

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Adéla Hegerová

Preskripce léčiv všeobecnými sestrami

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce v ČJ: Preskripce léčiv všeobecnými sestrami

Název práce v AJ: Nurse prescribers

Datum zadání: 2014-01-21

Datum odevzdání: 2014-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor: Hegerová Adéla

Vedoucí: doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku nelékařské preskripce a v rámci ní především na preskripci léčiv sestrami. Jelikož sesterská preskripce zaznamenala svůj největší vývoj ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska (UK), převážná většina předložených poznatků je vztažena na preskripci právě v této zemi. Cílem práce je předložit informace o podnětech, které vedou k zavedení sesterské preskripce a rovněž informace o jejím vývoji nejen v UK, ale také v ostatních vybraných zemích. Dále jsou v práci předloženy poznatky o základním rozdělení sesterské preskripce, o požadovaném stupni vzdělání, o obsahu jednotlivých vzdělávacích programů určených pro sesterskou preskripci a o podmínkách jejich splnění. Nakonec jsou v ní sumarizovány poznatky o výhodách či nevýhodách sesterské preskripce a potenciálních překážkách jejího zavedení. Jednotlivé poznatky byly dohledány například v těchto cizojazyčných recenzovaných periodikách *British Journal of Clinical Pharmacology*, *Nurse Education in Practice*, *Nurse Education Today*, *BMC Health Services Research*, *Journal of clinical Nursing*, *Journal*

of Advanced Nursing, The Journal of Ambulatory Care Management, International Journal of Nursing Practice, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Nurse prescriber a Journal of Nursing Management.

Abstrakt v AJ:

The Bachelor's thesis is focused on the issue of non-medical prescribing, especially on the topic of nurse prescribers. Most of relevant sources on this subject are linked to the United Kingdom (UK) where the non-medical prescription particularly blossomed. The goal hereof is to present information regarding impulses that lead to adoption of non-medical prescription, and to describe its evolution in the UK and other selected countries. The thesis also provides facts concerning basic division of the prescription performed by nurses, details on required qualification and education, and specifications of training programs for nurse prescribers. Eventually, the work summarizes positives and negatives of non-medical prescription and potential obstacles that prevent its implementation. The main sources of the thesis include peer-reviewed magazines British Journal of Clinical Pharmacology, Nurse Education in Practice, Nurse Education Today, BMC Health Services Research, Journal of clinical Nursing, Journal of Advanced Nursing, The Journal of Ambulatory Care Management, International Journal of Nursing Practice, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Nurse prescriber, and Journal of Nursing Management.

Klíčová slova v ČJ: všeobecná sestra, předepisování, preskripce, nelékařská, léčiva, vývoj, vzdělání, výhody, nevýhody

Klíčová slova v AJ: nurse, prescribing, prescription, non-medical, drugs, development, education, benefits, disadvantages

Rozsah práce: 44 stran, 1 příloha

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 30. 4. 2014

.....

podpis

Děkuji doc. MUDr. Karlu Urbánkovi, Ph.D. za ochotu, odborné vedení a za hodnotné rady při zpracování této bakalářské práce. Rovněž děkuji Mgr. Pavlíně Štrbové a Mgr. Ivu Hegerovi za poskytnutí cenných rad a připomínek. Dále děkuji své rodině za podporu během studia.

Obsah

ÚVOD	7
1 NELÉKAŘSKÁ PRESKRIPCE A JEJÍ ČLENĚNÍ	11
2 NELÉKAŘSKÁ PRESKRIPCE VE SVĚTĚ	14
2.1 VÝVOJ NELÉKAŘSKÉ PRESKRIPCE V UK	15
2.2 NELÉKAŘSKÁ PRESKRIPCE V DALŠÍCH ZEMÍCH	18
3 POŽADAVKY NA VZDĚLÁNÍ V OBLASTI NELÉKAŘSKÉ PRESKRIPCE	20
4 VÝHODY NELÉKAŘSKÉ PRESKRIPCE	27
5 NEVÝHODY A PŘEKÁŽKY BRÁNÍCÍ ZAVEDENÍ NELÉKAŘSKÉ PRESKRIPCE	31
ZÁVĚR.....	34
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	37
SEZNAM ZKRATEK	44
PŘÍLOHA	45

ÚVOD

Slovo preskripce je latinského původu a doslova znamená „napsat předtím, než bude dán lék.“ Ve skutečnosti však je jeho definice složitější a samotnému psaní předpisu předchází řada dalších procesů, mezi které patří zejména stanovení správné diagnózy, jež musí být podpořeno pochopením základní patofyziologie onemocnění. Dále musí předepisující zvážit rovnováhu mezi přínosem a rizikem určité léčby a projednat s pacientem možný dopad zvolených léčiv na jeho život. Tím ovšem veškerý proces preskripce není ukončen. Je nutné pečlivě sledovat účinek léčiv na pacienta a podle potřeby upravit dávkování (Aronson, 2006, s. 487-488).

Preskripce léčiv je klíčovou klinickou činností v pracovním životě většiny lékařů a je nejběžnějším zásahem, který většina lékařů udělá za účelem zlepšení zdraví svých pacientů (Mucklow, Bollington, Maxwell, 2012, s. 632). Tradičně tedy byla preskripce léčiv doménou lékařů a význam předepisování léčiv nelékařskými zdravotníky spočívá v tom, že je preskripce svěřena také do rukou speciálně vyškolených všeobecných sester, porodních asistentek, lékárníků, fyzioterapeutů, podiatrů, radiologů a optometristů (Fittock, 2010, s. 14).

Nelékařská preskripce (NP) existuje v některých zemích již po mnoho let, avšak největší rozmach zaznamenala ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska (UK - viz Kroezen et al., 2011, s. 12). Tudíž se většina publikovaných poznatků vztahuje na NP právě v této zemi. I když došlo k rozšíření preskripční pravomoci nejen na sestry, ale také na další nelékařské zdravotníky, sestrám byla poskytnuta tato kompetence v největším rozsahu. Pojem nelékařská preskripce se proto vztahuje hlavně k preskripci léčiv sestrami (Bowskill, Timmons, James, 2012, s. 2).

Cílem přehledové bakalářské práce je odpovědět na otázku:

Jaké existují publikované poznatky o preskripci léčiv všeobecnými sestrami?

Pro vypracování bakalářské práce byly stanoveny následující dílčí cíle:

Cíl 1 - Předložit informace o NP a jejím členění.

Cíl 2 - Předložit publikované poznatky o vývoji a současném stavu NP v UK a dalších zemích.

Cíl 3 - Předložit informace o požadavcích na vzdělání v oblasti NP.

Cíl 4 - Předložit publikované poznatky o výhodách NP.

Cíl 5 - Předložit poznatky o nevýhodách a překážkách, které brání zavedení NP.

Vstupní studijní zdroje:

1. BRADLEY, E., CAMPBELL, P., NOLAN P. 2005. Nurse prescribers: who are they and how do they perceive their role? *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2005, vol. 51, no. 5, pp. 439-448. [cit. 20. 4. 2013]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04512.x/pdf>.
2. COURTENAY, M., CAREY, N. 2008. Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2008, vol. 61, no. 3, pp. 291-299. [cit. 6. 10. 2013]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04512.x/pdf>.
3. LEWIS-EVANS, A., JESTER, R. 2004. Nurse prescribers' experiences of prescribing. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2004, vol. 13, no. 7, pp. 796-805. [cit. 16. 11. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.00993.x/pdf>.

4. SCRAFTON, J., MCKINNON, J., KANE, R. 2012. Exploring nurses' experiences of prescribing in secondary care: informing future education and practice. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2012, vol. 21, no. 13-14, pp. 2044-2053. [cit. 16. 11. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.13652702.2011.04050.x/asset/j.13652702.2011.04050.x.pdf?v=1&t=hsb_vj45n&s=e832765a87c92ddb64eec44bbfa925143367c205.

Rešeršní strategie:

Rešeršní činnost byla provedena v databázích BMČ, BMJ Journal Online Collection, EBSCO, MEDLINE, ProQuest a také pomocí vyhledávačů GOOGLE Scholar a GOOGLE.

V rámci vyhledávání relevantních zdrojů pro tvorbu bakalářské práce byla použita klíčová slova drugs, non medical, nurse, practitioners, prescribers, prescribing, United Kingdom, nelékařská, preskripce, léčiv.

Pro výběr patřičných odborných článků byla stanovena tato kritéria: recenzované texty v plném znění napsané v anglickém nebo českém jazyce vztahující se ke zvolenému tématu a dílčím cílům bakalářské práce publikované v období od roku 2003 do roku 2013.

Dle zadaných kritérií bylo dohledáno 207 článků a 5 dalších zdrojů v anglickém jazyce. Z toho 21 článků nebylo použito z důvodu duplicitního výskytu. Dále po přeložení názvů a abstraktů do českého jazyka bylo vyřazeno 134 článků, jelikož nebyly relevantní vzhledem ke stanoveným cílům práce (zabývaly se lékařskou preskripcí nebo NP léčiv farmaceuty, podiatry a jinými nelékařskými zdravotníky) a nespĺňovaly tak stanovená kritéria týkající se vhodnosti k danému tématu bakalářské práce nebo také kritéria související s rokem vydání článku či dostupnosti článku v jeho plném znění. Zbývajících 52 článků bylo přeloženo z anglického jazyka do českého, následně prostudováno a posléze bylo dodatečně vyřazeno 19 článků. Pouze 1 článek byl vyhledán v českém jazyce při použití BMČ databáze, ale ten se vztahoval k NP léčiv farmaceuty v UK. Z hlediska tématu bakalářské práce byl nevhodný. Konečný počet zdrojů využitých pro tvorbu bakalářské práce byl tedy 33 článků a 5 dalších zdrojů (dokument publikovaný Royal College of Nursing, standardy vydané Nursing and Midwifery Council, příručka vydaná National Prescriber Centre, dokument

publikovaný National Treatment Agency for Substance Misuse a příručka vydaná National Health Service East Lancashire).

1 NELÉKAŘSKÁ PRESKRIPCE A JEJÍ ČLENĚNÍ

Od 19. století vlády jednotlivých zemí zahájily proces zákonné regulace léčiv a reagovaly tak na obavy, které se vyrojily v souvislosti se zneužíváním léčiv a ochranou zdraví veřejnosti. Ve 20. století již legislativa upravovala kompetence v oblasti preskripce léčiv, které byly limitovány pouze na malý počet zdravotnických profesí, a to na všeobecné lékaře, zubní lékaře a veterináře a zároveň pouze na určité skupiny léčiv. Preskripce léčiv se v jednotlivých zemích rozvíjela různou rychlostí. Ke konci 20. století měl vývoj účinnějších druhů léčiv za následek obavy o veřejné zdraví, které od prevence rezistence na antibiotika sahají k problémům týkajícím se financování léčiv ve zdravotnictví a také zajištění rovnosti přístupu k základní zdravotní péči a lékům. Každá země věnovala těmto problémům pozornost v různém rozsahu. U mnohých to vedlo k úvaze o využití jiných zdravotnických profesí, než jen lékařů, k preskripci léčiv (Bhanbhro et al., 2011, s. 1-2).

V současné době existují dva myšlenkové směry o možném vlivu NP na ošetřovatelství. Podle Campbella znamená upřednostnění léčby pacienta nad péčí o něj krok zpět, neboť právě péče je podstatou sesterské práce a preskripce léčiv je tak odvádí od jejich primárního úkolu. Nolan pak předkládá názor, že NP je formalizace dosud "neformálního" předepisování, které již mnoho sester provozuje (Bradley, Campbell, Nolan, 2005, s. 441).

V současnosti existují dvě různé formy NP. Rozlišujeme nezávislé a doplňkové předepisování. UK je jednou z mála zemí, která poskytuje sestřám oba typy preskripční pravomoci a kde zároveň NP zaznamenala největší rozvoj. Proto jsou následující poznatky vztaženy zejména na tuto zemi (viz příloha, s. 45 - Stenner, Carey, Courtenay, 2010, s. 523).

Nezávislá preskripce je termín zastřešující veškeré předepisování prostřednictvím praktických zdravotníků (lékař, zubař, všeobecná sestra, porodní asistentka, lékárník nebo optometrista), kteří jsou plně zodpovědní za posouzení pacientů s diagnostikovaným nebo nediodagnostikovaným zdravotním stavem a za klinické rozhodování a to včetně předepisování. Speciálně vyškolený zdravotník v rámci nezávislé preskripce zodpovídá za posouzení pacienta a následné sestavení

správné diagnózy, dále také za rozhodnutí o bezpečné a vhodné terapii a za proces průběžného monitorování zdravotního stavu pacienta (Kwentoh, Reilly, 2009, s. 4).

Na rozdíl od nezávislé preskripce léčiv je doplňková preskripce formou závislého předepisování (Stenner, Carey, Courtenay, 2010, s. 523). Doplňková preskripce byla představena v roce 2003 a to z důvodů lepší péče a léčby o pacienty s chronickými zdravotními problémy. Podstatou doplňkové preskripce je dobrovolné partnerství mezi nezávislým předepisujícím, jehož pozici obvykle zastává všeobecný lékař nebo zubní lékař, a doplňkovým předepisujícím, což je sestra nebo jiný nelékařský zdravotnický pracovník. Posouzení pacienta a stanovení diagnózy má na starosti lékař a poté společně s doplňkově předepisujícím spolupracuje při vytváření klinického plánu péče. K tomu, aby mohl být klinický plán péče zaveden, je potřeba souhlasu pacienta (Kwentoh, Reilly, 2009, s. 4).

Klinický plán péče je považován za základ doplňkové preskripce a je připravován pro konkrétního pacienta a jeho zdravotní stav. Pacient zároveň musí souhlasit s tím, že jeho léčbu bude nadále řídit doplňkový předepisující. Poté je preskripce vedena doplňkovým předepisujícím, s podmínkou pravidelného klinického hodnocení pacienta a hodnocení klinického plánu péče lékařem (Walker, Bell, 2007, s. 9). Plán péče by měl stanovit, do jaké míry sestra zodpovídá za preskripční povinnosti a musí obsahovat informace týkající se nemoci nebo zdravotního stavu pacienta (Aronson, 2003, s. 585; Walker, Bell, 2007, s. 15). Kromě údajů o pacientovi musí také obsahovat podrobný popis léčiv, které může sestra předepsat. Dále v něm musí být zahrnuta případná omezení v rámci preskripce a okolností, za kterých by měla sestra odkázat pacienta k další léčbě nebo se poradit s lékařem. Před zahájením preskripce musí být specifický klinický plán péče vytvořen v písemné nebo elektronické podobě (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 663).

Nezávislí a doplňkoví předepisující musí mít přístup ke stejným zdravotním záznamům pacienta a zároveň by mezi nimi měla být dobrá úroveň komunikace a schopnost konzultovat a radit se ohledně informací o pacientovi (Aronson, 2003, s. 585). Neexistují žádná právní omezení týkající se určitých zdravotních stavů, pro které by sestry nemohly předepsat potřebné léky. To má největší přínos zejména pro sestry, které pečují o pacienty s chronickým onemocněním, jako je například diabetes mellitus a astma bronchiale (Royal College of Nursing - RCN, 2012, s. 1). Nicméně se také objevily názory, že obtíže s přizpůsobením klinického plánu péče tak,

aby odpovídal individuálním potřebám pacientů s diabetem a s ním přidruženými komorbiditami, zabránily sestřím předepisovat doplňkově (Stenner, Carey, Courtenay, 2010, s. 527). Sestra v rámci doplňkové preskripce může předepsat kontrolované léky za předpokladu, že s tím souhlasí lékař a jsou uvedeny v klinickém plánu péče (Nursing and Midwifery Council - NMC, 2006, s. 46). Doplňkově předepisující sestry také mohou předepsat léky mimo doporučenou indikaci a léky bez licence. Podobným oprávněním disponují též nezávislí předepisující (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 664).

Stejně jako doplňková preskripce ani nezávislá preskripce není omezena pouze na určitá onemocnění. Avšak na rozdíl od doplňkové preskripce není potřeba před zahájením preskripce sestavit klinický plán péče či uzavřít formální dohodu mezi předepisujícím a pacientem (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 664). Jelikož schopnost sestavit diagnózu vyžaduje odborné znalosti, dovednost odebrat anamnézu a, co je nejdůležitější, povědomí o diferenciálních diagnózách a schopnost vhodně jednat v případech, kdy se projeví akutní příznaky a symptomy, některé organizace požadují, aby sestry po určité zkušební dobu (nejčastěji alespoň 6 měsíců) zastávaly pozici doplňkově předepisujícího. Až následně se mohou stát nezávislými předepisujícími (Walker, Bell, 2007, s. 20).

Zvláštní skupinou, která je zahrnuta v rámci nezávislé preskripce jsou komunitní praktické sestry. Mezi komunitní praktické sestry patří obvodní sestry, pečovatelky a školní sestry. Je jim umožněno nezávisle předepisovat z omezeného Preskripčního seznamu pro komunitní praktické sestry, který je součástí Britského národního seznamu léčiv (Fittock, 2010, s. 14). Rozsah léků a pomůcek, které mohou předepsat, je omezený a zahrnuje například pomůcky k ošetření ran (obvazy, obklady), volně prodejné léky (laxativa, mírná analgetika) a některé léky vázané na předpis (RCN, 2012, s. 1).

2 NELÉKAŘSKÁ PRESKRIPCE VE SVĚTĚ

Během posledních dvaceti let výrazně vzrostl počet zemí, ve kterých mají sestry oprávnění k preskripci léčiv. I když termín sesterská preskripce označuje novou roli, kterou sestry v některých zemích přijaly, jeho skutečný význam se výrazně liší, jak na mezinárodní úrovni, tak v rámci jednotlivých zemí. Mezi jednotlivými zeměmi existují značné rozdíly v právních, vzdělávacích a organizačních podmínkách pro preskripci léčiv sestrami. Sestry mohou předepisovat léčiva buď nezávisle, anebo pouze pod dohledem lékaře (Kroezen et al., 2011, s. 1).

V některých zemích mají sestry možnost předepisovat léky ze specifických lékových skupin, zatímco jinde mohou předepisovat pro specifické zdravotní stavy nebo v závislosti na specializaci sestry. Metody preskripce se rovněž mohou v rámci jedné země lišit. Můžeme tak nalézt rozdíly v preskripci v městských a venkovských zdravotnických zařízeních či v oblasti soukromých a veřejných poskytovatelů zdravotní péče. Pravděpodobnou příčinou této rozmanitosti jsou odlišné tradice a různé systémy zdravotní péče (Miles, Seitio, McGilvray, 2006, s. 291). Do značné míry pak také závisí na nemocnosti, státních příjmech a vládní infrastruktuře jednotlivých zemí. Ve vyspělých státech jde přijetí preskripční role sestrami ruku v ruce s inovacemi rolí sester. Obecně byly tyto nové role vyvinuty jako reakce na lékařský a technologický pokrok, změnu zdravotních potřeb a očekávání veřejnosti, stárnutí populace, nárůst incidence chronických onemocnění, větší důraz na prevenci onemocnění a podporu zdraví. Další faktory přispívající k rozvoji sesterských rolí vyvrcholily z mnoha politických a profesních změn (Borthwick et al., 2010, s. 1,3).

V některých zemích měla význam i snaha a ambice zdravotnických pracovníků pro změny v právních předpisech týkajících se preskripce, ale pouze tehdy, jestli se shodovaly se zdravotní politikou a s požadavky na zdraví veřejnosti (Bhanbhro et al., 2011, s. 3). V tomto směru hrál klíčovou roli také vládní tlak na snižování nákladů ve zdravotnictví. Vývoj nových a pokrokových rolí pro sestry se tak stal základním předpokladem pro zlepšení klinických výsledků a zkušeností pacientů v rámci poskytovaných zdravotních služeb (Miles, Seitio, McGilvray, 2006, s. 291). V důsledku toho některé země včetně Spojených států amerických (USA), UK, Irska, Kanady, Švédska, Austrálie a Nového Zélandu zavedly legislativní a regulační rámce,

umožňující sesterskou preskripci léčiv. Finsko, Nizozemsko a Španělsko zahájilo proces zavedení preskripce léčiv sestrami (Kroezen et al., 2011, s. 1). Kromě těchto zemí se NP vyvíjela také v rozvojových zemích, kde byl důvodem převážně nedostatek lékařského personálu, který se musí vyrovnat s obrovskou potřebou preventivní a léčebné zdravotní péče pro obyvatelstvo (Miles, Seitio, McGilvray, 2006, s. 292).

2.1 VÝVOJ NELÉKAŘSKÉ PRESKRIPCE V UK

Stále se zvyšující socioekonomické a politické nároky na systém zdravotní péče v UK, vedly k rozšíření preskripční pravomoci nelékařských zdravotnických pracovníků (Courtenay, Carey, Stenner, 2012, s. 2). Hlavním záměrem britské vlády, při zavedení NP, bylo zlepšit zdravotní péči o pacienty pomocí snadnějšího přístupu k lékům a co největšího využití dovedností zdravotníků (Gumber, Khoosal, Gajebasia, 2011, s. 476).

Zavedení NP představovalo postupný proces, který začal v roce 1986, kdy byl britské vládě předložen návrh na rozšíření preskripční kompetence pro nelékařské zdravotníky (Cooper et al., 2008, s. 245). Baronka Cumberledge neustále lobovala za preskripční právo pro sestry a NP získávala v UK nové impulsy (RCN, 2012, s. 1). Především na základě zprávy Cumberledge vláda dospěla k závěru, že obvodní sestry a pečovatelky by měly mít nějaké omezené preskripční právo (Cooper et al., 2008, s. 245). Nakonec byla zpráva Cumberledge přijata v roce 1987 a sesterská preskripce, jako dosud neprozkoumaný pojem v UK, pronikla do parlamentního programu (Jones, 2004, s. 267). To nakonec vedlo k tomu, že byla svolána poradní skupina, která měla za úkol zvážit předepisování léčiv sestrami. Práce poradní skupiny vyústila ve vypracování zprávy June Crownové z roku 1989, jejíž hlavní myšlenka byla, že neefektivní postupy v rámci zdravotní péče mohou být napraveny NP (Cooper et al., 2008, s. 245). To byl hlavní popud, který vedl k výrazným změnám lékové politiky a rozvoji preskripce léčiv sestrami. Primární právní předpis (Prescribing by Nurses Act 1992) umožňující sestrám předepisovat omezený rozsah léčiv, byl schválen v roce 1992 (Courtenay, Carey, 2008, s. 292).

V roce 1994 byl vydán Preskripční seznam pro obvodní sestry a pečovatelky (nyní Preskripční seznam pro komunitní praktické sestry). Byly v něm zahrnuty například stomické pomůcky, katétrů, obvazy a některé léky vázané na předpis.

V některých průkopnických oblastech byla NP následně zavedena. Od roku 1998 mohly všechny řádně proškolené obvodní sestry a pečovatelky nezávisle předepisovat z Preskripčního seznamu pro komunitní praktické sestry (Cooper et al., 2008, s. 245). Postupem času se ostatní skupiny sester cítily opomíjené. Zejména praktické sestry vyjádřily své zklamání z toho, že nejsou brány v úvahu, jako potenciální předepisující, i když byly hlavní silou v primární péči (Jones, 2004, s. 268).

Na toto reagovala druhá zpráva Crownové z roku 1999, kde jsou uvedeny rozsáhlejší návrhy na změny potenciální preskripce nejen sestrami, ale také lékárníky a dvě různé formy předepisování léčiv (Cooper et al., 2008, s. 245). Zároveň je v ní zaznamenáno, že jsou sestry oprávněny předepisovat pouze z definovaných seznamů a za jasně daných podmínek (Aronson, 2003, s. 585). Ministerstvo zdravotnictví, jakožto odpovědný orgán za zdraví populace, v květnu roku 2001 nastínilo plány na rozšíření sesterské preskripce. Plány zahrnovaly otevření kvalifikačních kurzů pro širší spektrum všeobecných sester a umožnily sestřím předepisovat z rozšířené řady léků a pro pacienty se širokou škálou zdravotních problémů (Bradley, Campbell, Nolan, 2005, s. 440). Od roku 2002, kdy byla zavedena rozšířená (nyní nezávislá) preskripce, získaly možnost předepisovat všechny registrované sestry na první úrovni (registrovaná sestra pro děti, dospělé, duševní zdraví a pro osoby s poruchami učení - viz Courtenay, Carey, 2008, s. 292). Sestry předepisovaly z Rozšířeného seznamu léčiv, který zahrnoval více léků dostupných pouze na předpis a ze kterého mohly předepsat pouze léčiva pro méně závažná onemocnění, drobná poranění a také pro oblast profylaxe a paliativní péče (Aronson, 2003, s. 586). Od roku 2003 mohou sestry a lékárníci předepisovat i v rámci doplňkové preskripce (Courtenay, Carey, 2008, s. 292). Od dubna 2005 mohou nelékařští zdravotníci prostřednictvím doplňkové preskripce předepsat všechny kontrolované a nelicencované léky. Ve stejném roce získali možnost předepisovat jako doplňkově předepisující také fyzioterapeuti, podiatři, radiologové a optometristé (Cooper et al., 2008, s. 246). Od května 2006 daly legislativní změny náležitě kvalifikovaným sestřím prakticky stejná nezávislá preskripční práva, jako lékařům. V důsledku toho, získaly přístup do Britského národního lékového seznamu (British National Formulary) a Britského národního lékového seznamu pro děti. Sestry tak mohou prostřednictvím nezávislé preskripce předepsat samostatně veškeré licencované léky, s výjimkou některých kontrolovaných léčiv (látky uvedené v Zákoně o zneužívání léčiv z roku 2001 - The Misuse of Drugs

Regulations 2001; viz Stenner, Carey, Courtenay, 2008, s. 523). Ve stejném roce získali právo na nezávislé předepisování také lékárníci. Rozšíření kompetence k nezávislému předepisování pokračovalo i v roce 2008, kdy byla tato pravomoc poskytnuta optometristům (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 663). Od roku 2012 mohou sestry v rámci svých kompetencí nezávisle předepsat kontrolované léky a kombinovat léky v souladu s právními předpisy, a to i ty vázané na předpis (RCN, 2012, s. 1).

Z tohoto stručného historického přehledu vyplývá, že sestry byly první nelékařskou zdravotnickou profesí, která získala preskripční práva. Sesterská preskripce řeší neefektivní systém péče o pacienta, ve kterém sestry měly často již naplánovanou účinnou péči pro pacienta (např. péče o rány, inkontinence, aj.), ovšem bez možnosti poskytnutí receptu a musely tak žádat lékaře o jeho vypsání. Nemohly tak pacientům poskytnout kompletní péči. NP rovněž umožní lepší využití dovedností pracovníků, poskytuje větší profesní autonomii a je výzvou pro obvykle podřízené postavení těchto pracovníků v hierarchii zdravotnického systému. Značný vliv na udělení preskripční pravomoci nejprve sestrám mohlo mít neustále narůstající prosazování sester a politické lobování za nové kompetence právě pro sestry. Kromě toho Malone považuje za rozhodující také to, že sestry jsou s pacienty a lékaři v užším kontaktu než lékárníci, což jim umožní snáze pochopit okolnosti vzniku onemocnění a také potřeby pacienta (Cooper et al., 2008, s. 246). Horton vnesl do této problematiky názor, že sesterská preskripce slouží jako politický nástroj vlády, aby mohla manipulovat s rozložením pravomoci mezi lékaři, lékárníky a sestrami a naznačil, že sestry představují levné a účinné řešení nedostatku lékařů (Scrafton, McKinnon, Kane, 2012, s. 2044-2045).

Bez ohledu na hlavní záměr britské vlády vedlo neustálé zvyšování pravomocí nelékařských předepisujících k tomu, že v posledním desetiletí prudce vzrostl jejich počet. V roce 2012 předepisovalo v UK více než 50 000 nelékařských zdravotníků, z toho většinu zastávalo 30 000 komunitních praktických sester, dále 19 000 nezávisle nebo doplňkově předepisujících sester, 2 400 nezávisle nebo doplňkově předepisujících lékárníků, několik set dalších zdravotnických pracovníků doplňkově předepisujících a téměř 100 nezávisle nebo doplňkově předepisujících optometristů (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 662).

2.2 NELÉKAŘSKÁ PRESKRIPCE V DALŠÍCH ZEMÍCH

Ve Švédsku mohou sestry předepisovat od roku 1994, a to z důvodu, aby byly poskytnuty lepší služby pro pacienty, snížena pracovní zátěž lékařů a zajištěno, že do komunitní péče byla zapojena vhodná kombinace zdravotnických profesionálů (Courtenay, Carey, 2008, s. 292). Švédsko patří mezi země, v nichž i přes brzké zavedení sesterské preskripce došlo k minimálnímu rozvoji preskripčních pravomocí sester. Švédské sestry mohou i nadále předepisovat pouze z omezeného seznamu léčiv a jen pro některé chorobné stavy (Kroezen et al., 2011, s. 12).

Podpora pro zavedení NP v Kanadě (začátek 90. let) a Austrálii (r. 2000) byla především ve venkovských oblastech s nedostatkem lékařů a sester, které pracují nezávisle. Předepisovat léky je povoleno jen praktickým sestřám, které ovšem mají velmi omezená preskripční práva (Courtenay, Carey, 2008, s. 292).

V USA se koncept sesterské preskripce úzce vázal na rozvoj povolání praktických registrovaných sester. Jejich preskripční práva se však liší s ohledem na různorodé požadavky, standardy a klinické postupy v rámci 50 států (Courtenay, Carey, 2008, s. 292). Sestry v USA předepisují více než 50 let, ale stejně jako ve Švédsku i zde vývoj stagnuje. Existuje mnoho překážek, které ovlivňují rozvoj preskripční činnosti. Patří mezi ně nedostatečně vytvořený národní seznam léčiv, ze kterého sestry předepisují a nejednotný přístup k získání funkce nezávisle předepisujícího. Hamric ve své studii uvádí, že i přesto, že je sesterská preskripce bezpečná, efektivní a pozitivně přijímaná pacienty, i tak se někteří lékaři zdráhají ji přijmout (Bradley, Nolan, 2007, s. 121).

Nizozemsko je jednou z posledních zemí, která prostřednictvím sesterské preskripce mění charakter svého zdravotnictví. Nizozemská vláda reagovala uvedením sesterské preskripce léčiv do praxe na nežádoucí situace, při nichž sestry předepisovaly léky nezákonně (Kroezen et al., 2011, s. 7-8).

Všechny země, které zahájily NP, zavedly právní omezení týkající se toho, jaké lékové skupiny, v jakém množství a komu mohou sestry předepsat, a také zda tak mohou učinit nezávisle nebo pod dohledem lékaře. Ve většině zemí jsou otázky nelékařské preskripce upraveny na státní úrovni, ale některé země jako například Austrálie, Kanada a USA mají preskripční pravomoc regulovanou na federální

či regionální úrovni. Tyto státy mají zavedeny obecné omezené seznamy a protokoly pro sestry k restrikci jejich preskripční pravomoci (Kroezen et al., 2011, s. 8-9).

Kroezenová udává, že pouze v Irsku a UK se míra autonomie sester ukázala být dostatečná k tomu, aby jak nelékařské, tak i lékařské profese měly rovnou a plnou pravomoc předepisovat léčiva. Všechny ostatní země uložily sestřím taková přísná omezení prostřednictvím protokolů nebo omezených lékových seznamů, že lékaři mají i nadále výhradní pravomoc v předepisování léků (Kroezen et al., 2012, s. 1011). Výrazně k tomu přispívá i fakt, že Asociace britských lékařů podporuje NP od samého počátku. Naproti tomu, v Austrálii, Španělsku a USA jsou lékařské organizace především jejím odpůrcem, což může vysvětlit relativně omezená práva amerických sester, přestože je tento pojem v USA zaveden mnohem déle než v UK (Kroezen et al., 2011, s. 12).

3 POŽADAVKY NA VZDĚLÁNÍ V OBLASTI NELÉKAŘSKÉ PRESKRIPCE

Britská vláda zastává názor, že pro dosažení změny tváře ošetrovatelství je nutné vhodné vzdělání a odborná příprava sester. Sestry se musí přizpůsobit měnícím se odpovědnostem a profesním rolím za pomoci toho, že zlepší své vědomosti. Často je požadováno, aby dosáhly statutu absolventa vysoké školy. Nedostatky v předregistračním vzdělávání a odborné přípravě se promítanou v požadavcích kvalifikovaných sester na více vědecky zaměřené vzdělání, zejména pak v oblasti diagnostických a posuzovacích dovedností, obecné a aplikované farmakologie, psychofarmakologie, farmakoterapie, rozpoznání nežádoucích účinků, managementu léčiv a sesterské preskripce. Případné mezery ve vzdělání způsobí, že se mnoho sester setká s obtížemi v řízení léčby pacienta nebo při sdělování informací o léčivech pacientům (Banning, 2004, s. 421-422).

K zajištění rozvoje NP ve zdravotnických organizacích musí existovat vedoucí osoby, které odpovídají za to, aby sestry měly dostatečnou úroveň znalostí, zkušeností a kompetencí, než začnou se školením pro získání preskripčních práv (Walker, Bell, 2007, s. 12). Mnoho zdravotnických organizací proto jmenuje manažera, který koordinuje a podporuje NP tak, aby nezanikla mezi ostatními prioritami organizace. Jasně zvolené vedení je velmi důležité a mělo by svůj pracovní čas zaměřit na vyzdvihnutí charakteru sesterské preskripce mezi zdravotnickými kolegy sester, a to zejména z důvodu podpory NP a porozumění potenciálnímu přínosu pro pacienty a organizace. Zároveň je nutné uklidnit, že sesterská preskripce je bezpečná. Výběr sester pro novou ošetrovatelskou roli by měl vycházet z rozhodnutí vedení zdravotnické organizace zohledňujícího možný přínos pro pacienty a místní potřeby zdravotnického zařízení (Ring, 2006, s. 1-2).

V UK v současnosti existují 3 typy vzdělávacích programů, na jejichž základě mohou sestry získat oprávnění k preskripci. Nejstarší přípravný preskripční program byl určen pro obvodní sestry a pečovatelky a nazýval se Režim 1. Po absolvování tohoto preskripčního programu byla dosažená kvalifikace sester označena kódem V100. Byl zaveden v roce 1994 a na národní úrovni poté rozšířen roku 1999. Byl realizován prostřednictvím třídního distančního vzdělávání. Během roku

2001 většina komunitních praktických sester absolvovala tento program a byla zaregistrována NMC. Program byl založen na předpokladu, že všechny obvodní sestry a pečovatelky jsou kvalifikované jako praktické specialistky. Tento program již nadále není k dispozici a místo něj byl na konci roku 2005 zaveden tzv. Režim 2 (opět kód V100). Ten vznikl začleněním výše zmíněného režimu do vzdělávacího a přípravného programu, na jehož podkladě sestry získají způsobilost pracovat jako komunitní praktická sestra. Absolventi tak získají kvalifikaci jako praktická specialista/komunitní sestra veřejného zdraví (Specialist Practitioner Qualification/Specialist Community Public Health Nurse Qualification). Tento program umožňuje sestřím předepisovat pouze z Preskripčního seznamu pro komunitní praktické sestry (NMC, 2006, s. 53).

V dubnu roku 2008 byl zaveden program pro komunitní sestry (V150), které nejsou kvalifikované jako praktické specialistky, ale rovněž potřebují oprávnění předepisovat léky, aby poskytly pacientovi kompletní péči. Sestry, které se rozhodnou absolvovat tento program, musí mít minimálně 2 roky poregistračních zkušeností. Sestry jsou rovněž omezeny na předepisování z Preskripčního seznamu pro komunitní praktické sestry. Program se skládá z 10 vyučovacích dní, které jsou rozloženy do 3-5 měsíců a z 10 dní praktické výuky pod dohledem sestry mentorky, která již předepisuje léky a to nejlépe ve stejné oblasti praxe jako student (Hogg, 2010, s. 3).

Dříve měly sestry také možnost absolvovat vzdělávací program, který jim zajistil kvalifikaci pro praktikování nezávislé preskripce (V200). Dnes však již tento program není samostatně k dispozici a mnohé sestry tak absolvují přípravný program pro nezávislou a doplňkovou preskripci (V300). Tento program přitom dříve zahrnoval jen doplňkovou preskripci (Bray et al., 2009, s. 230). A jak už z názvu vyplývá, ten umožňuje sestřím předepisovat, jak nezávisle, tak i doplňkově (NMC, 2006, s. 53-54). Duální kvalifikační kurzy prodělaly značný vývoj kupředu od jejich zavedení na začátku roku 2003 (Bradley, Campbell, Nolan, 2005, s. 446). Přípravný program V300 se skládá ze dvou hlavních částí - z univerzitní a praktické. Univerzitní část odpovídá 26 dnům studia, která je obvykle poskytována kombinovanou formou, v níž se mísí prezenční výuka a distanční vzdělávání (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 664). Program dále obsahuje 12 dní praktické výuky, která je uskutečněna pod dohledem určeného lékaře a během níž se očekává, že studenti prokáží preskripční kompetence ve své praktické oblasti. Tento program obvykle probíhá po dobu

6 měsíců, během kterých student dochází 1 - 2x za týden na výuku ve vysokoškolské instituci. V rámci kurzu je kladen velký důraz na samostudium (Walker, Bell, 2007, s. 14). Velká část kurzu je zaměřena na nezávislou preskripci a pouze 2 dny jsou věnovány doplňkové preskripci. Vzhledem k tomu, že velký podíl sester plánuje provozovat zejména preskripci doplňkovou, zdá se být tento nepoměr v zastoupení obou typů preskripce ve výuce poněkud nepřiměřený (Bradley, Campbell, Nolan, 2005, s. 445-446).

Kurzy jsou provozovány buď na bakalářské nebo magisterské úrovni studia (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 663). S absolvováním přípravných kurzů se pojí určité finanční náklady, které v UK hradí sestra společně se svým zaměstnavatelem (Kroezen et al., 2012, s. 1009). K možnosti absolvovat program V100 musí žadatel předložit důkazy o splnění určených kritérií: musí být registrovanou sestrou a mít v úmyslu využívat svou novou roli v oblasti klinické praxe, kde předepisování ze Seznamu pro komunitní praktické sestry zlepšit péči o pacienta a poskytování zdravotnických služeb. Aby mohli žadatelé o registraci absolvovat program V300, je nutno splnit tato kritéria: musí být registrovanou sestrou na první úrovni nebo komunitní praktickou sestrou a také musí mít alespoň 3 roky poregistračních zkušeností v praxi. Z těchto 3 let musí 1 rok, který bezprostředně předchází žádosti zařazení do programu, být v klinickém oboru, ve kterém má sestra v úmyslu předepisovat (např. neonatologie, intenzivní péče - viz NMC, 2006, s. 8-9). Dále musí předložit písemné potvrzení od svého zaměstnavatele (o jeho podpoře, aby sestra absolvovala program), od vedoucího programu (týkající se toho, že sestra byla vybrána na přípravu v rámci preskripčního vzdělávacího programu) a od určeného lékařského praktika, který souhlasil s poskytnutím dozoru po dobu požadované praxe. Zaměstnavatel také musí zaručit, že absolventi kurzu budou mít možnost dalšího profesního rozvoje (Hogg, 2010, s. 4).

Před zahájením kurzu se předpokládá, že studenti, kteří získali povolení jej absolvovat, mají základy ve farmakologii, posouzení pacienta a diagnostických dovednostech, které pak mohou být dále rozvíjeny v programu (Hemingway, Davies, 2006, s. 1). Kurzy k získání kvalifikace jsou všeobecné a nejsou specifické pro oblast primární a sekundární péče (Walker, Bell, 2007, s. 14). Programy obsahují několik důležitých výukových okruhů:

- a) **Konzultace, rozhodování a terapie** se zaměřením na přesné posouzení a odebrání anamnézy, spolupráci s pacientem, dodržování léčebného režimu, potvrzení diagnózy, diferenciální diagnostiku a předání pacienta do péče ostatním zdravotníkům, principy a metody monitorování pacienta, použití běžných diagnostických pomůcek a farmakovigilanci.
- b) **Vlivy na preskripci a psychologie předepisování** se zaměřením na pacientovy požadavky vs. individuální potřebu pacienta, lokální a národní vlivy na preskripci a osobní postoje sester, které mají vliv na preskripci.
- c) **Preskripce v týmovém kontextu** se zaměřením na funkce ostatních členů týmu, efektivní komunikaci, zvládání konfliktů a také na preskripční rozpočty.
- d) **Klinická farmakologie a účinky komorbidity** se zaměřením na patofyziologii, farmakokinetiku, farmakodynamiku, výběr a optimalizaci léčebných režimů a nežádoucích reakcí.
- e) **Praxe založená na důkazech a klinická správa** se zaměřením na praxi založenou na důkazech, rozhodující hodnocení, klinické správní zásady a postupy, zvládnutí rizik preskripce a klinický audit.
- f) **Právní, politické, profesionální a etické aspekty** se zaměřením na odbornou způsobilost, odpovědnost a povinnost, zákonný rámec preskripce, etiku a další profesní rozvoj.
- g) **Předepisování v kontextu veřejného zdraví** s důrazem na přístup pacienta ke zdravotní péči a lékům, politiku veřejného zdraví a nevhodné užívání léčiv (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 664). Obsahy obou programů (V100/V300) se liší a měly by odrážet seznam léčiv, ze kterého může kvalifikovaný žadatel o registraci předepsat a také požadovanou vstupní studijní úroveň (NMC, 2006, s. 18-19).

Důležitou součástí programu je vzdělávání založené na praxi. Studentovi je umožněno pozorovat předepisování léčiv v praxi a trávit čas s lékařskými či nelékařskými předepisujícími. Určený lékařský praktik vystupuje jako lékařský dozor a posuzuje výkon studenta. Poskytuje podporu, dohled, pomoc a zajistí, aby bylo studentovi nabídnuto, co nejvíce příležitostí k učení v průběhu kurzu. Činnosti během praxe jsou rozmanité a vycházejí ze vzdělávacích potřeb studenta a klinických potřeb

různých skupin pacientů. Studenti se obvykle zaměřují na konzultace s pacienty, výběr léků pro jednotlivé pacienty, kontrolu a monitorování, zajištění bezpečnosti pacientů, dokumentaci a zvládnání rizik v oblasti léčiv (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 664-665). Kurzy jsou většinou multidisciplinární, to znamená, že je současně navštěvují různé zdravotnické profese. Mezioborové vzdělávání může podpořit porozumění a rozvoj týmových a profesionálních rolí. Znalosti jiných zdravotníků umožní učit se od sebe navzájem (Hemingway, Davies, 2006, s. 3). Programy, kde studuje jen jedna profese, umožní přizpůsobit vzdělávací program, např. sestry budou mít menší vzdělání v klinické farmakologii, než lékárníci, ale je pravděpodobné, že budou mít více zkušeností v posouzení pacientů (Stewart, MacLure, George, 2012, s. 663). Na druhou stranu vytvoření kurzu čistě zaměřeného na vzdělávání určitých profesí by mohlo bránit uznání role ostatních profesionálů a také by mohlo vést k roztržité péči o pacienta (Hemingway, Davies, 2006, s. 3).

Pro úspěšné dokončení vzdělávacího programu V100 musí studenti složit písemnou zkoušku. Dále musí vypracovat esej, která prokáže, jak pochopili etické a právní otázky, týmovou spolupráci, vedení záznamů, psaní předpisů a také jejich matematickou gramotnost. Studenti v rámci programu V300 musí úspěšně absolvovat řadu hodnocení a splnit studijní požadavky, aby dokázali, že dosahují požadovaných studijních výsledků. Sestry musí vypracovat portfolio, které ukáže aplikaci teorie v praxi, prokáže schopnost zdůvodnit jejich preskripční rozhodnutí a mělo by odrážet důkazy o početních dovednostech a preskripci v řadě různých situací. Dále musí složit objektivní strukturovanou klinickou zkoušku, což je systematická a podrobná praktická zkouška v simulovaném prostředí určeném pro vzdělávání nebo v příslušném zdravotnickém zařízení v oblasti praxe, kde pracuje žadatel o registraci. Dalším požadavkem je adekvátní dokončení praktické výuky, včetně prohlášení lékaře a zaměstnavatele, že je student kompetentní předepsat léky v rámci své oblasti praxe. Nakonec je potřeba splnit písemnou zkoušku složenou z 20 otázek k ověření farmakologických znalostí a jejich použití v praxi, ve které musí studenti dosáhnout hodnocení minimálně 80 % (NMC, 2006, s. 26-27).

Před rokem 2006 nemusely vzdělávací instituce posuzovat početní dovednosti sester. Ale jelikož preskripční role vyžaduje více početních úkonů provedených sestrou, má proto přesnost výpočtů mnohem větší význam než kdy jindy. Cílem je tak vyškolit sebejisté kompetentní sestry, které chápou matematické pojmy a získají

dostatek dovedností, za účelem provádění bezpečných lékových výpočtů. Výuka matematických dovedností by měla být součástí celoživotního vzdělávání sester a je třeba ji posílit v průběhu celé ošetrovatelské kariéry, jak na pracovišti, tak na vysokých školách (Axe, 2010, s. 285-286). Zkoušku početních dovedností studenti musí pro dokončení vzdělávacího programu splnit na 100 %. Program V300 by měl být dokončen během jednoho akademického roku (NMC, 2006, s. 15, 27).

Sestry mohou předepisovat pouze poté, co úspěšně dokončí program schválený NMC a jsou zaznamenány v jejím registru. Schválená vzdělávací instituce informuje NMC o úspěšném dokončení přípravného programu žadatelem o registraci. Poté je žadatel o registraci způsobilý k tomu, aby byl zaznamenán jako předepisující, v jedné nebo více kategoriích: komunitní praktická sestra (V100), komunitní sestra bez kvalifikace jako praktická specialistka (V150), nezávisle předepisující (V200) nebo nezávisle/doplňkově předepisující sestra (V300). Sestry, které v minulosti vystudovaly program V200 jsou vedeny k tomu, aby absolvovaly program V300 a v profesním rejstříku poté mají uveden záznam (V200/V300 - viz NMC, 2006, s. 11). Registrace nelékařských předepisujících je tedy uskutečněna poznámkou, která označuje typ jejich kvalifikace v příslušném profesním rejstříku (Walker, Bell, 2007, s. 10). Vstupní kódy V100, V150, V200 a V300 uvádí, ze kterého seznamu léčiv jsou sestry kvalifikované předepisovat. Po obdržení licence k preskripci mohou předepisovat pouze ze seznamů, které jsou dostupné pro dosaženou kvalifikaci a musí předepisovat v souladu s právními předpisy, které se vztahují k oblasti jejich praxe. Každý je odpovědný za své preskripční volby, za všechna svá jednání i opomenutí. Tuto odpovědnost nelze delegovat na jinou osobu (NMC, 2006, s. 12-29).

Rozsah, ve kterém sestry předepisují je ovlivněn mnoha faktory, včetně zaměstnavatele, úrovně zkušeností, existencí vládního řízení a podpory pro novou roli sester. Podpora studentů ze strany zdravotnických organizací před, během a také po absolvování kurzů je zásadní. Zejména pokud mají sestry poskytnout pacientům kvalitní péči a zajistit přínos pro zdravotnická zařízení (Courtenay, Carey, Stenner, 2012, s. 11).

V dalších zemích, které mají zavedenou NP, je rovněž po sestřích požadováno, aby absolvovaly preskripční kurz, než budou moci začít předepisovat. Obsah vzdělávacích programů je v ostatních zemích podobný jako v UK. Velký důraz je kladen na praktickou část výuky, kde se však vyskytuje jeden rozdíl, zatímco v UK

musí v průběhu praktické výuky na studenta dohlížet lékař, v jiných zemích tuto pozici zastávají ošetrovatelští pedagogové a předepisující sestry. Ve Švédsku je preskripční školení součástí Programu primární péče pro sestry specialistky, který podstoupí všechny obvodní sestry. Naproti tomu ve Finsku jsou kurzy vyčleněny z učebních osnov ošetrovatelského programu a poskytovány sestrám, které již úspěšně absolvovaly bakalářské studium (Kroezen et al., 2012, s. 1008, 1009). V Nizozemsku je naplánováno, že se nezávislé předepisování pro sestry specialistky stane povinnou součástí magisterského programu. Stejně tomu tak je i na Novém Zélandu, kde jsou kurzy nabízeny buď v rámci magisterského studijního programu, anebo jako samostatné postgraduální studium pro sestry, které již dokončily studium na magisterské úrovni. V rámci požadované úrovně vzdělání, která je nutná pro absolvování školení, jsou také rozdíly napříč jednotlivými zeměmi. Austrálie, Kanada, Nový Zéland, Nizozemsko a USA vyžadují dokončení magisterského stupně vzdělání. Naproti tomu irské sestry mohou podstoupit školení na úrovni 8 v irském vzdělávacím systému, která je srovnatelná s bakalářským stupněm vzdělání (Kroezen et al., 2011, s. 10).

Způsob hrazení nákladů na vzdělání sester se v rámci jednotlivých zemí také liší. V některých amerických státech si sestry veškeré náklady hradí samy. Naopak v Irsku jsou tyto výlohy financovány vládou a ve Finsku se na hrazení nákladů podílí vláda a zaměstnavatelé sester (Kroezen et al., 2012, s. 1009). Na druhou stranu kritéria pro zapsání se do kurzu jsou relativně podobná ve všech zemích. Jedním z nejdůležitějších požadavků na studenty kurzů je dostatek klinických zkušeností. Minimální počet let klinické praxe se liší. Například na Novém Zélandu musí mít sestry 4 roky zkušeností a v Austrálii dokonce 5 let praxe ve svém oboru (Kroezen et al., 2011, s. 10).

4 VÝHODY NELÉKAŘSKÉ PRESKRIPCE

Jedním z významných ukazatelů kvality poskytované péče je včasný přístup pacientů k lékům. Má vliv nejen na zdraví veřejnosti, ale také na zdravotnické služby (Bhanbhro et al., 2011, s. 8). Proto bylo vládním záměrem při zahájení NP především zlepšit péči o pacienty, aniž by byla ohrožena jejich bezpečnost, usnadnit jim přístup k lékům, zajistit možnost výběru přístupu k lékům, zdokonalit využití dovedností zdravotnických pracovníků a přispět k zavedení flexibilnějšího zdravotnického týmu (Latter et al., 2007, s. 415). Britská vláda stanovila cíle, které naznačily že jsou pacienti vnímáni jako střed, ke kterému jsou směřovány veškeré výhody sesterské preskripce (Cooper et al., 2008, s. 249).

Pro pacienty to znamená především lepší přístup ke zdravotnickým službám, což zahrnuje zkrácení čekací doby na ošetření, konzultaci a získání léčiv. Sestra dovede předepsat účinné léky včas, aniž by se pacient musel setkat s lékařem. Předejde se tím časové prodlevě v poskytnutí zdravotní péče a pacient se tak může vyhnout zbytečné hospitalizaci (Fittock, 2010, s. 7, 15). Bradley poukazuje na skutečnost, že nelékařská preskripce poskytuje pacientům možnost zvolit si, který zdravotnický profesionál jim má léky předepsat (Bradley, Nolan, 2007, s. 125). Zároveň se také se zvýšením počtu profesionálů, kteří mohou předepsat léky, zvýší i počet a flexibilita konzultací, což vede ke zlepšení přístupu ke zdravotním službám. Courtenayová se ve své studii zaměřila na názor pacientů, kteří uvedli, že rychlý přístup ke službám je pro ně uklidňující a vítaný především v případě akutního vzplanutí jejich onemocnění (Courtenay et al., 2011, s. 398). Pacienti v Lukerově studii ocenili sestry především proto, že velice dobře znají zdravotní stav i samotného pacienta a zároveň jim poskytují kvalitní informace, kontinuální péči a hlavně pocit jistoty (Cooper et al., 2008, s. 249). To vše umožní pacientům lépe pochopit jejich zdravotní stav, léčbu a důležité aspekty sebez péče (Bhanbhro et al., 2011, s. 8). Pacientova spokojenost může také pramenit ze stylu vedení konzultací sestrou. Sestry věnují pacientům více času, umožní jim klást otázky a poskytují jim odborné znalosti o lécích, rizicích, nežádoucích účincích a přínosech léčby. Celkově jsou sestry považovány za vlídnější a přístupnější než lékaři (Banning, 2004, s. 423). Sestry jsou pozornější, mají větší porozumění a umí dobře naslouchat. Pacienti vnímají, že během konzultací nemusí

tolik spěchat, což u nich vyvolá větší pocit pohody. Výměna informací mezi pacientem a sestrou a zapojení pacienta do rozhodování o léčbě zajistí, že léčebné plány jsou "šité na míru" jejich potřebám a motivují pacienty k tomu, aby dodržovali léčbu (Courtenay et al., 2011, s. 396, 399). Jorm přišel s myšlenkou, že pacienti dodržují léčebný režim, pokud respektují osobu, která jim léky předepisuje, cítí se být chápáni a jsou jim poskytnuty dostatečné informace a prostor pro konzultaci (Lewis-Evans, Jester, 2004, s. 803).

Také sestřím předepisování pomáhá překonat překážky v systému zdravotní péče, které vzniknou v souvislosti s opožděným přístupem pacienta k lékům. Sestry preskripci vnímají jako vhodný doplněk mnoha aspektů ošetrovatelství a možnost spojit dosud rozptýlené stránky ošetrovatelské role. To jim umožní, aby přijaly více holistický přístup k péči o pacienta (Bradley, Nolan, 2007, s. 120). Sestry získávají uspokojení z nové role prostřednictvím zvýšené autonomie, další příležitosti pro vzdělávání a profesní růst a také podpory ze strany multidisciplinárního týmu. Zvýšení autonomie pramení ze schopnosti sester převzít odpovědnost za svá rozhodnutí. Preskripce totiž zvyšuje sebedůvěru sester v samostatné rozhodování (Lewis-Evans, Jester, 2004, s. 801).

Zpočátku se objevily obavy, že sesterská preskripce zvýší počet vydaných receptů. Tyto obavy ovšem byly vyvráceny a zjistilo se, že sestra vydává méně receptů na pacienta než lékař. To může být výsledkem většího důrazu na vzdělávání sester v oblasti výchovy ke zdraví a prevence. Sestry také věnují větší pozornost diskuzi o obtížích pacienta. Přestože mnozí lékaři poskytují pacientům poradenství ohledně životního stylu, sestry mohou být schopné snáze identifikovat překážky, které brání začlenění těchto doporučení do života pacientů, protože jejich holistický přístup k péči o pacienta umožňuje posoudit sociální kontext pacientova života (Bradley, Nolan, 2007, s. 121).

Nová role pro sestry rovněž může znamenat výzvu, aby věnovaly větší pozornost lékům, přečetly si o nich více informací a kladly větší důraz na to, jaký vliv budou mít na jejich pacienty (Bradley, Nolan, 2007, s. 124). Sestry ve studii Lewis-Evansové uvedly, že největší uspokojení jim přinesla skutečnost, že nemusí čekat na to, až lékař potřebné léky předepíše a mohou tak pacientův problém vyřešit samy. Ze zkušeností sester vyplývá, že v některých oblastech péče jsou schopny předepsat vhodnější léčbu než lékaři, a to zejména v oblasti hojení ran. Může to souviset se schopností sester

provést důkladné a přesné holistické posouzení, z důvodu jejich vysoké úrovně komunikačních dovedností (Lewis-Evans, Jester, 2004, s. 800). Preskripce léčiv sestrami je znamením pokroku v ošetrovatelství a může ve skutečnosti legitimizovat roli, kterou sestry již často zastávaly. Sestry stále považují ošetrovatelskou péči za jejich hlavní úkol a preskripci shledávají jako způsob, jak spojit péči a léčení (Bradley, Nolan, 2007, s. 124).

Některé výhody sesterské preskripce se vztahují také k lékařské profesi. Lze předpokládat, že lékařům převážně poskytne snížení jejich zátěže, což jim umožní věnovat se pacientům s vážnějším onemocněním a složitější léčbou. Na druhou stranu zavedení nelékařské preskripce může znamenat další výzvu pro lékaře a také zásah do jejich pravomocí (Cooper et al., 2008, s. 247-248). Baird došel k závěru, že sesterská preskripce vede ke změně lékařských rolí a rovnováhy sil v ošetrovatelském týmu. Preskripce léčiv sestrami tak může vyústit ve zmatek nebo prohloubit zastření hranic mezi zdravotnickými profesemi. Lékaři zároveň uvedli, že se cítí méně kvalifikovaní a ohrožení sestrami (Banning, 2004, s. 425). Z výsledků dalších výzkumů vyplývá, že někteří lékaři se k sesterské preskripci staví naopak pozitivně. Jsou to zejména ti, kteří se podílejí na výuce sester a zastávají tedy pozici jejich mentora (Cooper et al., 2008, s. 248). Courtenayová ve své studii dodává, že důvěra lékařů ve výhody sesterské preskripce roste s dobou, během které lékaři pracují po boku sestry (Courtenay, Carey, 2009, s. 2672).

Zavedení NP má v rámci multidisciplinárního zdravotnického týmu potenciál pro zlepšení vztahů mezi jeho členy a může poskytnout další příležitosti pro spolupráci mezi lékaři a nelékařskými zdravotníky. K tomu je však důležité, aby členové týmu byli dostatečně vzdělaní o NP a bylo tak zabráněno nedorozumění v souvislosti s novou rolí sester. Jeden z hlavních způsobů, jak lze pomoci týmu, pramení z toho, že jsou sestry více vzdělané v oblasti léčivých přípravků, a tudíž jsou schopny mluvit se členy týmu o preskripčních rozhodnutích a mohou svým kolegům poskytnout radu (Bradley, Nolan, 2007, s. 125, 127).

Dalším důležitým vládním cílem bylo zajistit nákladově efektivní preskripci. Výsledky se v rámci jednotlivých studií, jejichž autoři se snažili odhalit splnění tohoto cíle, výrazně liší. Respondenti ve studii Lewis-Evansové uváděli, že sestra je schopna předepsat náležitou léčbu rychleji a také předepsat menší množství léků a pomůcek, protože neustále hodnotí a posuzuje léčbu pacienta. To zabrání tomu, že pacient doma

hromadí nevhodné obvazy a léky, čímž se sníží plýtvání (Lewis-Evans, Jester, 2004, s. 800). Na druhou stranu je nutné zdůraznit fakt, že ne vždy musí být NP levnější variantou. Sestra obvykle tráví více času u jednotlivých pacientů a nemusí být schopna projednat stejný počet případů jako lékaři. Se zvyšováním kompetence a odpovědnosti sester se také může vyrojít nespokojenost s finančním ohodnocením jejich nové role a sestry tak mohou požadovat přezkoumání jejich platu (Walker, Bell, 2007, s. 12, 23). Výhody předpovězené vládou byly splněny a pacienti jsou přesvědčeni, že sestry svou novou roli přijaly a začlenily mezi původní ošetrovatelské role (Courtenay, 2011, s. 29). Avšak není-li přítomen organizační tým, podpora pro preskripci léčiv sestrami a řádné pochopení potenciálu nové sesterské role, budou příležitosti pro zlepšení zdravotnických služeb ztraceny (Bradley, Nolan, 2007, s. 126).

5 NEVÝHODY A PŘEKÁŽKY BRÁNÍCÍ ZAVEDENÍ NELÉKAŘSKÉ PRESKRIPCE

Vše má své výhody a nevýhody a sesterská preskripce rozhodně není žádnou výjimkou. Negativní aspekty vyplývající z NP jsou zejména duplikace záznamů, nadměrná administrativa a nedostatečná podpora vzdělávání sester. Dříve než došlo k rozšíření kompetence sester předepisovat léky ze stejného seznamu léčiv jako lékaři, byla omezená možnost volby v předepisování zmíněna jako překážka zejména tam, kde sestry nebyly schopny předepsat léky pro určité zdravotní stavy (Lewis-Evans, Jester 2004, s. 796-801).

Ovšem i dnes je preskripční činnost sester omezena. Toho je dosaženo pomocí formálních či neformálních opatření, která jsou stanovena v rámci zdravotnických zařízení. V oblastech sekundární péče jsou hranice předepisování definovány omezenými seznamy léčiv, které jsou specifické pro oblast klinické praxe sester. Obecně v sekundární péči je činnost sester omezenější ve srovnání s jejich protějšky v primární péči. Tam sestry většinou mají možnost samy si vymezit své hranice a mnohé z nich se rozhodnou pro vlastní omezení preskripční aktivity vzhledem ke skupinám pacientů nebo klinickým stavům (Bowskill, Timmons, James, 2012, s. 5, 6). Toto jsou nejčastější příčiny odmítání či neschopnosti sester předepisovat léčivé přípravky.

Od preskripce léčiv sestry nejvíce odradila právě zvýšená administrativní zátěž. Sestry jsou si vědomy, že potřeba přesné dokumentace v ošetrovatelství je důležitá, zejména ve stále více se soudící společnosti. Nicméně vytváření předpisu sestrou je doprovázeno administrativou, která je pracným, časově náročným a často zbytečným úkolem pro sestru. Někdy proto může být pro sestru snazší získat předpis od lékaře (Lewis-Evans, Jester, 2004, s. 804).

Z britské národní studie zabývající se doplňkovým a nezávislým předepisováním vyplývá, že největší problémy při zahájení NP, byly způsobeny špatnou organizací v zařízení, kde sestry působily. V rámci nezávislé preskripce sestry musely například čekat, až jim budou poskytnuty bloky k předepisování, rozpočet a nebyly schopné generovat předpisy na počítači. V některých případech se sestry zdráhají předepisovat, jelikož vnímají své nedostatky klinických zkušeností, podpory spolupracovníků

a námitky lékařů a lékárníků. Vyskytuje se také mnoho faktorů, které narušují uvedení doplňkového předepisování. Ve studii Courtenayové sestry často citovaly špatný výběr či dostupnost nezávisle předepisujícího (všeobecný nebo zubní lékař), který je potřebný pro vytvoření klinického plánu péče. Sestry uvedly, že bylo obtížné přimět lékaře, aby s nimi vytvořil klinický plán péče, bez kterého nemohou zahájit doplňkovou preskripci. Avšak i samotné vypracování klinického plánu péče, bylo považováno za překážku - obzvláště v souvislosti s časem potřebným k jeho vytvoření a nebo špatným přístupem k pacientovým záznamům (Courtenay, Carey, 2008, s. 295, 298).

Aronson uvádí, že rychlost s jakou se NP vyvíjí, může představovat nebezpečí pro pacienty, jelikož není jasné, zda jsou sestry řádně proškolené v základech klinické farmakologie, která je podstatou farmakoterapie. I přes oficiální zavedení kurzů pro sestry není jisté, zda budou mít dostatečné znalosti v klinické farmakologii, včetně farmakokinetiky, farmakodynamiky, lékových interakcí, nežádoucích účinků, farmakoekonomiky a farmakoepidemiologie (Aronson, 2003, s. 586). K těmto obavám výrazně přispěl i fakt, že sestry mohou nezávisle předepisovat léky, které dříve měly možnost předepsat pouze v rámci doplňkového předepisování. Nezávislé předepisování vyvolává také obavy, zda dovedou stanovit správnou diagnózu a získat dostatek znalostí o patofyziologii onemocnění, které jsou jeho základem (Bowskill, Timmons, James, 2012, s. 7). Je proto pravděpodobné, že sestry budou dělat při předepisování přinejmenším tolik chyb jako lékaři, nebo dokonce více chyb při jejich nedostatečném vzdělání (Aronson, 2003, s. 586).

Je nutné předpokládat, že sestra, která se kvalifikuje jako předepisující, nemůže vykonávat práci na stejné úrovni kompetence jako lékaři. Lékaři jsou speciálně vyškolení v diagnostice onemocnění prostřednictvím odebírání anamnézy a fyzikálního vyšetření klinických příznaků a pátrání po příčinách, aby stanovili diagnózu. Naproti tomu sestry své znalosti většinou získávají na základě praktických zkušeností (Walker, Bell, 2007, s. 12). Ve své studii Baird uvádí, že sestry mohou mít počáteční obavy z vypisování předpisů. Zejména v souvislosti se správným vytvořením předpisu, s odpovědností za hodnocení pacienta a se stanovením správné diagnózy, což dříve vykonávali právě lékaři (Latter, Courtenay, 2003, s. 29). Proto některé sestry mohou cítit jistotu pouze, když předepisují v rámci doplňkové

preskripce. Pomocí tohoto typu preskripce si mohou vybudovat sebedůvěru a získávat znalosti (NMC, 2006, s. 54).

Otway ve své studii dospěl k závěru, že pro účinnou integraci NP v rámci zdravotnického systému, je nezbytná důvěra mezi sestrou a dalšími zdravotnickými pracovníky a mezi sestrou a zaměstnavatelem (Stenner, Carey, Courtenay, 2009, s. 852). Bowskill k tomu dodává, že sestry jsou si vědomy toho, že předepisování představuje riziko, jak pro pacienty, tak pro ně samotné z osobního i profesionálního hlediska. Pokud sestra nezíská potřebnou důvěru svých kolegů a zaměstnavatelů, dojde k závěru, že riziko převáží přínos pro pacienty a není ochotná přijmout za předepisování odpovědnost. Základem pro budování důvěry a rozvíjení profesionálního vztahu mezi členy zdravotnických týmů, je správná definice nové role sester a vymezení hranic ošetrovatelské práce (Bowskill, Timmons, James, 2012, s. 1-7).

Předepisující lékaři, kteří mohou být přímo ovlivnění zavedením NP, by měli být zahrnuti do diskuze o novém způsobu preskripce léčiv již od začátku. Je nutné vysvětlit jim, že bude potřeba poskytnout klinickou supervizi pro sestry a ujistit je o úloze předepisujících sester a vysvětlit, že nejsou zodpovědní za předepisování sester (Walker, Bell, 2007, s. 23). U některých lékařů však pocit ohrožení lékařských rolí způsobuje, že zasahují do sesterské autonomie. Boj o nadvládu a kontrolu mezi členy zdravotnického týmu může být kontraproduktivní a vést k maření spolupráce, která je jedním ze základních cílů nelékařské preskripce (Fisher, 2010, s. 584).

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo předložit poznatky o preskripci léčiv všeobecnými sestrami. Většina publikovaných poznatků se vztahuje k sesterské preskripci v UK, protože právě zde došlo k jejímu největšímu rozvoji. Zákony, vztahující se k sesterské preskripci léčiv v UK, byly mnohokrát novelizovány, a tak sestry mají od roku 2012 stejnou preskripční pravomoc jako lékaři (Bowskill, Timmons, James, 2012, s. 5; RCN, 2012, s. 1).

Prvním cílem bakalářské práce bylo předložit informace o NP a jejím členění. Autoři se shodují, že NP byla zavedena za účelem zlepšení přístupu k lékům a zároveň zlepšení zdravotních služeb (Bowskill, Timmons, James, 2012, s. 2; Bhanbhro et al., 2011, s. 3; Courtenay, Carey, Stenner, 2012, s. 2; Kroezen et al., 2011, s. 8; Latter et al., 2007, s. 415). Názory na její zavedení jsou různé. Nolan tvrdí, že sestry již dávno předepisují léky a tohle je pouze způsob, jak jejich činnost formalizovat. Naproti tomu Campbell zdůrazňuje, že nová role odvádí pozornost sester od péče o pacienta (Bradley, Campbell, Nolan, 2005, s. 441). Nejen v UK, ale také v dalších zemích s NP, je platné rozdělení na nezávislou a doplňkovou preskripci. Hlavní rozdíl mezi oběma typy preskripce lze nalézt v tom, který zdravotnický pracovník je zodpovědný za počáteční posouzení a diagnostiku pacienta. Dále také v tom, zda je před zahájením preskripce zapotřebí formální dohody mezi lékařem, sestrou a pacientem (Aronson, 2003, s. 585-586; Kwentoh, Reilly, 2009, s. 4; RCN, 2012, s. 1; Stenner, Carey, Courtenay, 2010, s. 523; Stewart, MacLure, George, 2012, s. 663; Walker, Bell, 2007, s. 9-15). První cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o vývoji a současném stavu NP v UK a dalších zemích. Z dohledaných poznatků vyplývá, že za posledních 20 let došlo nejen k nárůstu počtu zemí se zavedenou NP, ale zejména v UK byla preskripční pravomoc svěřena do rukou stále většímu počtu nelékařských profesí (Aronson, 2003, s. 585; Cooper et al., 2008, s. 245-246; Kroezen et al., 2012, s. 1002; Stewart, MacLure, George, 2012, s. 663). Mnoho faktorů má vliv na zavedení NP. Především je to však nedostatek lékařů a vládní tlak na snižování nákladů na zdravotnictví (Miles, Seitio, McGilvray, 2006, s. 291-292). Nová sesterská role se liší nejen mezi jednotlivými zeměmi, ale také v rámci některých zemí (Bhanbhro et al.,

2011, s. 2; Kroezen et al., 2011, s. 1-8; Miles, Seitio, McGilvray, 2006, s. 291). V některých zemích byla NP zavedena již dříve, ale nedostatečná podpora a odpor ze strany lékařů vedl k tomu, že její vývoj v těchto zemích stagnuje (Kroezen et al., 2011, s. 12). Také druhý cíl bakalářské práce byl splněn.

Třetím cílem bakalářské práce bylo předložit informace o požadavcích na vzdělání v oblasti NP. Autoři uvádí, že někteří lékaři, ale i sestry vyjádřili obavy týkající se dostatečného vzdělávání sester k tomu, aby přijaly novou roli (Aronson, 2003, s. 586; Bradley, Nolan, 2007, s. 121; Gumber, Khoosal, Gajebasia, 2011, s. 475; Latter, Courtenay, 2003, s. 26-29). Je nutné klást velký důraz na vzdělávání sester a to zejména v oblasti diagnostiky, obecné farmakologie a farmakoterapie (Banning, 2004, s. 422-425). V UK existují vzdělávací programy V100 a V150 určené komunitním sestrám a program V300, po jehož dokončení sestry mohou předepisovat, jak nezávisle, tak i doplňkově. Studijní plány programů jsou stejné, avšak jejich obsah se liší ve vztahu k seznamu léčiv, ze kterého mohou sestry předepisovat (Hogg, 2010, s. 3 NMC, 2006, s. 17-53; Stewart, MacLure, George, 2012, s. 664; Walker, Bell, 2007, s. 14). V ostatních zemích sestry také musí absolvovat preskripční kurz. Avšak liší se požadavky na úroveň vzdělání a klinické zkušenosti sester a také způsob hrazení kurzů (Kroezen et al., 2012, s. 1008, 1009). Navzdory relativně mírným požadavkům na vzdělání a praxi sester, které chtějí v UK předepisovat, mají tyto sestry mnohem větší kompetence než sestry v jiných zemích (Kroezen et al., 2011, s. 10; NMC, 2006, s. 8-9). I třetí cíl práce byl splněn.

Čtvrtým cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o výhodách NP. Sesterská preskripce přináší značné výhody zejména pacientům, a to v souvislosti se zkrácením čekací doby na ošetření, konzultaci a získáním léčiv (Bradley, Nolan, 2007, s. 121; Cooper et al., 2008, s. 249; Fittock, 2010, s. 7, 15; Walker, Bell, 2007, s. 5,11). Sestry jsou rovněž vnímány jako vlídnější, mají větší porozumění a poskytují podrobnější informace o léčivech než lékaři (Banning, 2004, s. 423; Bhanbhro et al., 2011, s. 4-7; Cooper et al., 2008, s. 249; Courtenay et al., 2011, s. 396-400). Sestry vnímají výhodu preskripce především v úspoře času svého i lékařů a zároveň v poskytnutí celostní péče pacientům (Bradley, Nolan, 2007, s. 120; Cooper et al., 2008, s. 247; Lewis-Evans, Jester, 2004, s. 800). Dále pro ně představuje pokrok v ošetřovatelské roli a také zvýšení morálky mezi pracovníky (Bradley, Campbell, Nolan, 2005, s. 446). Všechny tyto výhody a také touha po dalším profesním rozvoji

a autonomii vede k tomu, že sestry chtějí získat preskripční pravomoc. Lepší komunikace o léčivých přípravcích a preskripčních volbách v rámci zdravotnického týmu vede ke zlepšení vztahů mezi jeho členy (Bradley, Nolan, 2007, s. 121-126; Courtenay, 2011, s. 29; Lewis-Evans, Jester, 2004, s. 801). Pacienti vnímají sesterskou preskripci pozitivně a jsou přesvědčení, že sestry svou novou roli začlenily mezi původní ošetrovatelské role (Banning, 2004, s. 423; Bradley, Nolan, 2007, s. 121; Courtenay, 2011, s. 29; Latter, Courtenay, 2003, s. 26). Čtvrtý cíl bakalářské práce byl rovněž splněn.

Pátým cílem bakalářské práce bylo předložit poznatky o nevýhodách a překážkách bránících zavedení NP. Sestry vnímaly jako největší nevýhodu nadměrnou administrativu a duplikaci záznamů, která pro ně byla časově náročná (Lewis-Evans, Jester, 2004, s. 801-804; Scrafton, McKinnon, Kane, 2012, s. 2045). Dále sestry neměly přístup k rozpočtu, preskripčním blokům a v rámci doplňkové preskripce byl obtížný přístup k lékaři, s nímž sestry musely sestavit klinický plán péče (Bowskill, Timmons, James, 2012, s. 2; Courtenay, Carey, 2008, s. 293-295). Někteří autoři uvádí, že sestry nejsou speciálně vyškolené jako lékaři. Proto nejsou schopny vykonávat některé aspekty preskripce na stejné úrovni jako lékaři (Walker, Bell, 2007, s. 12; Cooper et al., 2008, s. 250). Důvěra v předepisování léčiv roste s délkou praxe a je nutno si uvědomit, že NP není role pro všechny sestry. Provést preskripční rozhodnutí vyžaduje dostatek pokročilých klinických dovedností a zkušeností (Scrafton, McKinnon, Kane, s. 2050). Pátý cíl bakalářské práce byl tedy splněn.

Zahrnout do ošetrovatelské role léčebnou funkci, jako je preskripce léčiv, lze chápat jako pokus posunout se v rámci ošetrovatelství od image služby směrem k obrazu nezávislého odborníka (Bradley, Nolan, 2007, s. 122). Navzdory tomu, že se NP liší po celém světě, publikované poznatky mohou být předmětem zájmu nejen politiků, ale i pedagogů a zdravotnických profesionálů působících v této oblasti praxe a mohou tak pomoci ostatním zemím při zavádění NP (Courtenay, Carey, 2008, s. 299).

K tématu NP nebyly nalezeny téměř žádné relevantní publikované poznatky v českém jazyce, a tak se česká laická ani odborná veřejnost nemá možnost s tímto tématem příliš seznámit. Bližší průzkum NP by mohl vyvolat v České republice zájem o novou roli pro nelékařské zdravotníky, která by mohla být přínosem pro české ošetrovatelství.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. ARONSON, J. K. 2003. Nurse prescribers and reporters. *British Journal of Clinical Pharmacology* [online]. 2003, vol. 56, no. 6, pp. 585-587. [cit. 18. 10. 2013]. ISSN 1365-2125. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1884298/pdf/bcp0056-0585.pdf>.
2. ARONSON, J. K. 2006. A prescription for better prescribing. *British Journal of Clinical Pharmacology* [online]. 2006, vol. 61, no. 5, pp. 487-491. [cit. 16. 11. 2013]. ISSN 1365-2125. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885053/pdf/bcp0061-0487.pdf>.
3. AXE, S. 2010. Numeracy and nurse prescribing: Do the standards achieve their aim? *Nurse Education in Practice* [online]. 2010, vol. 11, no. 5, pp. 285-287. [cit. 6. 10. 2013]. ISSN 1471-5953. Dostupné z: [http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(10\)00155-1/pdf](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(10)00155-1/pdf).
4. BANNING, M. 2004. Nurse prescribing, nurse education and related research in the United Kingdom: a review of the literature. *Nurse Education Today* [online]. 2004, vol. 24, no. 6, pp. 420-427. [cit. 6. 10. 2013]. ISSN 0260-6917. Dostupné z: [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S02606917\(04\)00061-9/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S02606917(04)00061-9/pdf).
5. BHANBHRO, S., DRENAN, V., GRANT, R., HARRIS, R. 2011. Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC Health Services Research* [online]. 2011, vol. 11, no. 330, pp. 1-10. [cit. 23. 11. 2013]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-330.pdf>.

6. BORTHWICK, A. M., SHORT, A. J., NANCARROW, S. A., BOYCE, R. 2010. Non-medical prescribing in Australasia and the UK: the case of podiatry. *Journal of Foot and Ankle Research* [online]. 2010, vol. 3, no. 1, pp. 1-10. [cit. 28. 10. 2013]. ISSN 1757-1146. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821370/pdf/1757-1146-3-1.pdf>.
7. BOWSKILL, D., TIMMONS, S., JAMES, V. 2012. How do nurse prescribers integrate prescribing in practice: case studies in primary and secondary care. *Journal of clinical Nursing* [online]. 2012, vol. 22, no. 13-14, pp. 2077-2086. [cit. 23. 11. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04338.x/pdf>.
8. BRADLEY, E., CAMPBELL, P., NOLAN P. 2005. Nurse prescribers: who are they and how do they perceive their role? *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2005, vol. 51, no. 5, pp. 439-448. [cit. 20. 4. 2013]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04512.x/pdf>.
9. BRADLEY, E., NOLAN, P. 2007. Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2007, vol. 59, no. 2, pp. 120-128. [cit. 23. 11. 2013]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04295.x/pdf>.
10. BRAY, K., DAWSON, D., GIBSON, V., HOWELLS, H., COOPER, H., MCCORMICK, J., PLOWRIGHT, C. 2009. British Association of Critical Care Nurses position statement on prescribing in critical care. *Nursing in Critical Care* [online]. 2009, vol. 14, no. 5, pp. 224-234. [cit. 7. 12. 2013]. ISSN 1478-5153. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2009.00343.x/pdf>.

11. COOPER, R. J., GUILLAUME, L., AVERY, T., ANDERSON, C., BISSELL, P., HUTCHINSON, A., LYMN, A., MURPHY, E., WARD, P., RATCLIFFE, J. 2008. Non-medical prescribing in the United Kingdom: developments and stakeholder interests. *The Journal of Ambulatory Care Management* [online]. 2008, vol. 31, no. 3, pp. 244-252. [cit. 27. 9. 2013]. ISSN 1550-3267. Dostupné z: https://www.academia.edu/676096/Nonmedical_prescribing_in_the_United_Kingdom_developments_and_stakeholder_interests.
12. COURTENAY, M. 2011. Non-medical prescribing: the future. *Primary Health Care* [online]. 2011, vol. 21, no. 2, pp. 29-29. [cit. 27. 9. 2013]. ISSN 0264-5033. Dostupné z: <http://rcnpublishing.com/doi/pdfplus/10.7748/phc2011.03.21.2.29.c8362>.
13. COURTENAY, M., CAREY, N. 2008. Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2008, vol. 61, no. 3, pp. 291-299. [cit. 6. 10. 2013]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04512.x/pdf>.
14. COURTENAY, M., CAREY, N. 2009. Nurse prescribing by children's nurses: views of doctor and clinical leads in one specialist children's hospital. *Journal of clinical Nursing* [online]. 2009, vol. 18, no. 18, pp. 2668-2675. [cit. 7. 12. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02799.x/pdf>.
15. COURTENAY, M., CAREY, N., STENNER, K. 2012. An overview of non medical prescribing across one strategic health authority: a questionnaire survey. *BMC Health Services Research* [online]. 2012, vol. 12, no. 138, pp. 1-13. [cit. 6. 10. 2013]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-138.pdf>.

16. COURTENAY, M., CAREY, N., STENNER, K., LAWTON, S., PETERS, J. 2011. Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *British Journal of Dermatology* [online]. 2011, vol. 164, no. 2, pp. 396-401. [cit. 18. 10. 2013]. ISSN 1365-2133. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2010.10119.x/pdf>.
17. FISHER, R. 2010. Nurse prescribing: A vehicle for improved collaboration, or a stumbling block to inter-professional working. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2010, vol. 16, no. 6, pp. 579-585. [cit. 9. 11. 2013]. ISSN 1440-172X. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440172X.2010.01884.x/pdf>.
18. FITTOCK, A. *Non-medical prescribing by nurses, optometrists, pharmacists, physiotherapists, podiatrists and radiographers: A quick guide for commissioners* [online]. Liverpool: National Prescribing Centre, March 2010 [cit. 18. 9. 2013]. Dostupné z: http://www.npc.nhs.uk/non_medical/resources/NMP_QuickGuide.pdf.
19. GUMBER, R., KHOOSAL, D., GAJEBASIA, N. 2011. Non-medical prescribing: audit, practice and views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2011, vol. 19, no. 6, pp. 475-481. [cit. 9. 11. 2013]. ISSN 1365-2850. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652850.2011.01779.x/pdf>.
20. HEMINGWAY, S., DAVIES, J. 2006. Non-medical prescribing education provision: How do we meet the needs of the diverse nursing specialism? *Nurse prescriber* [online]. 2006, vol. 2, no. 4, pp. 1-5. [cit. 27. 9. 2013]. ISSN 1467-1158. Dostupné z: <http://www.nurse-prescriber.co.uk/Articles/NPR-509-FO.pdf>.
21. HOGG, D. *Guide to Non-Medical prescribing* [online]. East Lancashire: National Health Service, November 2010 [cit. 15. 1. 2014]. Dostupné z: <http://www.elmmb.nhs.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=43240&type=Full&servicetype=Attachment>.

22. JONES, M. 2004. Case report. Nurse prescribing: a case study in policy influence. *Journal of Nursing Management* [online]. 2004, vol. 12, no. 4, pp. 266-272. [cit. 20. 4. 2013]. ISSN 1365-2834. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2004.00480.x/pdf>.
23. KROEZEN, M., van DIJK, L., GROENEWEGEN, P. P., FRANCKE, A. L. 2011. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research* [online]. 2011, vol. 11, no. 127, pp. 1-17. [cit. 18. 10. 2013]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-127.pdf>.
24. KROEZEN, M., FRANCKE, A., GROENEWEGEN, P., DIJK, L. 2012. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2012, vol. 49, no. 8, pp. 1002-1012. [cit. 18. 10. 2013]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00047-8/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00047-8/pdf).
25. KWENTOH, M. L., REILLY, J. 2009. Non-medical prescribing: the story so far. *Psychiatric Bulletin* [online]. 2009, vol. 33, no. 1, pp. 4-7. [cit. 9. 11. 2013]. ISSN 2053-4876. Dostupné z: <http://pb.rcpsych.org/content/33/1/4.full.pdf+html>.
26. LATTE, S., COURTENAY, M. 2003. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2003, vol. 13, no. 1, pp. 26-32. [cit. 20. 4. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00839.x/pdf>.
27. LATTE, S., MABEN, J., MYALL, M., YOUNG, A. 2007. Evaluating the clinical appropriateness of nurses' prescribing practice: method development and findings from an expert panel analysis. *Quality and Safety in Health Care*. 2007, vol. 16, no. 6, pp. 415-421. [cit. 28. 10. 2013]. ISSN 2044-5423. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653174/pdf/415.pdf>.

28. LEWIS-EVANS, A., JESTER, R. 2004. Nurse prescribers' experiences of prescribing. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2004, vol. 13, no. 7, pp. 796-805. [cit. 16. 11. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.00993.x/pdf>.
29. MILES, K., SEITIO, O., MCGILVRAY, M. 2006. Nurse prescribing in low-resource settings: professional consideration. *International Nursing Review* [online]. 2006, vol. 53, no. 4, pp. 290-296. [cit. 18. 10. 2013]. ISSN 1466-7657. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2006.00491.x/pdf>.
30. MUCKLOW, J., BOLLINGTON, L., MAXWELL, S. 2012. Assessing prescribing competence. *British Journal of Clinical Pharmacology* [online]. 2012, vol. 74, no. 4, pp. 632-639. [cit. 15. 11. 2013]. ISSN 1365-2125. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.13652125.2011.04151.x/asset/bcp4151.pdf?v=1&t=hsc1q36v&s=1719da3f6e94fe4a942b615f9a092cdca55c0d98>.
31. NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL. *Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers* [online]. London: Nursing and Midwifery Council, 2006 [cit. 18. 9. 2013]. Dostupné z: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcStandardsofProficiencyForNurseAndMidwifePrescribers.pdf>.
32. RING, M. 2006. Implementing nurse prescribing - the challenges. *Nurse Prescriber* [online]. 2006, vol. 1, no. 11, pp. 1-4. [cit. 23. 11. 2013]. ISSN 1467-1158. Dostupné z: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=442766&jid=NPR&volumeId=1&issueId=11&aid=442765>.
33. ROYAL COLLEGE OF NURSING. *RCN Fact Sheet: Nurse Prescribing in the UK* [online]. London: Royal College of Nursing, April 2012 [cit. 18. 9. 2013]. Dostupné z: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/443627/Nurse_Prescribing_in_the_UK__RCN_Factsheet.pdf.

34. SCRAFTON, J., MCKINNON, J., KANE, R. 2012. Exploring nurses' experiences of prescribing in secondary care: informing future education and practice. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2012, vol. 21, no. 13-14, pp. 2044-2053. [cit. 16. 11. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.13652702.2011.04050.x/asset/j.13652702.2011.04050.x.pdf?v=1&t=hsbvj45n&s=e832765a87c92ddb64eec44bbfa925143367c205>.
35. STENNER, K., CAREY, N., COURTENAY, M. 2009. Nurse prescribing in dermatology: doctors' and non-prescribing nurses' views. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, vol. 65, no. 4, pp. 851-859. [cit. 9. 11. 2013]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04944.x/pdf>.
36. STENNER, K., CAREY, N., COURTENAY, M. 2010. Implementing nurse prescribing: a case study in diabetes. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2010, vol. 66, no. 3, pp. 522-531. [cit. 9. 11. 2013]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05212.x/pdf>.
37. STEWART, D., MACLURE, K., GEORGE, J. 2012. Educating nonmedical prescribers. *British Journal of Clinical Pharmacology* [online]. 2012, vol. 74, no. 4, pp. 662-667. [cit. 23. 11. 2013]. ISSN 1365-2125. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1365-2125.2012.04204.x/asset/bcp4204.pdf?v=1&t=hsdneahl&s=0c2737552f33c5056279eae82a7fe72f4febde56>.
38. WALKER, M., BELL, M. *Non-medical prescribing, patient group directions, minor ailment schemes in the treatment of drug misusers* [online]. London: National Treatment Agency for Substance Misuse, December 2007 [cit. 23. 11. 2013]. Dostupné z: http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_non_medical_prescribing_1207.pdf.

SEZNAM ZKRATEK

NMC	Nursing and Midwifery Council, Rada ošetrovatelství a porodní asistence
NP	nelékařská preskripce
RCN	Royal College of Nursing, Královské kolegium ošetrovatelů
UK	United Kingdom, Spojené království Velké Británie a Severního Irska
USA	United States of America, Spojené státy americké

PŘÍLOHA

Typy sesterské preskripce v jednotlivých zemích

Země	Nezávislá preskripce	Doplňková preskripce
Austrálie	Ano	Ne
Irsko	Ano	Ne
Kanada	Ano	Ne
Nizozemsko*	Ano	Ano
Nový Zéland	Ano	Ne
Španělsko*	Ano	Ano
Švédsko	Ano	Ne
USA	Ano	Ano
VB	Ano	Ano

(* země, které jsou v procesu zavádění sesterské preskripce)

Zdroj: Kroezen et al., 2011, s. 9