ARIP). Vzdělávací program zahrnuje modul základní (ZM) a moduly odborné (OM), přičemž ukončení každého modulu je realizováno hodnocením úrovně dosažených výsledků vzdělávání.[[3]](#footnote-3)

Obě varianty jsou určeny pro absolventy bakalářského studia v oboru všeobecná sestra, nikoli pro zdravotnické záchranáře. Ti mají možnost specializačního vzdělávání v urgentní medicíně nebo získání specializované způsobilosti práce operátora zdravotnického operačního střediska.

Již výše jsem zmínila lepší odbornou připravenost zdravotnických záchranářů v intenzivní péči. Ráda bych se ještě vrátila k vyhlášce 55/2011, která také upravuje kompetence zdravotnických pracovníků, konkrétně všeobecných sester, zdravotnických záchranářů a  sester se specializovanou způsobilostí k provádění činností

1. bez odborného dohledu a bez indikace,
2. na základě indikace lékaře,
3. pod odborným dohledem lékaře.

Ráda bych se soustředila na vykonávání častých odborných činností v intenzivní péči. Zdravotnický záchranář **bez odborného dohledu a bez indikace** vykonává činnosti v rámci specifické ošetřovatelské péče při poskytování přednemocniční neodkladné péče, a dále při poskytování akutní lůžkové péče intenzivní, včetně péče na urgentním příjmu. Tento pracovník má kompetenci monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem.[[4]](#footnote-4) Pro porovnání uvádím znění kompetencí všeobecné sestry.  Všeobecná sestra může **bez odborného dohledu a bez indikace lékaře** sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků.[[5]](#footnote-5) Až sestra se specializovanou způsobilostí, ale **bez odborného dohledu na základě indikace lékaře** může provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod. Tento text bych interpretovala tak, že od zdravotnického záchranáře se očekává rozpoznání a analýza a patologických stavů, kdežto na všeobecnou sestru tyto nároky nejsou kladeny. Samozřejmě důvod je jasný- záchranáři ve většině případů nemají bezprostředně „po ruce“ lékaře, takže rozpoznání i analýza rytmu pacienta je stěžejní pro časné dovolání si lékařské pomoci prostřednictvím rendez vous systému.

Pro úplnost bych doplnila ještě jeden příklad kompetenci zdravotnických pracovníků vykonávání kardiopulmonální resuscitaci. Výše byla KPR popsána pouze vlastními dojmy a zkušenostmi z praxe. Jak je to ustanoveno ve vyhlášce? V kompetenci všeobecné sestry není o kardiopulmonální resuscitaci zmínka. Podle vyhlášky zdravotnický záchranář **bez odborného dohledu a bez indikace** má kompetenci zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu. Stejnou kompetenci získává všeobecná sestra **bez odborného dohledu a bez indikace lékaře** až specializačním studiem pro intenzivní péči.[[6]](#footnote-6)

Ze znění zákonu vyplývá, že bakalářské studium všeobecné sestry připravuje studenty přesně podle požadavků zákona, nikoliv požadavků práce v intenzivní péči.  Když tedy sestra bez specializace pracuje na odděleních intenzivní péče, požadavky na vykonávání odborných činností a výkonů jsou stejné jako na personál, který má k těmto výkonům již kompetence vzděláním.

V textu není cílem vychválit vzdělávání zdravotnických záchranářů. Jejich odborná připravenost na emergentní situace jim může v novém zaměstnání pomoct eliminovat stres a snížit pocit nedostatečné připravenosti.  Intenzivní péče však není pouze o těchto situacích, ale také o vnímání potřeb pacienta.

Mnozí uchazeči o studium zdravotnického záchranáře si volí tuto práci často z důvodu, že nemusí provádět u pacientů ošetřovatelskou péči, ale jednotlivé pacienty bezprostředně v akutní fázi ošetří a eventuální následná péče je řešena v nemocnici. Pokud je tohle jeden z důvodů výběru tohoto povolání, musí se smířit s novelou zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, podle které musí zdravotničtí záchranáři absolvovat roční praxi na úseku anesteziologicko- resuscitačním, na úseku intenzivní péče nebo urgentních příjmech.[[7]](#footnote-7)

Z praxe mohu potvrdit, že pro takové zaměstnance často nepatří mezi priority komfort pacienta například v hygienické péči zahrnující navíc umytí vlasů, oholení vousů nebo ostříhání nehtů. Tímto vnímáním potřeb jednoznačně dominuje sesterské vzdělání.

Vnímám tu to práci opravdu jako jedinečnou, protože pro správné fungování a kvalitu péče je nutná nejen dobrá teoretická příprava a kvalitní prováděním odborné i ošetřovatelské péče, ale také vyžaduje technickou zručnost.

1. Vyhláška č. 55/2011 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55 [↑](#footnote-ref-1)
2. MARKOVÁ, Eva. *POJETÍ ČESKÉHO PROFESIONÁLNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ V KONTEXTU SVĚTOVÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ* [online]. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav [↑](#footnote-ref-2)
3. Specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče. *Všeobecná Fakultní nemocnice v Praze* [online]. [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://www.vfn.cz/odbornici/vzdelavani/vzdelavaci-akce/specializacni-vzdelavani-v-oboru-intenzivni-pece/ [↑](#footnote-ref-3)
4. ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI: Zdravotnický záchranář. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast4 [↑](#footnote-ref-4)
5. ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI: Všeobecná sestra. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast4 [↑](#footnote-ref-5)
6. ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ SPECIALIZOVANÉ ZPŮSOBILOSTI: VŠEOBECNÁ SESTRA SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast4 [↑](#footnote-ref-6)
7. Do nemocnice místo ZZS? *Zpravodaj ZZSHMP* [online]. [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://tep.zzshmp.cz/tep-zpravodaj-zzshmp-11-2017/do-nemocnice-misto-zzs-nemusi-to-byt-tak-cerne/ [↑](#footnote-ref-7)