UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Veronika Lau**

**Možnosti advanced practice v intenzivní péči**

*Seminární práce*

Praha, leden 2021

Pojem advanced practise nurse (APN) se začal používat v roce 1965 ve Spojených státech amerických. Představuje sestru, která má potřebné odborné znalosti, klinické kompetence a je schopná činit komplexní rozhodnutí v oblasti, pro kterou získala specializaci. Je doporučené, aby APN získala alespoň magisterský titul v příslušném oboru ošetřovatelství. [1] Pokud se podíváme na kompetence, které APN má, bude se zdát logické, že je u nich vyžadováno další vysokoškolské studium. V mnoha zemích může APN ordinovat u pacienta laboratorní testy, vyšetření pomocí zobrazovacích metod nebo konziliární vyšetření, výsledky těchto vyšetření vyhodnocovat a na jejich základě upravovat léčbu pacienta nebo tuto léčbu ve spolupráci s dalšími odborníky navrhovat. [2,3] Konkrétním příkladem může být Acute care nurse (ACN) ve Spojeném království, která samostatně ordinuje a vyhodnocuje 12 svodové EKG, rentgen hrudníku a rutinně prováděné krevní testy včetně vyšetření acidobazické rovnováhy, na určitých odděleních také CT, MRI, ultrazvukové vyšetření nebo funkční vyšetření plic. Kromě toho se má APN podílet na formulaci diferenciálních diagnóz, které by v zájmu pacientova bezpečí měly být zahrnuty do diagnostického a léčebného plánu. [2]

Diagnostikou to ovšem ani zdaleka nekončí. APN je v celé řadě zemí zodpovědná nejen za podávání léků, ale také za jejich předepisování. [3] Je pochopitelné, že nemůže ordinovat celé spektrum léčivých přípravků, přesto jí zůstává poměrně široká škála těch, které předepsat může. Mimo farmak má také možnost zařadit do pacientova léčebného plánu terapie nefarmakologické povahy. Rozhodnutí o léčbě pacienta musí někdy činit v časové tísni, měla by si totiž samostatně poradit s celou řadou emergentních stavů, které u pacientů mohou nastat. Příkladem může být anafylaktický šok, srdeční zástava, bezvědomí, respirační selhání, sepse nebo šok. [2]

Jakmile již pacient nevyžaduje hospitalizaci, nebo je možné jej po úpravě zdravotního stavu přeložit na jiné oddělení, může tak APN samostatně učinit. Stejně tak pacienty na základě jejich potřeb k hospitalizaci přijímá. Zároveň s tím informuje příslušné instituce, je-li třeba tak učinit, a spolupracuje s nimi. [2]

Všechno výše popsané se zdá být jako popis zdravotnictví na úplně jiné planetě. Je neuvěřitelné, jaké kompetence získávají po studiu stejné úrovně sestry v České republice a jaké sestry v různých končinách světa, ať už v USA, Hong-Kongu, ve Spojeném království, Austrálii či v Norsku. Dokonce i v Botswaně mají sestry s příslušným vzděláním většinu výše popsaných kompetencí. [3] Pěkně to popsala jedna z vyučujících na bakalářském studiu: „Jinde mohou sestry hodnotit a rozhodovat. U nás jen sledují a hlásí (lékaři).“ A tak zatímco v cizině po zjištění anafylaktického šoku u pacienta běží sestra pro SOS medikaci, aby pacienta rychle zaléčila, u nás běží sestra pro telefon, aby informovala lékaře o krizové situaci.

Proč tomu tak je?

APN je ve Spojených státech pojem známý od roku 1965. V této době si tehdejší Československá republika mohla o podobných sestrách nechat leda tak zdát. I když zde existovala možnost vysokoškolského studia na Univerzitě Karlově, byla určena pouze pro sestry-učitelky ošetřovatelských předmětů. Základní znalosti nabyté ve čtyřletém studiu na střední škole, které v té době také prošlo jistou reformou, si někteří mohli doplnit o kurzy pořádané Středisky dalšího vzdělávání. Tento pokrok ovšem přerušil rok 1968, který přinesl návrat k podřízenosti lékařům a stereotypu práce. Teprve 90. léta 20. století znamenala pro české ošetřovatelství další pokrok, přiblížení se modernímu pojetí samostatnosti oboru a standardům péče. S tím souvisela i reforma vzdělávání sester, ty se nyní mohly začít vzdělávat i na vysoké škole [4] s „pouhým“ sedmadvacetiletým zpožděním za sestrami americkými. Ty si celou tu dobu budovaly jasné základy vzdělání, samostatnosti a prestiže svého povolání, kdežto sestry československé byly vnímány jako podřízené, snad až služky lékařů. Nabývám dojmu, že v našich končinách je stále silně zakořeněný tento paternalistický pocit lékařů, kteří se staví někdy až na úroveň bohů, o všem musí rozhodovat jen oni a všechno (sestry nevyjímaje) mají potřebu řídit sami. Někteří sestry vidí jako ty, které pacienty umyjí, nakrmí, změří jim tlak a podle seznamu jim nachystají správné léky, ale jen pokud jim k tomu lékař dá svolení. Příkladem může být historka z praxe, kdy lékař sestře hrozil soudem za to, že bez jeho vědomí pacientovi podala na průjem způsobený antibiotiky laktobacilovou tobolku. Co by ten stejný lékař sestře provedl za to, kdyby ho v noci vzbudila telefonátem s dotazem, zda může pacientovi na průjem podat laktobacil, si nedovedu představit. Proč by ale vzdělaná sestra s dlouholetou praxí nemohla pacientovi svou intervencí ulevit od tak banálního problému, jako je průjem? Pokud by byla na oddělení zrovna dostupná erární Activia, nikdo by na její podání pacientovi neřekl ani slovo, ale když je tento jogurt „nacpaný do tobolky“ a zavřený v plastové krabičce z lékárny, nesmí na něj sestra bez vědomí lékaře pomalu ani sáhnout. A proč? Protože jsme ještě ani zdaleka nedohnali zahraniční sestry, které mohou hodnotit a rozhodovat, ale stále zůstáváme sestrami, základem jejichž kompetencí je sledovat a hlásit.

To samozřejmě platí i pro sestry pracující v prostředí intenzivní a resuscitační péče. V tomto prostředí, kde je potřeba pružně reagovat na změny zdravotního stavu nestabilních pacientů, však v některých případech nemusí sestra jen sledovat a hlásit, ale také hodnotit a rozhodovat. Typicky se jedná o řízení rychlosti podávání katecholaminů, inzulinu nebo sedativ k udržení hodnot předepsaných lékařem. Je to logické – sestra nebude lékaři volat každou minutu a žádat o potvrzení, zda může zvýšit či snížit dávku noradrenalinu podle kolísání pacientova krevního tlaku. Na druhou stranu takového „rozhodování“ od sestry nevyžaduje žádné zvláštní schopnosti, znalosti ani dovednosti. Jsem si jistá, že můj profesor zeměpisu na gymnáziu by prohlásil – jak měl často ve zvyku a očividně v oblibě – že by to zvládla i cvičená opice. Je snad vysokoškolsky vzdělaná sestra se specializací v intenzivní péči cvičená opice? Není. Na některých odděleních to lékaři dokonce vědí, sestrám zřejmě důvěřují a proto jim za určitých okolností nechávají jistou volnost při rozhodování o péči o pacienta. V dekurzu všech pacientů na takovém oddělení se objevuje celá škála ordinací pro případ potřeby, z nichž můžou sestry podle potřeby vybírat takové intervence, které zrovna potřebují. V praxi to funguje tak, že lékař rozhodne o určitých léčebných cílech pro daného pacienta a sestra díky svým znalostem a zkušenostem zajistí, aby bylo těchto cílů dosaženo. Kupříkladu lékař u pacienta určí jako závazné hodnoty krevního tlaku, bilance tekutin a udržení normálních hodnot glykemie a minerálů. Na sestře je, aby tyto hodnoty monitorovala a na základě jejich změny a aktuálního stavu pacienta z nabídky intervencí určených lékařem vybrala takové, které nejenže pomohou naplnit léčebné cíle, ale zároveň nepoškodí pacienta. Na to už je cvičená opice krátká, protože nedokáže vyhodnotit všechny příčiny a následky. Je pacient hypotenzní, protože nemá dostatečnou náplň krevního řečiště, nebo protože jsou jeho cévy dilatované – a tedy podáme tekutiny, nebo katecholaminy? Pacientovi se nedaří udržet dostatečnou diurézu. Je to špatnou funkcí ledvin, nízkým krevním tlakem, nebo tím, že už je „vyždímaný“ a zkrátka nemá z čeho vytvářet další moč? Pacient má hypertenzi, v dekurzu nacházím pro případ potřeby předepsaná tři různá antihypertenziva, které si vyberu a v jaké dávce ho nasadím? Lékař požaduje vyšetření acidobazické rovnováhy čtyřikrát denně. Pacient je ale na dialýze, má diabetes a právě jsem mu podle posledních výsledků nasadila koncentrované kalium v kontinuální infuzi. Opravdu si mohu dovolit čekat šest hodin na další odběr, nebo si budu pacienta raději kontrolovat každé dvě hodiny?

Toto je praxe, která už se poněkud přibližuje tomu, čemu se v zahraničí říká advanced practise. Po sestře vyžaduje znalosti, zkušenosti, samostatný úsudek a rozhodování, a k tomu by se mělo vázat i příslušné vzdělání. V současné době je úplně jedno, jestli takovéto výše popsané činnosti vykonává všeobecná sestra, sestra, která prošla specializačním vzděláváním v NCO NZO, nebo sestra se specializací získanou během magisterského studia. Naopak v zahraničí bývají tyto kompetence hodnocení a rozhodování jasně rozdělené podle dosaženého vzdělání. I v České republice jsou samozřejmě sestrám se specializací dány kompetence, které všeobecné sestry nemají. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře mohou sestry se specializací v intenzivní péči sledovat zdravotní stav pacienta, hodnotit jeho fyziologické funkce a závažnost jeho stavu, zahajovat a provádět KPR včetně defibrilace a zajištění dýchacích cest, odsávat sekrety z dolních cest dýchacích a provádět tracheobronchiální laváž, ošetřovat a udržovat funkční arteriální katetry a zajišťovat, aby na oddělení nic nechybělo a nebylo nefunkční [5]. Opravdu tyto činnosti vykonávají jen sestry specialistky? Ještě jsem nezažila, aby všeobecné sestry pracující v intenzivní péči volaly ke svým pacientům kolegyně-specialistky, aby jim ošetřily arteriální kanylu nebo pacienta odsály. Opačný přístup pak lze pozorovat u činností, které vykonává sestra se specializací v intenzivní péči na základě indikace lékaře – katetrizace močového měchýře mužů, kanylace arterie nebo zavedení nasogastrické sondy pacientovi v bezvědomí [5] se spíše chopí lékař a sestru k takovým činnostem vůbec nepustí, byť je k tomu plně kvalifikovaná. Jistě se najdou případy, v nichž je provádění těchto úkonů lékařem s výhodou, například je-li pacient hemodynamicky velmi nestabilní nebo má-li odchylky v anatomické stavbě části svého těla. Rutinním přebíráním těchto kompetencí lékařem toho ovšem sestře specialistce mnoho dalšího nezbyde a já si tak nutně kladu otázku, zda má vůbec smysl se dva roky namáhat ve specializačním vzdělávání, když se mé kompetence reálně o moc nerozšíří a platově si polepším téměř symbolicky (pokud porovnáme plat amerických sester se „základním“ bakalářským vzděláním a sester specialistek – tedy APN – zjistíme, že se ziskem specializace je spojené značné zvýšení platu, a to až o polovinu původní částky). Dva roky navíc na vysoké škole by pro mě ale přece měly znamenat, že se „vyhoupnu“ nad sestry, které si tímto studiem neprošly. Očekávala bych, že si dvouletým soustavným vzděláváním rozšířím své teoretické a praktické znalosti natolik, že získám kompetence, které budou v praxi dobře využitelné, ostatními zdravotníky respektované a nepřekračované a které mi pomohou vybudovat prestiž mého povolání (i když z celosvětového průzkumu, kterého se účastnilo 35000 zástupců veřejnosti ve 35 různých zemích, vyplývá, že sesterské povolání je na šesté příčce těch nejrespektovanějších. Ovšem fakt, že dvě příčky před sestrami se umístili ředitelé škol a na sedmé příčce si stojí účetní, také o něčem vypovídá [6]).

Jak by to tedy v takovém ideálním světě mohlo vypadat?

Sestra se specializací v intenzivní péči po dvou letech vysokoškolského studia a získání magisterského titulu je jistě dobře připravena plnit všechny činnosti, o kterých hovoří vyhláška č. 55/2011 sb. Není potřeba tyto kompetence nijak zvlášť rozšiřovat a dělat ze sester napůl lékaře, ale spíše je respektovat a uplatňovat v běžné praxi. Tím, že sestra sleduje a hodnotí stav pacienta, brání vzniku komplikací, nebo je adekvátně řeší – zavoláním lékaře, který má znalosti potřebné k rozhodnutí o dalším postupu. Zahájit KPR, je-li třeba, mají za povinnost všichni zdravotníci. Sestra pro intenzivní péči může navíc zajistit dýchací cesty dostupnými pomůckami a provést defibrilaci, pokud je indikovaná. V mém ideálním světě by navíc mohla mít kompetenci k podávání resuscitačních léků – jsou jen dva, učí se to a trénuje mnohokrát a mohlo by to vést ke zkrácení případných prodlev (když službu konající lékař v deset hodin večer oznámí, že jde do sprchy, a ve 22:02 pacient dostane zástavu, jak dlouho bude lékaři trvat, než odpoví na volání a rozhodne o podání adrenalinu?). Ošetřování arteriálních katetrů je bez debat, ale když už mají sestry v kompetenci zajistit i jejich průchodnost, nemohly by pacientovi kanylu bez indikace lékaře vyměnit, když je ta stará i přes všechny provedené intervence nefunkční, neprůchodná a zcela jistě dále nepoužitelná? Podobný případ nastává i u výměny močového katetru u mužů nebo u žaludeční sondy – po uplynutí maximální doby zavedení nebo při nefunkčnosti by se sestra nemusela lékaře ptát, zda může výměnu provést, ale stalo by se to jejím rutinním úkonem, o němž rozhoduje zcela samostatně. A žádná z těchto kompetencí by se nesměla vyžadovat od všeobecných sester, které by to plně respektovaly a nepřekračovaly by své vlastní kompetence.

Možná existují pracoviště, kde to takhle opravdu funguje, jen jsem se s nimi dosud nesetkala. Pokud by to podobně chodilo všude, možná by sestry-specialistky cítily větší zodpovědnost a uspokojení ze své práce, možná by oproti všeobecným sestrám mohly být více respektované a – pokud by si toho všimli i „ti nahoře“ – lépe finančně ohodnocené. To by mohlo sestry motivovat k dalšímu studiu a položit tak základy APN v takové podobě, v jaké funguje i v zahraničí.

**Použité zdroje**

1. PULCINI, Joyce, Monika JELIC, Raisa GUL a Alice Yuen LOKE. An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2010, 42(1), 31-39 [cit. 2021-01-24]. ISSN 15276546. Dostupné z: doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x

2. Advanced Nurse Practitioner Competencies. Dostupné z: https://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/education/advanced-nurse-practitioner-national-competencies.aspx

3. Mapping of Advanced Practice Nursing Competencies from Nineteen Respondent Countries against the Strong Model of Advanced Practice Nursing (2000) and the International Council of Nurses (2008) Advanced Practice Nursing Competencies. Dostupné z: https://international.aanp.org/Content/docs/MappingOfAdvPracNursingCompetencies.pdf

4. MILFAITOVÁ, Vlasta. *Retrospektivní pohled na profesní vývoj zdravotní sestry*. Hradec Králové, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

5. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2021-01-24]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast2

6. Deset nejrespektovanějších profesí na světě [online]. [cit. 2021-01-24]. Dostupné z: https://www.trexima.cz/deset-nejrespektovanejsich-profesi-na-svete/