

Markéta Wright

Angličtina

pro nelékařské zdravotnické obory



Markéta Wright

Angličtina

pro nelékařské zdravotnické obory

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Markéta Wright
ANGLIČTINA
pro nelékařské zdravotnické obory

Konzultantka pro českou část: PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.

Konzultant pro anglickou část: David Kenneth Wright, MSc

© Grada Publishing, a.s., 2023

Cover Photo © depositphotos.com, 2023

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 8919. publikaci

Odpovědná redaktorka Bc. Gabriela Glezgová

Sazba a zlom Josef Lutka

Počet stran 344

Praha 2023

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplyvají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-2033-3 (pdf)

ISBN 978-80-271-1229-6 (print)

OBSAH

1	Nursing in the UK	10
	Introduction	10
	Endless possibilities of nursing profession	12
	Basic differences between nursing profession in the Czech Republic and abroad	14
	How nursing is regulated in the UK	32
	Professional organisations and trade unions	36
	Where nurses work – National Health Service and the private sector	36
	High quality care and the nursing process	40
	The role of nurses	44
	Further reading	46
1	Ošetrovatelská péče ve Velké Británii	11
	Úvod	11
	Nekonečné možnosti povolání zdravotní sestry	13
	Základní rozdíly práce zdravotní sestry v České republice a zahraničí	15
	Jakým způsobem je regulována ošetrovatelská péče ve Velké Británii	33
	Profesní organizace a odbory	37
	Pracoviště zdravotních sester – státní zdravotnictví a soukromý sektor	37
	Vysoká kvalita péče a ošetrovatelský proces	41
	Role zdravotních sester	45
	Doporučená literatura	47
2	Registering as a nurse in the UK and career development	48
	Introduction	48
	Nursing programmes and obtaining registration	50
	Will your application be accepted?	54
	Adaptation programmes (supervised practice)	56
	Communication in english – international English language testing system (IELTS)	56
	Periodic registration and continuing professional development	58
	NMC registration changes for EU trained nurses after Brexit from 1 st January 2021	62
	Developing your career	64
	Interview questions	66
	Further reading and resources	72

2	Registrace zdravotních sester ve VB a profesní rozvoj	49
	Úvod	49
	Programy pro zdravotní sestry a registrace sester	51
	Bude vaše žádost o registraci přijata?	55
	Adaptační programy (praxe pod odborným dohledem)	57
	Komunikace v angličtině – mezinárodní systém jazykových zkoušek (IELTS)	57
	Periodická registrace a další profesní rozvoj	59
	Brexit a změny procesu NMC registrace pro sestry kvalifikované v zemích Evropské unie po 1.1.2021	63
	Rozvoj profesní kariéry	65
	Otázky při pohovoru	67
	Doporučená literatura	73
3	The National Health Service and Social Services	74
	Introduction	74
	The structure of the NHS	74
	Social services	88
	Further reading and resources	90
3	Státní zdravotnictví a systém sociálního zabezpečení	75
	Úvod	75
	Struktura státního zdravotnictví	75
	Sociální služby	89
	Odkazy a další zdroje	91
4	Nursing documentation, record keeping and written communication	92
	Introduction	92
	Nursing documentation and record keeping	92
	Documentation	94
	Other written communication	108
	Examples of medical and nursing notes	114
	Further reading	130
4	Vedení ošetrovatelské dokumentace, písemná komunikace	93
	Úvod	93
	Ošetrovatelská dokumentace	93

Dokumentace	95
Ostatní písemná komunikace	109
Příklady záznamů v lékařské a sesterské dokumentaci	115
Doporučená literatura	131
5 Communication in nursing	132
Introduction	132
How to communicate with your patient	132
Getting started	140
Breathing	154
Communicating	160
Safety and preventing accidents	166
Mobility	172
Eating and drinking	180
Elimination	188
Personal care – cleansing and dressing, skin care	194
Sleeping	200
Working and playing	204
Sexuality	212
Anxiety, stress and depression	218
Dementia and confusion	226
Pain	230
Thinking about (reflection) practice: exercise	238
Further reading	238
5 Komunikace v praxi zdravotní sestry	133
Úvod	133
Jak komunikovat se svým pacientem	133
Jak začít	141
Dýchání	155
Komunikace	161
Bezpečnost a prevence nehod	167
Pohyb	173
Strava a pití	181
Vylučování	189
Osobní péče – osobní hygiena, oblékání a péče o pleť	195
Spánek	201
Volný čas	205

Sexualita	213
Strach, stres a deprese	219
Demence a zmatenost	227
Bolest	231
Reflexe, cvičení	239
Doporučená literatura	239
6 Colloquial English	240
Language used by people to discuss problems or signs and symptoms ...	240
Parts of the body	242
Body functions	244
Mental and physical states	246
General expressions	248
Reproductive and sexual health problems	249
Glossary of medical and colloquial names	253
6 Hovorová angličtina	241
Způsob, jakým běžní lidé popisují zdravotní potíže a příznaky	241
Části těla	242
Tělesné funkce	244
Duševní a fyzické stavy	246
Obecné výrazy	248
Problémy související s reprodukcí a pohlavními chorobami	249
Slovníček medicínských a hovorových názvů	253
7 Idioms: parts of the body	258
Introduction	258
Idioms: parts of the body	258
7 Idioms: části těla	259
Úvod	259
Idioms: části těla	259
8 Phrasal verbs	282
Introduction	282
8 Frázová slovesa	283
Úvod	283

9 Terminology of Nursing duties/English	302
Some other useful terms	306
9 Terminologie sesterských výkonů/Czech	303
Některé další užitečné výrazy	306
10 Abbreviations used in nursing	308
Introduction	308
10 Zkratky, které používají sestry při práci	309
Úvod	309
11 Units of measurements	330
11 Míry a váhy	331
Acknowledgements	338
Poděkování	339

1 Nursing in the UK

INTRODUCTION

Today nursing in the UK involves caring for the whole person (holistic care). This includes emotional, social, psychological, spiritual and physical factors rather than just a disease or injury. Nursing care is based on the best evidence available (evidence-based) and focuses on the individual needs of people using the healthcare system. Nurses are concerned as much with helping people to stay well, as with giving care when illness or injury occurs. Promoting health, giving information and helping people to learn about managing chronic illnesses is the focus of nursing in the 21st century. The developments in medical science and technology, and the breakdown in the traditional barriers between the healthcare professions have meant that nurses must now deal with many complex technical aspects of care and treatment. Nursing in the UK is a regulated professional occupation with a correspondingly thorough education system that meets the practical and theoretical needs of a modern healthcare system. Nurse education in the UK is designed to meet changing healthcare needs, the wishes of people needing healthcare, the growth in complex treatments and the need for a standardised educational preparation.

Nurses in the UK base their practice on the systematic assessment, planning, implementation and evaluation of care. In order to do this they use the nursing process (see below) or integrated care pathways. This is very different to task-based care, where nursing activities were strictly allocated according to the nurse's seniority. The more complicated tasks, such as giving medicines, were performed by senior nurses and simple tasks were undertaken by the more junior nurses, while the most basic work such as personal cleansing was carried out by unqualified nursing students and nursing assistants or auxiliary nurses.

This chapter will help you to understand how nursing in the UK is regulated, what nurses do and where they work, and how they use the nursing process. Details about various professional organisations and trade unions are also given.

1 Ošetrovatelská péče ve Velké Británii

ÚVOD

Dnešní ošetrovatelská péče v Británii zahrnuje celkovou péči o pacienta („holistická péče“). Patří sem tedy nejen nemoci a zranění, ale také emoční, sociální, psychologické, duševní a fyzické faktory. Ošetrovatelská péče vychází z nejlepších dostupných informací (evidence-based, potvrzené standardy péče) a soustřeďuje se na individuální potřeby lidí, kteří zdravotnický systém využívají. Ošetrovatelství se tak zaměřuje jak na pomoc a péči v případě nemoci či zranění, tak na pomoc a podporu těm, kteří si chtějí zdraví udržet, a celkovou zdravotní prevenci. Podpora zdraví, poskytování informací a pomoc lidem při zvládání chronických onemocnění je hlavním zaměřením ošetrovatelství v 21. století. Rozvoj zdravotnictví, technologií a prolomení tradičních bariér mezi jednotlivými zdravotnickými profesemi znamená, že se zdravotní sestry musejí nyní vyrovnat s mnoha komplexními technickými aspekty zdravotnické péče a léčby. Ošetrovatelství je v Británii regulovaná profese s odpovídajícím specializovaným vzdělávacím systémem, který splňuje praktické i teoretické potřeby moderního zdravotnického systému. Vzdělávání zdravotních sester v Británii je navrženo tak, aby naplňovalo měnící se potřeby zdravotnické péče, přání a potřeby osob vyžadujících zdravotnickou péči, narůstající komplexnost léčby a potřeby standardizovaného vzdělávání.

Praxe zdravotních sester v Británii je založena na systematickém posuzování, plánování, implementaci a vyhodnocování péče o klienta. K dosažení těchto požadavků se používají ošetrovatelské procesy (viz níže) nebo integrované mapy péče (klinické mapy). Tento princip je velmi odlišný od funkčního systému, kde byly jednotlivé ošetrovatelské činnosti striktně rozdělené podle odbornosti sester. Náročnější úkoly, jako je např. podávání léků, měly na starost sestry s vyšší odborností a jednodušší úkoly plnily méně zkušené sestry. Základní péči, jako je např. provádění osobní hygieny pacientů, vykonával nekvalifikovaný personál, studentky zdravotních škol, asistenti či pomocný personál.

Tato kapitola vysvětluje, jakým způsobem je ošetrovatelská péče v Británii regulována, jakou práci sestry vykonávají, kde pracují a jakým způsobem používají ošetrovatelské procesy. Uvádíme zde také podrobnosti o profesních organizacích a odborech.

ENDLESS POSSIBILITIES OF NURSING PROFESSION

It might seem that being a nurse is always about the same thing – a kind person that selflessly helps to heal the troubles of other people and fulfils basic needs of their patients. Nursing is a mission. And part of the public really views nurses like this, even new trainee nurses sometimes see their profession in this light.

All the mentioned above is surely a true statement. Being a nurse is a mission to help others. But there is just much more to it. Being a nurse is a chance to choose from multiple professional specialties, each of them being very different. From a bed side nurse in an Internal Medicine Ward, all the way through to such positions as an OR Nurse, Midwife, Nurse Educator, Pediatric Nurse in Cardiac Surgical ICU, Psychiatric Nurse, Outpatient Department Nurse, Nurse in the team of Doctor Without Borders or Research Nurse. A day at work for each of these professions will look very different. None of them is comparable to the other when it comes to the knowledge and skills, or experiences. Yet, all of them have the same starting point – they qualified as a Nurse. We have a vast choice of specialties and interests that we can as nurses focus on that not many other professions can offer that. It's necessary to mention at this point the need to never stop any continuous education in the chosen specialty and being interested in the latest research and methods. Keeping the level of professionalism high, increases the respect from the public and from our patients, and also encourages a wider scale of competencies given to nurses, as well as professional career opportunities.

One significant opportunity that nurses have on a much larger scale than any other profession is the opportunity to gain work experience in foreign countries. If you have completed nursing qualification, have minimum of two years work experience and can speak the language of the country where you wish to work, it is fairly easy to get a job offer. Language skills in particular are one of the most basic important attributes for working abroad and this publication intends to be a guide for those who decide to try their professional luck in English speaking countries – this book being focused predominantly on nursing in Great Britain and its health-care system. But we hope that this book can be a great help also for those who wish to communicate better with their foreign patients at home, as English is nowadays considered the main world language that unites all cultures.

NEKONEČNÉ MOŽNOSTI POVOLÁNÍ ZDRAVOTNÍ SESTRY

Mohlo by se zdát, že být zdravotní sestrou znamená pořád to samé – laskavá osůbka, která nesobecky pomáhá ostatním léčit jejich bolístky a uspokojovat základní potřeby pacientů. Být sestrou je poslání. A část veřejnosti takto skutečně povolání zdravotní sestry vnímá, často i noví uchazeči o studium.

Výše uvedené je samozřejmě také pravda. Být sestrou je poslání starat se o druhé. Ale tím to nekončí. Být zdravotní sestrou je možnost ucházet se o jednu z milionu nabízejících se specializací. A každá je úplně jiná. Od sestry u lůžka na interně, přes instrumentářku na sále, porodní asistentku, edukační sestru, dětskou sestru na kardiochirurgické JIP, neonatologickou sestru, sestru na pohotovosti, sestru na psychiatrii, ambulantní sestru, sestru od Lékařů bez hranic či sestru z výzkumného projektu. Každá z těchto pozic je diametrálně rozdílná, pro každou bude pracovní den vypadat nesrovnatelně jinak a nabízet jiné zajímavé poznatky a dovednosti, dokonce zážitky, chcete-li. Přesto mají všechny jeden společný výchozí bod – ukončená kvalifikace zdravotní sestry. Patří sem nepřeborné množství možností či odvětví, ve kterých se můžeme specializovat a jimiž se zabývat, že jen málokteré jiné vzdělání a profese dává takovou rozmanitost. Zde je ovšem nutné poznamenat, že s tím je spojená také nutnost se ve své vybrané specializaci neustále vzdělávat a zajímat se o nové dění ve zdravotnictví. Udržováním vysoké odbornosti se zvyšuje respekt veřejnosti vůči středním zdravotnickým pracovníkům a jejich další rozšíření nebo udržení kompetencí a profesních možností.

Jednou z dalších výrazných příležitostí, které zdravotní sestry mají a kterou ve svém rozsahu nemá žádná jiná profese, je možnost získat práci v zahraničí. Mám-li dokončenou kvalifikaci pro práci zdravotní sestry, minimálně dva roky praxe a ovládám jazyk cílové země, pak je snadné získat pracovní nabídku. Právě znalost jazyka je jednou ze zásadních podmínek pro možnost pracovní příležitosti v zahraničí získat a tato publikace má za cíl být nápomocnou příručkou pro ty, kteří se rozhodnou zkusit své profesní štěstí v anglicky mluvících zemích – zde s větším důrazem na Velkou Británii a její systém zdravotnictví. Doufáme, že bude nápomocná také pro ty, kteří se u nás doma chtějí domluvit se svými zahraničními pacienty, vzhledem k tomu, že angličtina je stále výrazněji nejlivnější světovým jazykem, který pojčuje různé kultury.

BASIC DIFFERENCES BETWEEN NURSING PROFESSION IN THE CZECH REPUBLIC AND ABROAD

One can't write a book about working in a foreign country without summarising down some basic differences of how different it is from the Czech Republic. It's difficult to wrap those differences while being objective about it because each country has its specifics and even different hospitals in the same country might have some differences in their system. I asked my former colleagues, who have experience in working in another country, for assistance with this and tried to create this list:

1. Staff Shortage

There are *never* enough nurses! Every hospital in every country has a certain shortage of nurses. However, the situation seems to be less dramatic in some highly developed countries, where nurses are financially well rewarded, are not pushed into overtimes, and overall are receiving a higher level of respect from the public as well as from their medical colleagues. Furthermore, the regulation of nursing shortage in specific departments itself is managed better. There is a system called "floating" used in hospitals where nurses are "borrowed" from departments that are less busy to support in departments which have a shortage on a particular shift to ensure continuity, safety and quality of patient care. It can be an opportunity for the floating nurse to experience work and get to know colleagues in other departments, which improves the interdepartmental relationships.

Hospitals in Australia, Great Britain and USA use agencies to cover the shortage of nurses. These agencies contract nurses who are not employed in any healthcare facility and are available on their terms and in their area to cover staff shortage which may be for example caused by sickness. Sometimes they will stay over a longer period of time in the same department, but sometimes they would go to a different hospital and a different department for each shift. These agency nurses work for a better hourly rate and it's up to them to decide how many shifts they take and where. But on the other hand they have to be very flexible and be able to orient themselves in a new working environment.

I feel it's necessary to also mention a system for overtime shifts which is obviously another possibility for covering nursing shortages. Overtime in well developed countries are always voluntary and are always paid out in the next salary, unlike in the Czech Republic where nurses bank their overtime hours and are then forced to take days off when it's convenient for the management and not necessarily for the nurses. This way, when overtime shifts are based on free will and paid out correctly, the nurses are much more willing to agree to work overtime.

ZÁKLADNÍ ROZDÍLY PRÁCE ZDRAVOTNÍ SESTRY V ČESKÉ REPUBLICE A ZAHRANIČÍ

Není možné psát knihu o práci v jiné zemi a nepodat alespoň základní postřehy, v čem se tato liší od České republiky. Je náročné shrnout rozdíly do objektivního seznamu, jelikož samozřejmě každá země, dokonce i jednotlivé nemocnice ve stejné zemi, se budou svým systémem péče částečně odlišovat. Vyzpovídala jsem proto kolegyně, které mají zkušenosti z pracovního procesu jako zdravotní sestry u nás i v zahraničí a pokusila jsem se svoje i jejich postřehy shrnout v následujícím seznamu.

1. ne/dostatek personálu

Nikde není dostatek zdravotních sester! Každá nemocnice v každé zemi světa se s tím potýká. Ve vyspělých zemích, kde jsou zdravotní sestry lépe ohodnoceny, nejsou nuceny k povinným přesčasům a celkově se těší většímu respektu široké veřejnosti i lékařských kolegů, je celková situace nedostatku ale mnohem mírnější. Ovšem samotná regulace nedostatku zdravotních sester na specifických odděleních je i efektivněji řešena. V nemocnicích funguje systém tzv. floating, kde se sestry „vypůjčují“ z jiných oddělení na ta více zasažená nedostatkem, aby se zajistila funkčnost, bezpečnost i kvalita péče pro danou směnu, kde sestra pro nemoc nebo jiný důvod nečekaně vypadla. Pro sestry z jiných oddělení je to i možnost vyzkoušet si práci jinde a poznat personál z jiných oddělení, což celkově zlepšuje vztahy v nemocnici a propojenost.

V Austrálii, Británii i USA fungují agentury, které zaměstnávají sestry, které nemají nikde jinde pracovní úvazek a jsou k dispozici zaskočit do kterékoli nemocnice v jejich rozsahu působnosti za chybějící sestru. Někdy na dlouhodobější výpomoc na stejném oddělení, jindy jsou na každou směnu v jiné nemocnici a jiném oddělení. Tyto sestry mají lepší hodinovou mzdu a samy si určují, kolik služeb a kde jsou ochotny přijmout, na druhou stranu ale musejí být dosti flexibilní časově i co se týče schopnosti orientace v novém prostředí.

Je nutné v tomto kontextu zmínit také systém přesčasů, což je samozřejmě další ze způsobů jak nedostatek zdravotních sester řešit. Ve vyspělých zemích jsou přesčasy vždy dobrovolné a vždy zaplacený hned v následující výplatě namísto štosování nahromaděných hodin, které jsou sestry později nuceny vybírat si jako své volno v době, kdy se jim to třeba ani nijak nehodí, jak jsme toho často svědky v České republice. Tento způsob dobrovolných a správně vyplácených přesčasů mnohem snadněji zajistí ochotu sester přesčasy vykonávat.

2. professional confidence

As Czechs we are generally a less confident nation than, for example, British or Germans, yet alone Americans. This is reflected also into the working environment and because healthcare providers work in a helping profession, it's somehow automatic that their approach is more submissive rather than assertive. But in our case, the reason for the lower confidence is also the position of nurses in Czech society which is still not ideal and doesn't enjoy well deserved respect. Some still view nurses as doctors' assistants rather than an independent profession. Unfortunately, even some doctors still behave as this was the case without including nurses as valuable members of the team. It's important to address this issue because the nurse's role is invaluable and her notes of patient's condition unreplacable. Unfortunately, the financial aspect is also to blame here as the nurses are not paid as well as they should be in the Czech Republic. The average nursing salaries improved in the recent years but it's still more due to the extras from endless overtimes, working weekends and night shifts than a result of a basic payscale. The bad financial situation for nurses is more visible in the Outpatient Department where there are no bonuses for the unsocial hours or intensive care setting are given, there the salary is significantly under average.

I have been living in Middle East for a good 20 years and personally worked with nurses from various countries in Europe and Asia, West and East and I dare to evaluate the professional confidence of Czech nurses as very low, despite their cleverness, modesty, hard work, ability to quickly adapt and quickly react in difficult situations, ability to improvise, to just be able to "fix anything" and the scale of knowledge. But! This low confidence didn't last very long when the Czech nurses could work in a respecting environment!! It was interesting to see our nurses grow their confidence over time in the hospitals within Saudi Arabia, a country that is supposedly very hard on women, to receive the opportunity to grow as professionals. The change was absolutely significant. Czech nurses gained self-confidence there, while they were denied the same in their home country. Why is that? Why are Czech nurses feeling so low in the Czech hospitals? It's a very important question we all should be asking ourselves. Nurses who are confident and respected simply love their job more because they feel valued and they believe in themselves. Their own self-confidence than reflects in the society and people have more trust in their abilities, it is a complete circle.

3. competencies and error elimination (human factor)

In well-developed countries it is unheard of that a new nurse would be thrown into the happenings of a hospital department without any proper orientation. The

2. profesionální sebevědomí

Jako Češi jsme obecně méně sebevědomý národ ve srovnání třeba s Brity nebo Němci, nemluvě o Američanech. To se promítá i do pracovního prostředí a vzhledem k tomu, že zdravotníci jsou pomáhající profese, tak nějak automaticky je jejich povahový rys spíše mírnost než průbojnost. Ovšem zde se také odráží celkové postavení sestry v české společnosti, které ještě pořád není ideální a netěší se zaslouženému respektu. Někdo dokonce stále sestru považuje za posluhovačku lékaře namísto jejího uznání jako samostatné profese. Bohužel i někteří lékaři se k sestrami stále takto chovají a neberou je jako hodnotnou součást týmu. Je třeba i o tomto mluvit, protože role sestry je nezastupitelná a její postřehy o stavu pacienta jsou nenahraditelné. Bohužel zde se odráží také stále nedostatečné finanční ohodnocení sesterské profese u nás. To se v posledních letech výrazně zlepšilo, ale často jen jako odraz trávení v práci nespočet přesčasů, víkendů a nočních služeb, nehledě na to, že v ambulantním sektoru, kde nejsou příplatky za služby nebo intenzivní péči, je sesterský plat stále naprosto podprůměrný.

Pohybuji se v prostředí Středního východu již 20 let a osobně jsem pracovala se sestrami z mnoha zemí, Evropy i Asie, Západu i Východu a hodnotím sebevědomí českých sester jako velmi nízké, a to i přes jejich velkou šikovnost, skromnost, pracovitost, schopnost rychle reagovat, improvizovat, poradit si i jejich rozsah znalostí. Ale pozor! Nízké sebevědomí netrvá dlouho, pokud české sestry pracují v respektujícím prostředí! Bylo zajímavé pozorovat, jak české sestry sebevědomě rozkvetly v Saúdské Arábii, zemi, která by měla být podle všeho pro ženy velmi nepříznivá, ale zde dostaly možnost profesionálně vyrůst. Ta změna byla naprosto nepřehlédnutelná. Českým sestrami se dostalo sebevědomí, které jim není nabídnuto v jejich vlastní zemi. Proč to tak je? Jde o velmi důležitou otázku, kterou bychom si měli pokládat. Sestry, které mají potřebnou sebejistotu a sebevědomí, mají svoji práci raději, protože se cítí doceněné a věří si. Navíc zdravé profesionální sebevědomí pak zpětně opět budí větší respekt ostatních i důvěru ve schopnosti, je to uzavřený kruh.

3. kompetence a eliminace erorů (lidský faktor)

V zahraničí neexistuje, aby nová sestra byla vhozena na oddělení k pacientovi napospas svému osudu. Systém edukačních sester pro nové sestry je velmi běžný

system of Nursing Preceptorship or Nurse Educators is very common and a new nurse is never alone with a patient without help and guidance for at least first few weeks of her new role. The new hire would usually shadow more experienced nurse who is introducing her into the specifics of the department, nursing standards, diagnosis, medications, equipment and patient care. This is with happening with the help as Nurse Educator (or something Nurse Clinician) who offers study days, seminars, hands on teaching of precise nursing methods and everything that the new nurse needs to master in order to be able to take care of the patient. At the end of the probationary period, the new nurse must demonstrate her knowledge and ability to carry out the given competencies and only then she is allowed to actually use it in patient care. Mastering of the most important competencies is tested periodically. It prevents any type of chaos during CPR and someone not knowing how to operate a defibrillator or how to dilute Adrenaline. It might seem as more work and study for the nurses to do but they welcome it because it leads to better confidence that I mentioned earlier and mainly safer and better patient care and error elimination.

This system also requires precise specification of what competencies exactly are given to nurses. That differs in every country, sometimes even every hospital in the same country, or even every department, depending on its size or specialty (for instance ICU nurses have approved competency to take arterial blood samples while it is doctor's job in standard care departments – it's usually decided due to the frequency of the given competency being carried out high frequency ensures that such skill is well perfected). The fact that the nurse knows precisely which competencies are in her scope, she is able to prepare for them theoretically and practically which in return gives her good mastery of it plus she has a support system in more experienced nurse who all have to undergo the competency trainings and assessment. There is always a Charge Nurse or Nurse Educator to consult any issue or problem with. This also helps the nurses to take on board more highly skilled competencies than what nurses have in the Czech Republic – officially. Evaluation of blood gases followed by the change of ventilation regime or electrolyte replacement depending on the results; evaluation of chest X-ray followed by ETT placement correction and plan for frequency of suctioning or chest physiotherapy; calculation of intake and outcome followed by change of infusion rates; patient assessment followed by nursing plan for prevention of bed sores or change of dressing – all of this is a result of nursing education and also preparing the nurses for dealing with these situations in reality, so that the nurse feels confident to can carry these duties and skills straight from the beginning and can make her own individual decisions. This system not only ensures real knowledge of the nurse to understand and evaluate the problem but also to carry out the skill perfectly. In summary, the system gives the

a nová sestra není několik prvních týdnů ponechána u pacienta sama bez pomoci. Většinou stínuje zkušenější sestru, která ji do péče o pacienta i konkrétnosti daného oddělení zaučuje a seznamuje se specifiky diagnóz daného oddělení, s ošetrovatelskými postupy, s léky a přístroji zde používanými. To se děje za pomoci edukační sestry, která poskytuje studijní dny a semináře, ale i konkrétní trénování ošetrovatelských postupů a všeho, co nová sestra musí přesně zvládnout v péči o pacienta. Na konci zkušebního období musí nová sestra demonstrovat potřebnou znalost a schopnost přidělené kompetence vykonávat a až poté je může skutečně u pacienta vykonat. Mnohokrát se přezkušování z nejdůležitějších kompetencí periodicky opakuje. Nestane se pak, že při pulmonální resuscitaci někdo neví, jak operovat s defibrilátorem nebo si není jistý ředěním adrenalinu. Může se to možná zdát jako další práce a studium pro sestry navíc, ale ve skutečnosti to přispívá právě k jejich výše zmiňovanému sebevědomí a v neposlední řadě kvalitě péče o pacienta i eliminaci chyb.

Tento systém mimo jiné vyžaduje přesnou specifikaci toho, které kompetence sestře náleží. To se liší od každé země a někdy i každé nemocnice, dokonce i každého oddělení (např. na odděleních JIP mají sestry jako svou běžnou kompetenci odebírání krve z arterie, kdežto na standardních odděleních je to určeno lékařů – většinou je to z důvodu frekvence vystavení danému výkonu a tím jeho vynikajícího zvládnutí). Tím, že sestra přesně ví, které kompetence patří jí, je schopna se na ně výborně teoreticky i prakticky připravit a je v nich pak velmi pohotová a zručná a navíc má vždy záštitu ve zkušenějších kolegyních, které všechny stejným drilem kompetencí prošly. Vždy je na oddělení buď staniční sestra, nebo školící sestra, se kterou se dá problém či příprava k výkonu konzultovat. I toto nastavení dává možnost přidělit sestřám kompetence větší, než mají oficiálně sestry v ČR. Hodnocení krevních plynů a následná úprava ventilace či nahrazení elektrolytů, hodnocení RTG a následná úprava polohy intubační kanyly nebo nazogastrické sondy či plán frekvence odsávání a dechové rehabilitace, kalkulace příjmu a výdeje tekutin a následná úprava rychlosti podpůrných infuzí, celkové ošetrovatelské vyšetření pacienta a následný plán polohování nebo převazů – to vše je výsledek školení sestry k daným kompetencím, ke kterým je sestra perfektně vyškolená, cítí se v nich sebevědomě a může si o nich tím pádem rozhodovat individuálně sama. Systém tím nejen zajistí skutečnou schopnost sestry danému problému rozumět a vyhodnotit ho, ale i kompetenci správně vykonat. Zkrátka, kompetence dávají

nurse a professional fulfilment and the education and assessments of skills protects them from mistakes. Meanwhile in the Czech Republic, the experienced nurse of course knows and evaluates the problem correctly and understands what needs to be done but she doesn't have the official competency to do it. So, she has to request the doctor to write what is to be done around the patient, doctor writes the order and then she can *officially* do it. This simple act again sends her self-respect down because it is never her who is trusted to have the competencies to make decisions around the patient while she is more than competent to do so. The reason why it has to be like this is that there is no proper departmental education of new nurses, no tested competencies of less experienced nurses, that's why for safety reasons all decisions have to be made through the doctor and nurse can only carry out what the doctor ordered, she is not allowed to make any changes or decisions by herself officially which alone doesn't make any sense, provided that the nurse is the one present at patient's side whole 12 hours of the shift and can note any changes in patient's condition or reaction to treatment. That could be all changed by nursing education for the specific department in order for all nurses to have this ability and this confidence, backed by a Charge Nurse or Nurse Educator who are not assigned to any patient but their sole responsibility is to run the unit during that shift and be a support to bedside nurses as is usual in well developed countries.

One of the most important competencies is medication knowledge – it ensures that the nurse knows the effects of medications used in the department and which she administers to the patient, knows its dilution rules and dosages, side effects and contraindications therefore she is aware when not to give the medication to the patient rather than blindly follow the orders and thanks to that the incorrect order was detected – because anyone can do a mistake and patient is double protected like this. Furthermore, the administration of ALL intravenous medications (and all medications whatsoever in pediatric patients, including oral meds) has to be signed off by a double nursing signature. It means that, when a primary nurse is ready to give the medication, she goes with the measured dosage together with the dilutant and used medication bottle to another nurse and together they will check the order, correct time, patient name, dosage calculation, dilution, medication expiry date on the bottle etc. and together they sign the order in patient's file. In my experience, this minor protocol helps to prevent so many medication mistakes and usually directly by the primary nurses simply by having to go through her actions and calculations one more time while referring it to another person. It's a normal protocol in other countries while in the Czech Republic it's viewed as incompetence of the primary nurse to prepare her patient's medications.

On the other hand, naming all these competencies that the nurse is responsible for in other countries, it's needed to mention that she is not expected to disinfect

sestře možnost se profesionálně realizovat a školení k nim i přezkušování ji chrání od chyb. V České republice to funguje tak, že zkušená sestra je samozřejmě také schopna správně vyhodnotit problém a ví, co je potřeba udělat, ale nemá oficiální kompetenci to udělat. Takže musí požádat lékaře, aby naordinoval, co je potřeba, doktor napíše ordinace a sestra ji až poté může *oficiálně* vykonat. Tento jednoduchý akt nedůvěry ve schopnosti sestry opět snižuje její sebevědomí, zatímco je více než kompetentní jisté výkony a úsudky vykonávat. Důvod, proč to tak je, vězí opět ve školení sester na specifických odděleních, absence testování dovedností méně zkušených sester, a proto pro bezpečí pacienta je plošně zavedena povinnost udělat rozhodnutí pouze z role lékaře a sestra oficiálně nesmí rozhodovat o ničem, což samo o sobě nedává smysl vzhledem k tomu, že právě sestra je u pacienta 12 hodin v kuse a vidí každou nepatrnou změnu pacientova stavu a reakci na léčbu. To všechno se může změnit právě změnou systému přípravy sester pro specifika péče na daných odděleních, aby měly všechny schopnost a sebedůvěru dělat rozhodnutí za podpory staniční nebo edukační sestry, které nejsou přiděleny k žádnému pacientovi a jejich hlavní úlohou je řízení péče na oddělení a týmu během služby, jak je to běžné ve vyspělých zemích.

Velmi funkční složení kompetence je ta léková – zajistí, že sestra zná přesně účinky léku, se kterým se setkává a který aplikuje pacientovi, zná jeho ředění a dávky, nežádoucí účinky i kontraindikace, takže ví, kdy takový lék podat, namísto bezmyšlenkovitého plnění ordinace. Byla tak mnohokrát zachycena nesprávná ordinace lékaře, protože každý může udělat chybu, a pacient je takto chráněn dvakrát. Navíc je podávání VŠECH i.v. léků (u dětských pacientů i všech ostatních léků, i těch perorálních) chráněno tzv. dvojíým podpisem. To znamená, že sestra, která bude lék podávat, si ho připraví, a pak jde s přesně nataženou dávkou, včetně výpočtů na váhu nebo případnou lahvičkou od ředícího roztoku, za druhou sestrou, které ukáže ordinaci, jméno pacienta, výpočet dávky, způsob ředění, expiraci atd. a společně se pod ordinaci podepíší jako dvě zodpovědné osoby. Z mé zkušenosti je takto odstraněno nespočetné chyb a často je to sama primární sestra, která lék připravuje, co si odstraní vlastní chybu jen tím, že musí svůj postup referovat druhé osobě. V zahraničí je toto běžný postup, všichni jej akceptují a je pro ně normální. V ČR je takové chování vnímáno jako neschopnost nebo nesamostatnost primární sestry.

Na druhou stranu sestra v zahraničí nemá za úkol dezinfekci povrchů nebo sterilizaci pomůcek, ani doplňování materiálů, o to se stará uklízeč pracovník nebo

the equipment or prepare it for sterilisation, stock replacement or other extra supporting jobs, it is all carried out by a nursing assistant or a cleaner. The nurses carry out her competencies and nursing care directly connected to the patient for which they have more time, thanks to the support.

Apart from clearly stated competencies and education of nurses towards the perfect delivery of those competencies to the patient, there is also something called an Incident Report which is protocol about dealing with errors. Errors and mistakes unfortunately do happen, and everybody can make a mistake when tired or stressed. From my experience and also experience of my colleagues, the process of dealing with mistakes in the Czech Republic is such that a guilty person is marked and punished but the reason why that person made the mistake still remains, is not removed. All the guilt is placed on the shoulders of an individual. But all research shows that a mistake is very rarely caused by inability of an individual, it is usually due to a faulty system or protocol. Protocols should be created to protect the individual and support him/her to do a procedure correctly and safely. The system should ensure that there is simply no space, or minimal space, for any error. When a mistake is made during nursing care in developed countries, an Incident Report is written about all details of what happened and everything involved in it, then steps are made to ensure this mistake will not happen again, it is not written to punish an individual but to diagnose the gap that allowed the mistake to happen. For example, if there are two similar looking medication vials that contain i.v. medications with very different effects (if swapped or given incorrectly diluted can even cause death), there will be a protocol ensuring that these two vials will never be placed on a shelf together and one of them will be signed with extra red label for easier recognition. Or, if there is an incident of a patient falling off his bed, a protocol ensuring equipment and a rule that all beds must have side rails and that those can never be left down when patient is unattended or another simple guideline to name an example. And now an example from the other side – after repeated incidents causing nurses to suffer needle pricks during medication application into an infusion set, a needless i.v. set system has been introduced, it means that the problem is solved by an action that removes the problem rather than telling the nurse to be more careful, because that would be again only blaming an individual for the problem and giving them full responsibility, which in fact never solves the problem, it is always necessary to treat the faulty working environment or the system.

Another basic competence that the nurses are assessed for periodically, is cardiopulmonary resuscitation, which ensures quick responses should such situation arise. Nurses working in ICU setting are naturally exposed to those situation quite often, therefore have enough organic practice. But even there can be individuals who don't get a chance to encounter a patient needing CPR for a whole year or in

sanitář. Sestra vykonává kompetence a výkony spojené s ošetrovatelskou péčí o pacienta, na kterou má díky tomu více času.

Kromě jasně daných kompetencí a přípravě sester k jejich správnému vykonávání přispívá k bezpečnosti péče o pacienta protokol zacházení s chybami. Chyby se bohužel občas stávají, každý z nás se může zmýlit. Z mé zkušenosti i zkušenosti ostatních funguje u nás zpracování chyby tak, že chybující je označen a potrestán, ale důvod toho, proč se chyba stala, se neřeší a neodstraní. Vše je vždy hozeno pouze na jedince. Jenže chyba se většinou stává kvůli nedokonalosti systému nebo protokolu, málokdy neschopností jedince. Protokol má totiž jedince podržet, když neví, jak něco udělat správně, aby nemusel tápat. Systém má zajistit, aby k chybě nebyl žádný nebo minimální prostor. Stane-li se chyba ve vyspělých zemích, sepíše se report o všech detailech a udělá se vše proto, aby se chyba nestala znovu. Není to pro potrestání jednotlivce, ale pro diagnostikování mezery, která dala prostor chybě, aby se stala, a ta se pak odstraní. Třeba tím, že léky podobných lahviček, ale výrazně rozdílných (ve špatném podání i smrtících) účinků nebudou stát v lékárně vedle sebe a budou výrazně červeně označeny. Nebo při pádu pacienta se zajistí protokol a pomůcky, aby se podobný případ neopakoval – třeba tím, že se stanoví pravidlo, aby sestra nikdy neodcházela od lůžka, když jsou postranice postele dole, nebo jiný jednoduchý návod. A konečně příklad z druhé strany – při opakovaných incidentech píchnutí sestry jehlou při aplikování léku do infuzního setu se po nastřádaných reportech stejného problému nakonec zavede bezjehlový systém, tedy reaguje se na problém jistou aktivitou, která problém odstraní, namísto nabádání sestry, že má být třeba šikovnější, protože tam by právě řešení problému bylo hozeno na ramena a zodpovědnost individuální osoby, což ve výsledku nikdy problém neřeší, vždy je potřeba upravit hlavně pracovní prostředí nebo systém.

Další ze základních kompetencí, ze kterých se periodicky skládá přezkoušení a tím se dosahuje dobré pohotovosti v dané situaci, je kardiopulmonální resuscitace. Na intenzivních odděleních, kde takové scénáře nastávají poměrně často, se nacvičování toho, jak se v takové situaci chovat, stává jaksí organicky. Ovšem i tady se může stát, že se některým sestrám úplně vyhnou případy, kdy se pacient resuscituje,

a case of new ICU nurses who did not yet encounter such. Needless to say that in departments where such situations happen very rarely, those nurses will have their CPR skills somewhat rusty and as a team they would not be as efficient without regular refresher training. This competency is either trained in the department as a mock situation with a figurine or as a certified exam in hospital's training centre, in which case the nurses receive BLS, ACLS or PALS certificates. It is obviously an extra effort for the nurses but since they are paid for the time spent studying and feel confident during the time when CPR is needed in real life situation so that nobody needs to panic and run headlessly around shouting orders, instead everybody knows their role and exactly what to do. That, and the feeling of well mastered situation, is definitely worth little bit extra effort.

4. mandatory breaks

Yes, you are reading this correctly. *Mandatory* breaks. Indeed, this term is unknown in the Czech Republic and unknown are often any kind of breaks in general due to severe staff shortage. But various researches confirmed that at least three breaks during 12-hour shift increase the quality of nursing care and significantly decrease the possibility of professional errors.

The nurse should have a chance to leave the unit during her break. Before leaving for a break, the nurse hands over her patient to another nurse who covers her during her break and accept full responsibility for this patient. It is understandable that the primary nurse does not except the covering nurse to do the dressing change, blood sampling, hygiene etc., all those activities are either done before the break or after in order to give the covering nurse as minimum workload as possible, although it is of course necessary that the covering nurse gives the patient same amount of attention as if it was her primary patient.

From my experience working in ICU in Saudi Arabia this model was easily implemented because the nurse:patient ratio was always 1 : 1. This made it easy to look after your colleague's patient while she was on a break. These breaks were really like a breath of fresh air for a tired mind. It was very hard to leave your patient at the beginning, not being used to it, you felt as if nobody else will provide such a good care as you and that you are irreplaceable. But eventually you learn not only better time management around your duties but also how to trust your colleague who is just as competent as you are.

5. united and complete nursing education

There is clearly a stated level of nursing education in order to work in the profession of a nurse, just as is the nursing hospital hierarchy in Great Britain.

a ona tak třeba celý rok nevidí a nezažije resuscitaci, navíc problém bude i u nových sester, které se naživo s resuscitací třeba ještě nesetkaly. Nemluvě pak o odděleních, kde se resuscitace vyžaduje výjimečně. V takové chvíli by bez pravidelného tréninku nevěděl nikdo, co má přesně dělat. Tato kompetence se buď nacvičuje přímo na oddělení při předstírané resuscitaci s figurínou, nebo se přímo skládá zkouška v certifikovaném centru spadajícím pod nemocnici. Pro sestry je to opět samozřejmě studium navíc, ale za čas strávený v učebně jsou placeny jako v pracovní době, dostanou mezinárodně uznávaný certifikát, a když se dostanou do situace, kdy se má resuscitovat, nikdo nezačne zmateně pobíhat sem a tam a vyvívat povely do prostoru, ale každý zná svou roli a ví přesně, co má dělat. To za trochu úsilí stojí a navíc mají sestry pocit dobře zvládnuté situace, pokud nastane.

4. povinné přestávky v pracovní době

Ano, čtete správně. *Povinné* přestávky. Skutečně, v ČR je tento termín neznámý a často jsou u nás pro sestry neznámé jakékoli přestávky obecně z důvodu vážných nedostatků personálu. Jenže mnoho výzkumů potvrdilo, že minimálně tři přestávky během dvanáctihodinové služby zvyšují kvalitu ošetrovatelské péče a výrazně snižují možné profesionální erory.

Sestra by měla během přestávky úplně odejít z oddělení. Před odchodem na přestávku předá sestra svého pacienta jiné sestře, která za její nepřítomnosti bere za jeho péči zodpovědnost. Sestra, která je u pacienta primárním ošetrovatelem, samozřejmě nenechá na krycí sestře nutnost převazů, hygieny, odběrů atd., takové aktivity si připraví před nebo po svojí přestávce, aby krycí sestra měla co nejméně povinností při jejím zákroku, nicméně musí věnovat po dobu přestávky kolegyně pacientovi stejnou pozornost.

Z mojí pracovní zkušenosti na oddělení JIP v Saúdské Arábii to bylo snadno dosažitelné, protože poměr sestra : pacient byl vždy 1 : 1. Bylo tak snadné převzít jednoho pacienta navíc po dobu, kdy byla kolegyně na přestávce. Tyto přestávky byly opravdu jak svěžím vánkem pro unavenou hlavu. Ze začátku bylo strašně těžké od pacienta odejít, člověk měl pocit, že má ještě rozdělanou práci a že se třeba někdo jiný o pacienta tak dobře nepostará. Nakonec se ale naučíte nejen si lépe zorganizovat čas a plánované úkony, ale i důvěře v kolegyně.

5. sjednocené a ucelené vzdělávání sester

V Británii je vzdělávání sester jasně dané, stejně tak hierarchie sesterských pozic v praxi.

All the nurses who have individual responsibility of a patient must have a university degree, minimum of 3-year Bachelor programme, and they choose their study from 4 basic specialties – adult nurse, children's nurse, learning difficulties nurse and mental health nurse. Some of these two specialties can be combined. Such nurse has a direct responsibility for a patient and works closely with a nursing assistant who doesn't have the competency for specialised nursing procedures. If the nurse wishes to further develop her specialty or become a nurse practitioner, which is a nurse with widened competencies such as medication prescription or carrying some invasive procedures, she can continue her study in master's programme which then gives her again very clear guidelines of what her competency will be in practice. All bedside nurses and specialty nurses have easily recognisable uniform and a name ID, therefore the patient is always aware who takes care of him/her at any given time. Nurses are also required to continue with their life long studies to keep their knowledge up to date, for example by attending seminars and courses (ARIP would be classified here as a part of continuing education, not as an education gaining you a nursing specialty). We have nurse who gained their qualification in many different ways and do very much the same job, we also have numerous of uniforms and the patient often doesn't know if the nursing personnel is a nurse or nursing assistant or someone else. Nursing education went through many changes and developed many clones but none of it brought any clarification and until this day there is no guideline that would classify what competencies belong to nurses with each of those qualifications. It all began somewhat innocently:

- **4-year Nursing College, Diploma** – at this stage it was still clear, receiving the Diploma in Nursing allowed the nurse to do her profession without supervision – but then it was noted that the students started this school as 14 year old children who did not see a live patient for the whole first two years of their study, spent hours studying subjects of general knowledge but unrelated to their profession – this was the point where the law makers should realize that students should be able to choose this profession and enrol into the programme later in life, after completion of the general high school education, when the individual is a young adult rather than a child. To be able to do this, the government must prepare conditions and financial reward (salary) for the nursing profession so that it becomes attractive to new potential applicants.

- **2-year post-gradual, Diploma** – this programme has been created for those who studied at high school or a college not related to a healthcare profession, something like a bridging programme but it has been observed that 2 years are not sufficient to study for the profession of a nurse.

Všechny sestry mající samostatnou odpovědnost za pacienta musí mít ukončené vysokoškolské vzdělání, minimálně tříletý bakalářský program, a pro studium si vybírají ze čtyř základních specializací – sestra pro dospělé, dětské sestra, sestra pro poruchy učení a psychiatrické sestra. Některé dvě specializace lze kombinovat dohromady. Taková sestra má přímou zodpovědnost za pacienta a pracuje úzce s asistencí ošetřovatelky (nurse associate), která nesmí provádět odborné úkony. Pokud se chce sestra dále věnovat určité specializaci nebo se stát Nurse Practitioner, která má rozšířené pravomoci a může například předepisovat léky nebo provádět intenzivní zákroky, může dále studovat magisterský obor, po jehož dokončení má opět jasnou strukturu toho, co jí náleží. Všechny sestry u lůžka i sestry specialistky mají jednoznačnou uniformu a jmenovku a pacient vždy ví, kdo se o něj momentálně stará. Sestry mají dále povinnost se v rámci obnovy sesterské registrace neustále vzdělávat, do čehož spadají různé kurzy a semináře (sem by patřil jako kontinuální vzdělávání například náš ARIP). V ČR je nejenže nepřehledné množství různých vzdělaných sester, ale také různých úborů, kdy pacient neví, jestli je u něj momentálně sanitářka nebo sestra. Vzdělání sester prošlo mnoha změnami a klony a ani jedna ze změn nepřinesla ujasnění a hlavně dosud neexistují žádné směrnice toho, jaké pravomoci má daná sestra s tím a tím vzděláním. Začalo to vlastně nevinně:

- **4 roky SZŠ, maturita** – zde to bylo ještě jasné, získání titulu diplomované sestry, která mohla vykonávat práci bez odborného dohledu – ale vzhledem k tomu, že na školu nastupovaly studenti jako 14leté děti, první 2 roky se nedostali k pacientovi a trávili hodiny předměty, které jsou potřeba ke všeobecnému vzdělání, ale ne k sesterské práci – zde mělo všem dojít, že sestra má začít svůj obor studovat později, po dokončení středoškolského vzdělání, až jako hotový člověk, k čemuž je nutné, aby stát přispěl dostatečným ohodnocením sester, aby se tímto studium VŠ vyplatilo.

- **2 roky postgraduál, maturita** – pro ty, kteří studovali jiný obor na SŠ nebo SOU a pak se rozhodli stát sestrou, ovšem 2 roky zdravotnického studia jsou výrazně nedostatečné pro povolání sestry.

- **1-year ARIP course, Certificate of Completion** – for Nursing Diploma holders who wanted to specialise in intensive care nursing, this was sometimes a requirement from the intensive care department, sometimes own initiative of the nurses who wanted to gain more knowledge but completion of this course made no change in the nurse's salary, nor gave her any wider competence range that the nurse with only a diploma had.

- **3-year post-gradual, Diploma** – improved hybrid of the 2-year post-gradual programme, this study is of the same length and very similar programme to a Bachelor Degree but has no credit and is not recognised whatsoever internationally.

- **3-year university study, Bachelor Degree** – qualification for a nursing profession that is widely internationally recognized, in the Czech Republic not valued sufficiently in terms of salary, nor professional position opportunities. When Czech Ministry of Health announced that all nurses must have a Bachelor Degree as their primary qualification but ceased to increase the nursing salaries to attract university applicants, nor ensured the respect towards the profession, the number of graduated nurses dropped to a critical low and now we are back at the beginning, to the 4-year Diploma study model that has the ambitions to bring more (less educated and very young) nurses to the hospitals but does not promise increase of prestige and respect in nursing profession, quite contrary, the lower qualification will be an excuse not to increase financial rewards. Furthermore, this education model is not recognized internationally, therefore it will complicate the opportunities for nurses to practice in other countries and gain experiences from abroad which could be well used and reflected in the Czech healthcare system upon their return home.

- **2-year university study, followed after Bachelor study, Master Degree** – well educated nurse and internationally recognized qualification of high standard, unfortunately with no professional career pathway in Czech healthcare as this nurse working in bedside setting will have exactly the same competencies as a nurse with a Diploma, with minimal financial difference.

- **4+1** – a new model that is trying to introduce new nurses into the system faster, it's a model with similar programme as the original 4-year study with a 1-year extension. This model will be in practice until 2022, then will be re-evaluated. The absolvents of 4-year study can work as nursing assistants and then as nurses after completing the final year. This model requires an individual to decide about very demanding profession at the age of 15 and must undergo relatively long, 5 year study, which is again not producing highly qualified professional who can take on wide range competencies and is not recognized in other countries, let alone sufficiently financially rewarded.

- **1 rok ARIP** – pro sestry se SZŠ, které chtějí lépe pracovat na intenzivních odděleních, někdy vlastní iniciativa sester, někde požadavek oddělení, ale na hodnocení se absolvování kurzů nijak neprojevalo.

- **3 roky postgraduál, diplomovaná sestra** – vylepšený hybrid dvouletého studia, stejná délka studia jako VŠ a bakalářský program, ale v realu nikde v zahraničí neuznávané.

- **3 roky VŠ, bakalářka** – ve světě normální základní předpoklad pro práci zdravotní sestry, u nás dlouho nedoceněno platově ani pozicí – po zavedení povinnosti mít bakalářské studium upadl počet absolventek nastupujících do práce na krizové číslo, protože nebyly ani oceněny, ani ohodnoceny a nyní jsme zpět u původního modelu 4 roky SZŠ, který má sice ambice přivést do nemocnic více sester a rychleji, ale neslibuje sestrám zvýšení jejich prestiže a bude výmluvou k tomu neohodnotit sestry dostatečně finančně a navíc není nikde ve světě uznán jako plnohodnotné sesterské vzdělání, což našim sestrám zkomplikuje možnost zahraniční zkušenosti, kterou mohou po návratu domů výborně využít, a přispět tak ke kvalitě našeho zdravotnictví.

- **2 roky VŠ navazující na bakalářské studium, magistra** – velmi vzdělaná sestra, pro kterou není v systému českého zdravotnictví v rámci péče o pacienta ani uplatnění jejich znalostí ani ohodnocení.

- **4 + 1** – nyní nový model vzdělávání sester při snaze dostat je rychle do praxe – tento model je původní SZŠ s roční odbornou přípravou, který má fungovat do přezkoumání od roku 2022. Absolventi 4 let mohou začít pracovat jako zdravotničtí asistenti a po roční přípravě jako zdravotní sestry. Tento model ovšem stále neprodukuje plně všeobecně a následně vysoce odborně vzdělanou sestru.

Meanwhile, during all the this we had also a wave of nursing assistant education:

- 3-year study without a graduation
- 4-year study with a graduation

Finally, **functional specialty** training ranging from intensive care, obstetrics, OR nursing, internal medicine, palliative care and so on, all this without hospitals having any salary table for these specialties or assigned range of competencies. Working under or without supervision, nobody knows what competencies belong to whom and nursing schools produce more and more clones of nursing individuals. Then reality hits and a hospital signs one nurse for a night shift alone with 30 patients without any relevance to her qualification and also without any management of provision of quality nursing care. System fails once again due to severe staff shortages and the level of nursing qualification loses its importance because it takes too much time to educate a nurse and there is not enough money to pay highly qualified nurses. Higher education then becomes only an initiative from the nurses' own will instead of basic requirement for the profession and the vicious circle encloses with production of poorly qualified nurses who are poorly paid which leads to low respect to the profession and therefore also a low interest in the profession. We are back to the description of a Czech nurse that stands out in international standards for her hard work and flexibility, whether she is placed to a war zone or intensive care unit.

It might seem like a compliment but unfortunately it again reflects the low respect of our society towards nurses and low self-confidence of the nurses themselves – she is simply used to do whatever she is told.

I would like to mention one more amazing fact related to continuous nursing education in Saudi Arabia as I experienced it. Attendance of very high quality study days, including conferences, seminars, presentations and study materials, is not only free of charge but also the time spent there is counted as time spent at work, therefore nurses are being paid for it.

6. professional relationships and teamwork

I gave this much thought – and I can honestly say that I still don't know. How is it possible that in another country where the teams are usually very multicultural and mixed, where there are people working together who don't have a common mother tongue, culture or religion, seem to get along better? Is it due to the low self-esteem I mentioned earlier? Low professional respect? Competitiveness for this respect? I'm not sure. But from my own experience and also experience of my colleagues we have to state

Mezi tím vším ještě proběhla ošetrovatelská vlna, připravující pomocný zdravotnický personál:

- 3 roky ošetrovatelka
- 4 roky ošetrovatelka s maturitou – asistentka sestry, to je jediný model podobný zahraničí

A konečně **funkční specializace** od intenzivní péče, porodnictví, instrumentářství, internu, paliativní péči atd., atd., aniž by různé specializace měly jakékoli místo nebo uznání v systému nemocnic. Práce bez dozoru, pod dozorem, nikdo neví, jaké kompetence smí přesně vykonávat a školy vyrábějí další klony. V reálu pak nemocnice umístí jednu sestru na noční službu ke třiceti pacientům, bez respektu jejího vzdělání a už vůbec ne logiky možnosti pokrytí kvalitní péče. Systém nadále selhává a kvůli vážnému nedostatku sester přestává vyžadovat kvalitní vzdělávání. Jakékoli vyšší vzdělání je vlastně jen vlastní iniciativa a zájem sestry, místo toho, aby to byl základní požadavek pro výkon povolání. Tím se opět uzavírá bludný kruh produkce nekvalitně vzdělaných sester, které jsou špatně zaplacený a tím upadá respekt k nim a následně zájem o toto povolání. Tím se dostáváme k popisu české sestry, která v zahraničí vyniká tím, že se přizpůsobí všemu a zvládne všechno – ať je umístěna do válečného krytu nebo k intenzivnímu lůžku.

To může být možná svým způsobem lichotivé, ovšem v reálu to opět reflektuje malý respekt společnosti k české sestře a také sestry vůči sobě samé – je prostě zvyklá bez zastání a otázek obstarat cokoli a nechat sebou jakkoli manipulovat.

Ráda bych tu zmínila ještě jednu úžasnou věc, která ohledně kontinuálního vzdělávání sester funguje v Saúdské Arábii. Účast na velmi kvalitně připravených studijních dnech, skládajících se z konferencí, seminářů, přednášek a vypracovaných materiálů, je nejen zcela zdarma, ale navíc je čas na nich strávený započítáván do pracovní doby, a sestra je tedy za svůj studijní čas placena.

6. mezilidské vztahy a týmová spolupráce

Jak to, že v zahraničí, kde jsou týmy většinou velmi multikulturní a v kolektivu se sejdou lidé, které nespojuje mateřský jazyk, kultura ani náboženství, se zdají mít příjemnější mezilidské vztahy? Je to výše zmiňovaným nedostatečným sebevědomím? Nedoceněním své profese? Pocitem soutěživosti o uznání? Nevím. Ze zkušeností konstatujeme, že v zahraničí skutečně vládne na odděleních lepší mezilidské vztahy. Mezi sestrami, mezi sestrami a lékaři, mezi odděleními, při komunikaci

that we see better professional relationships in other countries. Relationships between nurses, nurses and doctors, between departments, when communicating with pharmacy or laundry room... A doctor does not look down at a nurse but sees her as a partner, doctor's rounds without a nurse and her opinion are unheard of. A nurse does not look down at a nursing assistant but sees her once again as her partner, knowing the quality of nursing care would suffer without her. The department functions as one big team where everyone plays an unreplaceable role.

I will give one small example of a cooperation doctor-nurse in Great Britain as described by one of my colleagues from London. When a doctor in Great Britain decides to perform a procedure on a patient, it is first discussed with a nurse and agreed on best time to do the procedure, according to a nursing plan and patient safety. Let's say a central venous catheter needs to be inserted – nurse and doctor communicate about patient's history and his/her tolerance of such procedure in the past, where was the previous insertion site; they go through laboratory results together and perform so called LocSSIP (Local Safety Standards for Invasive Procedures) a list of procedure risks, which are eliminated one by one and ticked off which significantly decreases a risk of a procedure performed on a wrong body side, on a wrong patient, wrong procedure all together or the need for patient education is picked up etc. When this is done, the doctor prepares his own sterile trolley and equipment needed. The nurse prepares her own equipment, for example sample bottles, medications, infusions, dressing material, intravenous flushes etc. Meanwhile in the Czech Republic the doctor doesn't talk to the nurse about anything, chooses the procedure when it suits his own schedule regardless of any nursing care and expects all equipment with sterile trolley will be prepared by the nurse as well as clearing everything away after the procedure is done.

HOW NURSING IS REGULATED IN THE UK

Nursing and midwifery are regulated by the Nursing and Midwifery Council (NMC). The role of the NMC includes:

- Keeping a register of practitioners (675 000 qualified registered nurses and 39 000 midwives in 2020). In 2004, a new three-part register – nursing, midwifery and specialist community public health nursing – replaced a register with 15 parts. The nursing part of the register has separate sections for first-level and second-level nurses. All working nurses need to register with the NMC to practise as qualified nurses in the UK. This registration is renewed every 3 years (see periodic registration, Ch. 2).
- Setting standards for nursing and midwifery practice.
- Protecting the public and assuring the public that only nurses and midwives who have reached the minimum standards set by the NMC can become registered nurses and midwives.

s lékárnou nebo prádelnou ... Lékař se nepovyšuje na sestru, ale bere ji jako svého partnera, vizita se bez sestry a jejího názoru na stav pacienta neobejde. Sestra se nepovyšuje na ošetrovatelku, ale bere ji též jako svého pracovního partnera, bez kterého by trpěla kvalita péče o pacienta. Oddělení funguje jako velký tým, kde má každý svoji důležitou nenahraditelnou roli.

Malý příklad spolupráce sestry a lékaře v Londýně: Rozhodne-li se lékař pro výkon u pacienta, sedne si se sestrou a společně se dohodnou, kdy bude nejlepší výkon provést v návaznosti na ošetrovatelský plán sestry a jak ho nejbezpečněji udělat. Pokud je potřeba zavést centrální katétr, komunikují spolu o pacientově historii a jak snášel podobný výkon v minulosti, zda ve stejném místě měl nedávno již katétr zavedený, projdou spolu laboratorní výsledky toho dne a tzv. LocSSIP (Local Safety Standards for Invasive Procedures), což je seznam rizik k danému výkonu, které se postupně eliminují a odškrtaávají, což výrazně snižuje riziko výkonu na nesprávné straně těla, u nesprávného pacienta nebo výběr nesprávného výkonu, nutnost edukace pacienta atd. Poté si lékař sám připraví sterilní stolec a pomůcky, které bude potřebovat, sestra si sama připraví pomůcky, které bude potřebovat ona, např. zkumavky na odběr krevních kultur, léky, infuze, obvazový materiál, proplachy atd. V ČR nebude se sestrou lékař probírat nic a výkon provede dle svého vlastního časového harmonogramu bez ohledu na sestru a samozřejmě počítá s tím, že sestra sama připraví veškeré pomůcky pro oba a po výkonu vše uklídí.

JAKÝM ZPŮSOBEM JE REGULOVÁNA OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE VE VELKÉ BRITÁNII

Práci zdravotních sester a porodních asistentek reguluje Úřad pro ošetrovatelskou péči a porodnictví (Nursing and Midwifery Council – NMC). NMC plní tyto úkoly:

- Vede evidenci sester (v roce 2020 bylo registrováno 675 000 zdravotních sester a 39 000 porodních asistentek). V roce 2004 byl původní registr s 15 částmi nahrazen novým, který obsahuje pouze tři části – zdravotní sestry, porodní asistentky a sestry specialistky v komunitní péči. Část registru, která eviduje zdravotní sestry, se dále dělí na evidenci sester prvního stupně a druhého stupně. Všechny sestry, které chtějí pracovat jako kvalifikované sestry ve Velké Británii, musejí být registrované v evidenci NMC. Tuto registraci je třeba každé 3 roky obnovit (viz opakovaná registrace, kapitola 2).
- Stanovuje kritéria pro provozování činnosti zdravotních sester a porodních asistentek.
- Garantuje, že registrovanými sestrami a porodními asistentkami se mohou stát pouze sestry a porodní asistentky splňující minimálně základní kritéria stanovená NMC.

The NMC hears cases of alleged professional misconduct (see nursing documentation and record keeping, Ch. 4). If the practitioner is found guilty, the NMC can deal with him or her in a variety of ways, including the removal of the practitioner from the professional register, which stops him or her working as a registered nurse or midwife. In this way, the NMC monitors and regulates nursing and midwifery and ensures that high standards of professional practice are maintained.

The NMC has produced a Code of Professional Conduct that sets out the standards of professional conduct, responsibilities and accountability expected of a registered nurse or midwife, and explains a person's entitlements and reasonable healthcare expectations about nursing care.

As part of the need to practise safely and effectively as a nurse and to work within ethical boundaries you need to be familiar with, to understand and to apply to your practice all parts of the Code of Professional Conduct. The main clauses of the code are outlined in Box 1.1, but you should read the full document which has subclauses that give more explanation.

Box 1.1 *The Code of Professional Conduct (NMC, 2002)*

The Code of Professional Conduct says that, 'as a registered nurse or midwife, you are personally accountable for your practice. In caring for patients and clients, you must':

- 'respect the patient or client as an individual'
- 'obtain consent before you give any treatment or care' (see Ch. 4)
- 'co-operate with others in the team'
- 'protect confidential information'
- 'maintain your professional knowledge and competence'
- 'be trustworthy'
- 'act to identify and minimise the risk to patients and clients'.

Available online: <http://www.nmc-uk.org>

The Code is sent to every practising nurse in the UK, and any nurse who does not respect the Code of Professional Conduct will have to answer for their actions or omissions to the NMC and others, including the hospital or care home where they work, a court of law or the Health Service Commissioner. The British public demand nursing care that is of a high standard and effective, and nurses are constantly trying to raise their standards of care and to identify areas for improvement. In