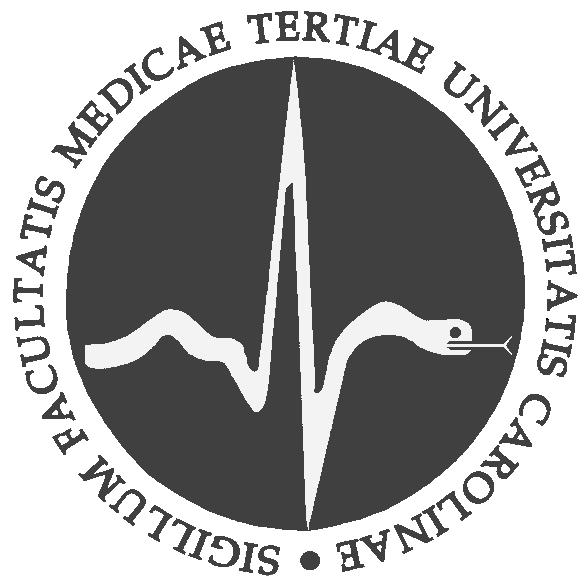
UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Bc. Kateřina Jursíková**

**Advanced practice nurse (APN)**

**Advanced practice nurse (APN) v USA**

APN je zkratka pro pokročilé vzdělání sester, které podstoupí postgraduální vzdělání v oboru ošetřovatelství. Sestra, která má pokročilé vzdělání se všemi znalostmi a dovednostmi k danému oboru v ošetřovatelství, ve kterých je specialistkou. Dělí se na 4 specializace a to přesně na Nurse midwives, Clinical nurse specialist, Nurse anesthetist a Nurse practitioner.

*Nurse midwives*

Obvykle registrovaná sestra v oboru porodní asistentka, po dokončení ošetřovatelství a navazující vzdělání vedoucí k praxi navazujícího studia v oboru porodní asistentky. Sestry porodní asistentky poskytují péči o ženy po celou dobu jejich života v oboru gynekologie, včetně těhotenství, poporodního období.

*Clinical nurse specialist (CNS)*

Je registrovaná zdravotní sestra, která získala dostatek odborných znalostí a dovedností. Jsou to sestry, které absolvovaly ošetřovatelskou přípravu na magisterské nebo doktorské úrovni jako CNS. Jsou klinickými odborníky v ošetřovatelské praxi založené na důkazech. Praktikují autonomně a využívají znalosti o léčebných postupech do hodnocení, diagnostiky a léčby nemocných pacientů.

*Nurse anesthetist (CRNA)*

Je sestra, která úzce spolupracuje s lékařem anesteziologem. Sestra anesteziolog nebo také tzv. certifikovaná registrovaná sestra anesteziolog (CRNA), je někdo, kdo dokončil postgraduální úroveň vzdělání a tím se stal certifikovanou sestrou v anestezii. Jsou schopni podávat anestezii pod dohledem anesteziologa, chirurga, zubaře, pediatra nebo jiného kvalifikovaného zdravotnického pracovníka. Těmto registrovaným sestrám v pokročilé praxi je věnována vysoká míra nezávislosti a respektu.

*Nurse practitioner (NP)*

NP je [registrovaná zdravotní sestra](https://en.wikipedia.org/wiki/Advanced_practice_registered_nurse) na způsob [praktického lékaře](https://en.wikipedia.org/wiki/Mid-level_practitioner) na [střední úrovni](https://en.wikipedia.org/wiki/Mid-level_practitioner). NP jsou vyškoleni k posuzování potřeb pacientů, objednávání a interpretaci diagnostických a laboratorních testů, diagnostice onemocnění, formulaci a předepisování léčebných plánů. Školení NP zahrnuje základní prevenci nemocí, koordinaci péče a podporu zdraví, ale neposkytuje znalosti k rozpoznání složitějších podmínek.

**Můj pohled na kompetence sester v ČR**

Hodně diskutované téma je v dnešní době takové, jestli sestry jakož to specialistky ve svých oborech nezastávají profese lékařů a zdali jsou ve skutečnosti sestrami. Pokud se podívám na oddělení intenzivních lůžek, můžu si dovolit říct, že sestry jsou opravdu schopné zastat částečně lékaře. Samozřejmě s přihlížením na své kompetence. Jedná se zde především o to, že mají sestry v poslední době zájem o zvýšení kompetencí, věří si a vzdělání zároveň se specializací jím tomu dodává nasazení a chuť se zlepšovat. Jsou schopny komplexně zhodnotit stav a následně ho adekvátně řešit. Konzultovat stav adekvátně s doktorem, kterému je sestra specialistka někdy schopná poradit a navést na správnou a rychlejší cestu léčení. Poté se můžeme opravdu bavit o tom, zdali sestry nemají mít kompetence vyšší, než tomu je doposud. A zdali v krizových situacích, opravdu lékaře nemohou zastat. Přeci jen k dosažení těchto čtyř uznávaných profesí uvedených výše, je nutnost získání titulu, tedy odborné způsobilosti. Minimální dosažené studium se v současné době uznává bakalářské, na které poté mohou sestry navazovat specializací či studiem končícím specializací nebo magisterským titulem. Například v USA, je v praxi běžné, že jsou sestry připraveny v situacích, kdy nemají po ruce lékaře zhodnotit a vyřešit danou situaci a to vede k tomu, že je sestra uznávaná lékaři. Z mého pohledu je toto velmi sporé a ne na každém oddělení lze toto praktikovat. Pokud se zaměřím na intenzivní oddělení a na práci, která je pro tento obor specifická, musím uznat, že co se týče kompetencí, je to velmi složité. Jestli mohu mluvit z vlastní zkušenosti, tak u nás mají lékaři v sestrách jistotu a zajímá je náš názor a cítím se tu jako součást potřebného týmu, který může přispět svým názorem k následující terapii. Myslím si, že zde jsou sestry, které dokáží zhodnotit stav pacienta a následně ho interpretovat lékaři tak aby se lékař nemusel bát, že by o pacienty nebylo kvalitně postaráno. Ovšem ne vždy tomu tak je na všech pracovištích a proto si myslím, že bude ještě nějaký čas trvat, než se tu udělá jakýsi systém v kompetencích sester, který bude schválen a bude možný k provedení i v praxi. Naše studium je tak trochu průlomové k tomu, jak by mohla budoucnost vypadat, ovšem to teprve ukáže čas, jak se k tomu postaví sestry, které už specializace nebo navazující vzdělání mají. Z několik stran slyším rozdílné názory a tak trochu se sestry dělí na dva tábory, kdy jeden tábor chce získat co nejvíce kompetencí a být více uznávaná sestra specialistka, která ví a umí si propojit teoretické znalosti s praktickými a zároveň se neustále učí novým věcem. A druhý tábor je ten, který zastává jasné rozdělení rolí mezi sestrou jakožto ošetřovatelkou, oproti lékaři jakožto někoho, kdo na sebe přebírá veškerou zodpovědnost. Zde se mi trochu honí hlavou myšlenka proč tomu tak je? Jestli mají strach z následků a bojí se představy být zodpovědná víc než doposud? Nebo jestli je to z pohodlnosti a nechuti učení se něčemu novému. Nevím i přesto věřím, že se nám povede časem tuto problematiku prolomit a získáme vetší počet kompetencí. Ovšem další problém může nastat, ze stran lékařů, kteří budou eventuálně část svých kompetencí převést na sestry specialistky. A jedna z mých posledních myšlenek, které v této vybrané problematice mám, je to, jakým způsobem budou sestry specialistky, s rozšířenými kompetencemi profesně ohodnoceny.

**Patricia Benner**

Patricia Sawyer Benner je teoretička ošetřovatelství, akademička a autorka jedné z jejich nejznámějších knih *„From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice“*

Benner se pro tento model nechala inspirovat Dreyfusovým modelem, který jedná o získávání dovedností a který funguje jako základ teorie. Tento model ukazuje, jak studenti získávají znalosti nebo dovednosti.

V roce 1982 Benner diskutovala o tom, jak se sestry v průběhu času rozvíjejí a zdokonalují své dovednosti a porozumění pacientů. Svůj model zavedla Benner do světa ošetřovatelství pod českým překladem *„Od nováčka po experta.“* A v podstatě pojednává o tom, jak jednotlivec začíná v oboru a jak získává nové dovednosti a znalosti. Následně postupuje v několika fázích a končí jako expert ošetřovatelství. V tomto modelu je přesně pět stupňů znalostí a to: *Novice (nováček), Advanced Practitioner (pokročilý začátečník), Competent (kompetentní), Proficient (zdatný), Expert (expert).*

*Novice*

Fáze začátečníka, je fáze, ve které jedinec nemá žádné předchozí zkušenosti s daným oborem. V této fázi se nové sestry učí jednoduchým výkonům. A postupně se propracovávají do fáze pokročilého začátečníka. Jelikož nejsou jasně dané stanoviska, co kdo v jaké fázi musí umět, záleží na jednotlivci jak má snahu se rychle zdokonalit a stát se co nejdříve plnohodnotným členem.

*Advanced Practitioner*

Pokročilý začátečník je jednotlivec, který už v minulosti byl zapojen do situací v daném oboru. Takže se předpokládá, že si s opakující situaci bude vědět lépe rady. Problematika v této fázi může spočívat v tom, že může pokulhávat propojení praktických a teoretických dovednosti. Proto se v této fázi bere hlavně zřetel na stanovení priorit u lůžka nemocného a v k tomu je dobré mít vedle sebe někoho se zkušeností. Někoho, kdo pokročilého začátečníka organizaci práce naučí.

*Competent*

Kompetentní zdravotní sestra je už schopna stanovit prioritu úkolů na daném pracovišti, z předchozích zkušeností. Benner vidí kompetentního člověka v někom, kdo je v práci dva nebo tři roky a je schopen vidět akce ve smyslu cílů nebo plánů. Kompetentní jedinec je schopen pracovat efektivně a organizovaně díky vědomému a záměrnému plánování. Kompetentní vůdce však nemá ještě v ruce flexibilitu a schopnost zrealizovat více úkolů najednou.

*Proficient*

Postupně se kompetentní jedinec vypracuje do zdatné fáze. V této fázi jedinec přistupuje k situacím se širokospektrým rozhledem. Vidí situaci, umí jí vyhodnotit, zhodnotit a řešit. V této fázi je už jedinec díky svým schopnostem a zkušenostem schopen urychlit řešení situace, díky svému zkušenému pohledu na věc.

*Expert*

Pátá a také poslední fáze, je velmi diskutovanou fází v modelu od nováčka po odborníka. Je to tzv. fáze odborníka. Zkušený jedinec má rozsáhlé znalosti, které umožňují jistotu a intuitivní schopnost řešení složitých situací pacientů.

**Sestra specialistka v hojení ran**

Toto téma jsem si vybrala z důvodu takového, že o tom už od střední školy často přemýšlím. Prošla jsem několik oddělení a na každém jsou jiné zvyky, jiný způsob hojení ran a hlavně rozdílné stanovení kdo a jak se bude o rány starat.

Myslím si, že se tato problematika dostává čím dál víc, do zájmu všech zdravotníků, ale i přesto jsou stále oddělení, kde je tato část péče posunuta do pozadí a nebere se zřetel na vývoj a možnosti hojení dané rány. Už před několika lety se do České republiky dostal nový způsob hojení ran (tzv. vlhké hojení ran), který oproti předchozímu způsobu byl velmi efektivní v léčbě. Tento způsob hojení ran je využíván do dnes a je považován za průlom díky svým dobrým výsledkům v léčbě ran.

U nás se dost často rány hodnotí jako akutní x chronické. A i když se ve většině případů rány považují za chirurgickou problematiku, stále jsou i na jiných odděleních pacienti, kteří hojení ran potřebují i mimo chirurgický obor či hospitalizaci na chirurgickém oddělení. To je také důvod a vlastně nutnost aby se o tuto problematiku zajímali veškeré obory a bylo na každém pracovišti o rány dobře postaráno.

Oproti ČR se v zahraničí stala problematika hojení ran samostatným oborem. Kde si sestry a lékaři z různých oborů, předávají své zkušenosti a poznatky a společně vytvářejí komplex léčby a možnosti co nejefektivnějšího způsobu hojení. Při vzniku tohoto oboru, zároveň vznikl i model tzv. sestry ranhojičky. Vzorem se stala pozice sestry z Velké Británie, která po absolvování speci­alizačního studia získává titul tissue viabi-lity nurse. Tento název se dá přeložit pouze jako sestra specialistka pro hojení ran. Sestra s touto specializací má možnost projevit autoritu, podporu a pochopitelně odpovědnost. Toto je přesně to, co je potřebné u nás rovněž klasifikovat, zařadit a legislativně podpořit.

**Role sestry specialistky v hojení ran**

Každé hojení ran by se mělo týkat tří osob a to nemocného, sestry a lékaře a vzájemně spolu spolupracovat a spolehnout se jeden na druhého. Pacient na sestru a lékaře, že oba rozumí tomu, co dělají. Sestra na pacienta, že dá například při hygieně pozor na ránu, která se nemůže namočit. Dále by se sestra měla spolehnout na lékaře, že pokud si nebude vědět rady, může se přijít optat s úspěšnou odpovědí. A lékař by se měl především spolehnout na sestru, že sestra ví, umí, případně se nebojí zeptat a umí dostatečně vysvětlit např. péči o ránu pacientovi. Je důležitá společná spolupráce, jen takto se terapie neprodlužuje a nekomplikuje.

Sestry specialistky v oblasti hojení ran úzce konzultují hojení či zhoršení s lékařem. „*Specialistka diagnosti­kuje ránu z pohledu etiologie, na základě hod­nocení markerů navrhuje lokální terapii, plán péče, doporučuje další postupy. Svoji práci do­kumentuje písemnou formou dle nastaveného systému. Jako důležité se v hojení ran ukazu­je pořízení fotozáznamu, alespoň při zahájení léčby rány.*“ (Florence 2010/3).

Teď tedy ale přichází na řadu myšlenka, jakou úlohu by měl tedy v hojení ran plnit lékař, a v kterých oblastech může pracovat pouze sestra specialistka. Zde chci použít svůj názor a pohled na věc. Ve většině případů se lékaři o hojení ran nijak významně nezajímají. A co se týče sester specialistek, to závisí na chodu oddělení, zdali tam je v každé směně pokaždé specialistka a jak jsou vlastně rozdělené úkoly kdo, co může a kdo naopak ne. Ve většině případů se o převazy stará staniční sestra, avšak z běžné praxe víme, že jsou i oddělení, kde převazy provádí každá sestra u lůžka. Jednou jsem dokonce i zažila, že na oddělení převazy dělala zásadně jen a pouze sanitářka. A proto se ptám, jak je možné, že i přes to, že jsou tu u nás v České republice možné specializační kurzy se děje stále toto? Myslím, že by zdravotnictví a této specializaci mohl pomoct, jednotlivý obor, stejně jako na příklad logopedie. Myšlenka, která mě napadá už několik let, je taková, že by se zde mohlo vytvořit zázemí v každé nemocnici, kde by sloužily sestry specialistky na hojení ran společně s lékařem a vzájemně by chodili po celé nemocnici pouze na převazy, vedli by záznamy společně s fotodokumentací, která by byla celo-nemocničně zveřejněná. Poté si myslím, že by se mohlo teprve dostavit kvalitní péče a bezkonkurenční kvality ve specializačním programu hojení ran.

**Zdroje:**

Benner, P. (1982). From novice to expert. American Journal of Nursing, 82(3), 402-407.

Shirey, M. R. (2007). Competencies and tips for effective leadership: From novice to expert. Journal of Nursing Administration, 37(4), 167-170.

https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/3/kompetence-sester-v-hojeni-ran/

https://en.wikipedia.org/wiki/Advanced\_practice\_nurse

https://www.nursingald.com/articles/16408-patricia-benner-novice-to-expert-a-concept-whose-time-has-come-again