

SESTERSKÁ PROFESNÍ ROLE „ADVOKÁTA PACIENTA“

Mgr. Lenka Špirudová¹, PhDr. Jaroslava Králová²

¹Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, LF UP Olomouc

²Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, LF UP Olomouc

Článek upozorňuje na sesterskou profesní roli, která prozatím v ČR není detailněji studována, vyučována ani cíleně praktikována. Upozorňuje na roli, jejíž naplňování ale patientská veřejnost jednoznačně očekává. Rámcově seznamuje s teorií k sesterské roli „advokát pacienta“ a předkládá příklady situací z praxe. Jedním ze záměrů autorek je, mimo jiné, také snížit nedůvěru a zmírnit ambivalentní postoje, které tato role sester může vzbuzovat.

Interní Med. 2006; 12: 554–556

Úvod

Profesní role jsou specifické sociální role vázané na profesi, odrážejí očekávání veřejnosti (laické i odborné) vztahující se k profesionálnímu konání, aktivitám, chování a vystupování příslušníků dané profese v rámci výkonu této profese. Proměňují se v čase, jsou dynamické.

Dosažení vysoké úrovně profesionality v rolích znamená kontinuální, souběžný a harmonický rozvoj tří složek:

- **kognitivní** – představuje vědomosti, znalosti
- **afektivní** – zahrnuje empatii, cit dělat správné věci ve správný čas a správným způsobem (afektivní složka profesionality je klíčová právě pro profesní roli „advokát pacienta“)
- **behaviorální** – konativní – jedná se o rozvoj zručnosti a praktických oborových dovedností (u sester se to ale netýká jen instrumentálních výkonů – injekce, převazy..., ale také komunikace, edukačních aktivit, podporování, vedení apod.).

Současná obecná struktura profesních rolí sestry

Moderní profesionální ošetrovatelství je postaveno na čtyřech pilířích, kterými jsou:

1. holistický přístup a orientace na ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta (jeho rodiny a komunity)
2. metoda ošetrovatelského procesu
3. kvalita a bezpečnost péče
4. ošetrovatelská praxe založená na důkazech.

Aktuální struktura profesních rolí sestry se odvíjí jednak od proměňujícího se očekávání veřejnosti, jednak od vymezení předmětu a cílů oboru ošetrovatelství (podrobněji viz současné učebnice teorie ošetrovatelství, koncepce ošetrovatelství v ČR...). Sestra – profesionál ve svém oboru – má naplňovat tyto profesní role:

- ošetrovatelka, pečovatelka
- komunikátorka, zprostředkovatelka

- edukátorka
- poradkyně
- **advokátka pacienta**
- nositelka změn
- vůdce a manažerka
- týmová hráčka
- výzkumnice.

Sémantika pojmu „advokát pacienta“ v českém kontextu

V českém jazyce jsou užívány různé výrazy, kterými je tato sesterská role pojmenována (v angl. *patient advocacy, nurses' advocacy, nursing advocacy*): role **advokáta** pacienta, role **obhájce** pacienta, role **ochránce** pacienta. Hned v úvodu se tedy vynořuje otázka: Jak správně tuto sesterskou roli pojmenovat v českém jazyce?

Překlad slova „*advocacy*“ v českém jazyce (dle slovníku) znamená: advokacie, obhajoba, zastání se, prosazování (čeho).

Význam slova **advokát** v českém kontextu znamená ten, který prosazuje právo; poskytuje rady z oblasti práva; zastupuje klienta tam, kde on sám není schopen a nebo kde je pro něho složité domoci se svých práv; nese odpovědnost za to, že jeho klient nebude krácen na svých právech. Klíčová je znalost právních norem a jejich výkladů, znalost právního jazyka a dovednost ho používat, cit pro spravedlnost, nestrannost, úcta a respekt k zákonům a k právu atd. Advokát je v ČR nejčastěji pojímán jako profesionál, který musí mít právnické vzdělání a oprávnění k výkonu advokacie – musí být registrován u České advokátní komory.

Český význam slova **obhájce** znamená ten, který obhajuje zájmy jiného člověka (klienta), hledá polehčující okolnosti, vysvětluje motivy, proč jednal tak, jak jednal, proč nejednal jinak.... Klíčové jsou široké znalosti problému a jeho kontextu, analytické myšlení a myšlení v souvislostech, dovednost komunikovat – zejména dovednost obhájit a prosadit ná-

zory i proti opozici, odvaha, jistá míra sebevědomí, cit pro pravdu, altruismus...

Český význam slova **ochránce** znamená ten, který saturuje pocit bezpečí a jistoty; poskytuje podporu – oporu; doprovází v těžké situaci; brání poškození či ublížení. Klíčová je znalost problému, empatie, předvídavost, angažovanost pro druhého, instrumentální znalosti a dovednosti, jak efektivně ochraňovat ...

Sesterská role „advokát pacienta“ předpokládá zahrnutí všech tří kategorií: advokát – obhájce – ochránce ve zcela specifickém kontextu v rámci oboru ošetrovatelství.

Otázka: Máme v češtině adekvátní pojem, který by nahradil slovo advokát – advokátka a výstižněji, jednoznačněji pojmenoval tuto sesterskou roli tak, aby nebyla chybně interpretována a konotována, a současně aby přesně vyjádřil všechny roviny i obsahy role?

Nebo se jedná o obdobnou situaci, která je v češtině spojena s pojmem **management**? (management je i není v překladu „řízení“). Uvažovali jsme např. o termínu „opora“, avšak tento pojem je v ošetrovatelství používán v jiné souvislosti, a tak nakonec s ohledem zejména na mezinárodní srozumitelnost pojmu „advokát pacienta“ jsme zůstali u této původní verze.

Teorie k roli „advokát pacienta“ v ošetrovatelství

Definice

Sesterská profesní role „advokát pacienta“ se uplatňuje a prakticky naplňuje tam, kde pacient nezná, není schopen, neumí, nebo je pro něho obtížné projevit či účinně saturovat své potřeby, problémy a přání. Sestra se v těchto situacích stává jeho mluvčím, advokátem, obhájcem a ochráncem. Cílem je zabránit poškození pacienta, ztrátě jeho důvěry, minimalizovat rizika a ohrožení, minimalizovat situace vedoucí k žalobám na péči.

Ústředním motivem tedy jsou: potřeby pacienta – kvalita péče – bezpečnost péče.

Sesterská role „advokáta pacienta“ **JE** o:

- identifikaci nesaturovaných potřeb a o ošetřovatelských problémech pacienta
- multioborovém a týmovém přístupu sestry k saturování potřeb pacienta (potřeby jsou sestrou identifikovány, jejich efektivní řešení je však v kompetenci jiných zdravotnických profesionálů).

Sesterská role „advokáta pacienta“ **NENÍ** o:

- konfrontaci a opozici vůči jiné zdravotnické profesi
- přebírání kompetencí profesionálních právníků
- zpochybňování důvěry pacientů vůči práci a péči poskytované ostatními zdravotnickými profesionály.

Úskalí spojená se sesterskou rolí „advokáta pacienta“:

- obě krajní polohy v naplňování role ve vztahu k pacientovi:
 - neposkytnutí pomoci
 - vytváření psychické a sociální závislosti pacienta na sestře (jeho psychická a sociální invalidizace)
- řešené situace mohou eskalovat do konfliktu ve vztahu k organizaci, k jiným zdravotnickým profesím. Např. oprávněné zájmy pacienta, které sestry hájí, mohou jít proti zájmům zdravotnického zařízení. Sestry se mohou dostávat do situací, kdy bude napadána jejich loajalita k organizaci, ve které pracují, ke kolegům z týmu (z vlastního oboru, z jiného oboru).

Úrovně, na kterých lze roli „advokáta pacienta“ naplňovat:

- úroveň zjevná (výkonová, přímo praktikovaná):
 - přímá individuální péče
 - management
- úroveň skrytá (znalostní, teoretická):
 - výzkum
 - vzdělávání.

Příklady z české praxe

Situace č. 1

– Zajištění a bezpečnost pacienta

Výzva policie ČR pro veřejnost ke spolupráci při pátrání:

56letá paní Z. M. byla odvezena z domu vozem RZP do nemocnice s podezřením na akutní břišní příhodu. Po ošetření byla týž den propuštěna. Po třech dnech manžel nahlásil na policii paní Z. M. jako nezvěstnou. Po celou dobu byl přesvědčen o tom, že jeho manželka byla hospitalizována. Paní je schizofrenička, musí pravidelně užívat léky.

Personál nemocnice se obhájí tím, že paní o sanitku k odvozu domů nežádala. Zdravotníci ani instituce necítí odpovědnost za vzniklou situaci.

Co mohla sestra udělat pro pacientku, pokud by naplňovala profesní roli jejího advokáta?

Sestra urgentního příjmu nemocnice měla / mohla:

- identifikovat problémy v psychické a sociální oblasti pacientky a vyhodnotit je v kontextu situace, zajímat se o to, jak pacientka situaci s dopravou domů bude řešit a nabídnout aktivní pomoc. Jsou zřejmé nedostatky v oblasti vstupního ohodnocení stavu potřeb (v 1. fázi ošetřovatelského procesu, která je pro ošetřovatelskou péči klíčová).
- vyjednat za pacientku s lékařem urgentního příjmu vypsání lístku na odvoz sanitním vozem, na který měla pacientka nárok
- při neúspěchu jednání s lékařem mohla hledat jiné alternativy: telefonicky kontaktovat rodinu a vyžádat si její pomoc, pomoci zajistit pacientce taxi, příp. si vyžádat radu či pomoc své nadřízené ve službě.

Ošetřovatelské intervence a aktivity, které vedou k žádanému cíli, je nutno konstruovat aktuálně a kreativně je modifikovat dle vývoje situace. Konkrétní naplňování role advokáta pacienta je pro sestry v ČR velmi náročné také proto, že tento aspekt péče není zohledňován ve vytvářených standardech, není součástí metodických pokynů, zařízení nemají vypracované standardní postupy. Na druhé straně ale i kdyby tomu tak bylo, jednalo by se vždy o obecné postupy a doporučení, která se musí vždy aplikovat na konkrétní situaci. Neexistují jednoduché, a přitom vždy účinné návody. Každá situace je zcela specifická. Podstatné v situaci paní Z. M. bylo nenechat ji odejít bez zajištění, bez pomoci.

Na straně ošetřujícího lékaře je primární chybě či nedostatečné zvážení situace pacientky a důsledků jím přijatého rozhodnutí (ať už úmyslné či neúmyslné). Klíč k řešení problému je v kompetenci lékaře (oprávnění předepsat odvoz sanitním vozem), ne v kompetenci sestry.

Další chybě či nedostatečné vyhodnocení tohoto typu situací je i na straně managementu nemocnice a také na straně postupů RZP... – jedná se o komplexní problém.

Situace č. 2 – Postupy perioperační péče a případ paní Š. A.

Perioperační péče v oblasti výživy a hydratace obecně

Pacienti jsou paušálně připravováni k operativnímu zákroku tak, že jsou poučováni sestrami následujícím způsobem: od večera nejíst, od půlnoci nepít a nekouřit. Pacienti jsou tedy před operací cca 15–18 hodin lační, nepijí cca 9–12 hodin. Lační ale také po operaci – první jídlo dostávají zpravidla večer po operaci, někdy až další den ráno (nejí tedy celkem cca 24–32 hodin). Tekutiny per os dostávají

cca za 8 hodin po operaci, někdy až večer (nepijí tedy celkem cca 17–20 hodin). (Lehčí operační výkony jsou zajištěny infuzemi jen po dobu operace, následně již ne. Po závažnějších operacích se doba lačnění ještě prodlužuje, hydratace je řešena zpravidla kontinuálně i. v. podávanými roztoky, v mnoha případech se ale nejedná o plnohodnotnou parenterální výživu, převažuje spíše hydratace). Standardní postupy pro tuto oblast perioperační péče k jednotlivým operačním výkonům v českých nemocnicích nejsou zpracovány.

Situace paní Š. A.

K operaci (tympaanoplastika) je paní Š. A. (64 let) přijata den před operací ráno, vypsána na operační sál je 2. den v 10.15 hodin. Od večera je lačná, od 24. hodiny nepije. Na operaci čeká na pokoji. V poledne, v den operace (ve 12 hod.), na dotaz, proč ji ještě na operační sál neodvezli, je sestrou informována, že na sále museli přednostně ošetřit urgentní příjem. Čeká tedy dál. V 15.30 hodin přichází rodina na návštěvu a zjišťují, že jejich maminka dosud sedí na posteli a čeká, je hladová, nepije a je psychicky vyčerpaná. Na dotaz, co to má znamenat, se dozvědí, že na operačních sálech již od 13.30 hod. nikdo není, že dnes už na operaci nepůjde, vezmou ji zítra, ať se nají (informuje na vyžádání sestra odpolední služby, která do okamžiku vznesení dotazu příbuznými pacientky ani nevěděla, že tato pacientka stále čeká na odvoz na operační sál, z lékařů se nikdo neobtěžoval paní situaci vysvětlit, omluvit se...).

Paní musí celou přípravnou proceduru k operaci absolvovat znovu, a to s odstupem cca 2 hodin (v 16.30 hod. jí rodina obstarala jídlo z nemocniční kantýny, od 18 hod. by už opět neměla jíst...!) Nikdo necítí odpovědnost, nikdo se neomluví, nic nevysvětlí. Personál toto považuje za „normální“ řešení situace, která se „může stát“.

Co mohly sestry udělat pro pacientku, pokud by naplňovaly profesní roli jejího advokáta?

Sestra ve službě, která o paní pečovala měla / mohla:

- sledovat operační program, průběžně situaci vyhodnocovat, paní informovat
- v okamžiku, kdy bylo zřejmé, že paní na operaci nepůjde, přimět lékaře k tomu, aby paní situaci objasnili a informovali jak ošetřující personál, tak pacientku o dalším postupu (event. si vyžádat, aby tímto úkolem pověřili ji, sestru, která o paní pečuje)
- zajistit ihned dodání oběda, zajistit dostatečný pitný režim, zajistit odpočinek a zahájit zejména psychickou přípravu na následující den operace
- rodinu v průběhu návštěvy informovat o tom, proč se situace takto zkomplikovala

- celou situaci a její průběh zaznamenat do dokumentace pacientky...

V tomto případě je nejzákladnější selhání na straně lékařů a také personálu operačních sálů, ale také na straně managementu – absence standardních postupů a kontrol. Lékaři měli problém aktivně řešit, spadá do jejich kompetence, od jejich rozhodnutí se odvíjí další péče poskytovaná sestrami. Ošetřující sestra také nepracovala profesionálně (pasivita, nezáměr, obavy z konfliktu, nezvládnání množství práce, nekompetentnost...?).

Co mohou sestry dělat pro své pacienty v perioperační péči, aby naplňovaly roli jejich advokátů?

Perioperační ošetrovatelská péče v oblasti výživy a hydratace – komplexní pohled

- **úroveň individuální péče** – pečovat o pacienta tak, aby zbytečně nehladoval a netrpěl nedostatkem tekutin. Chránit ho před dekompenzací.
- **úroveň managementu** – na základě výsledků aktuálních výzkumů aktivně a kontinuálně upravovat praktické postupy na svém úseku (aktualizovat či vytvořit standardy, metodické pokyny...), kontrolovat a monitorovat praxi v organizaci, iniciovat multidisciplinární diskuzi a řešení problému na úrovni pracoviště – organizace
- **úroveň výzkumu** – monitorovat možné problémy praxe a realizovat výzkum, výstupy publikovat a usilovat o implementaci nápravných opatření do praxe
- **úroveň vzdělávání** – učit aktuální postupy individualizované péče, vést k praxi založené na důkazech, neudržovat překonaná paradigma...

O čem uvedené situace z praxe vypovídají?

Výše uvedené situace jsou o nízké úrovni profesionality (zejména ve složce afektivní, ale také v oblasti kognitivní), o nenaplňování role „advokáta pacienta“ na straně sestry, a to ve všech 3 oblastech (advokát – obhájce – ochránce), a zřejmě jsou také chyby na straně managementu a jiných kategorií zdravotnických pracovníků. Konkrétně se v nich manifestuje:

- nezáměr o pacienty
- pasivita a rutina v práci sestry
- nepřijetí osobní profesionální odpovědnosti, odvolávání se na odpovědnost lékařů
- zaměření na přítomnost – na zvládnutí své rutiní stereotypní práce
- stereotypy a paradigma v myšlení a konání
- praxe orientovaná na rutinní výkony, ne na problémy a potřeby pacienta
- nedostatky v organizaci práce zejména v oblasti týmové spolupráce

- ignorování proaktivního přístupu
- absence kreativity, kritického myšlení
- nízká úroveň právní odpovědnosti
- pojmání etických principů jako formálních, teoretických „vždyť přece život a realita jsou jiné“ (chybí, či je nedostatečná realizace manažerského procesu „*institucionalizace etiky*“!)
- neužívání empatie, předvídatosti
- nedoceňování či ignorování významu výzkumu a kontinuálního profesního vzdělávání.

Co role „advokáta pacienta“ od sestry vyžaduje?

Vyžaduje **vysokou úroveň profesionality** – „vědet jak“ (vlastnit „know how“ oboru). Vysoká úroveň profesionality je šancí pro pracovní seberealizaci (jeden ze zdrojů pocitu spokojenosti), osobního rozvoje a v konečném důsledku také prevencí syndromu vyhoření – antistres. Konkrétně to znamená např.:

- principiální zaměření na pacienta, na kvalitu a na bezpečnost péče
- pracovat metodou ošetrovatelského procesu
- řešení ošetrovatelských problémů a potřeb pacientů (nejen somatických, ale také psychických, sociálních a spirituálních)
- vysokou míru osobní odpovědnosti a angažovanosti, kontinuálně se vzdělávat
- zdravou míru profesního sebevědomí
- umění komunikovat neagresivně i ve vypjatých situacích (asertivní techniky, manipulativní vyjednávání strategie, Rogersovský přístup...)
- rozvíjet otevřenou týmovou spolupráci
- umění argumentovat, přesvědčovat
- umět pracovat s rizikem...

Co sestry potřebují k naplňování role „advokáta pacienta“?

Kromě osobní profesionality jsou také důležité podmínky, ve kterých sestry pracují. Prostředí musí podporovat sestry v jejich úsilí naplňovat sesterské profesní role. Pro roli „advokáta pacienta“ to konkrétně znamená:

- **na úrovni pracovního týmu:** vzájemná kolegiální podpora, otevřená komunikace
- **na úrovni instituce:** podpora ze strany managementu, uznání profesionality sester ve svébytném oboru ošetrovatelství, rozvoj smysluplného vnitropodnikového vzdělávání personálu s akcentem na aktuální témata
- **na úrovni profese:** vzdělávání, podpora a hájení ze strany profesních sesterských organizací,
- **na úrovni státu:** naplňování závěrů kontrolní mise expertů EU – akceptování sester jako svědků v právních sporech, posilování jejich expertní činnosti.

Závěr

V zahraniční literatuře jsou problémy s naplňováním sesterské role „advokáta pacienta“ velmi často rozpracovávány pro situace z oblasti managementu bolesti, pro perioperační péči, naplňování role „advokáta pacienta“ na úrovni managementu péče u konkrétních chorobných stavů, v dlouhodobé péči, hojně jsou publikovány konkrétní zkušenosti sester s naplňováním této profesní role. V zahraničí jak legislativa, tak také nové státní či federální standardy péče již mívají tuto roli sestry přímo zakomponovanou a zohledňovanou. Pravděpodobně nejvíce o této roli publikují sestry v USA, v Austrálii, ve Velké Británii. Počátky studování této sesterské role spadají do cca 80. let minulého století. V českém prostředí dosud není tento problém ani publikován, ani systematicky řešen. Naplňování profesní role „advokáta pacienta“ se týká také porodních asistentek, nejen sester. Česká ošetrovatelská legislativa v současnosti roli advokáta pacienta ještě přímo nezmiňuje, lze na ni pouze usuzovat z kompetencí, které mají sestry pracující bez odborného dohledu a sestry specializky, ze zákonem předepsané ošetrovatelské péče poskytované metodou ošetrovatelského procesu a z koncepce ošetrovatelství v ČR.

Mgr. Lenka Špirudová

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
LF UP, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
e-mail: spirudo@tunw.upol.cz

Literatura

1. Allen G. (2000) Maximizing Nurses' Advocacy Role to Improve Patient Outcomes. In AORN Journal, May, 2000. Dostupné z: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_71/ai_64424117/dne 19. 4. 2006.
2. American Nurses Association. Standard of clinical practice. Washington, DC, 1998, The Association.
3. Board of Nursing, USA. Pain Management – Nursing Role/ Core Competency. A Guide for Nurses.
4. Bull R. Nurses' advocacy in an Australian operating department. In AORN Journal, June, 2004. Dostupné z: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_6_79/ai_n6076841/dne 19. 4. 2006.
5. Graham K. Continuity of care in addictions: the role of advocacy and coordination in case management. In American Journal of Drug and Alcohol Abuse. Nov. 1995. Dostupné z: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0978/is_n4_v21/ai-17495774/dne 19. 4. 2006.
6. Malik M. Advocacy in nursing – A review of the literature. In Journal of Advanced Nursing, January, 1997, s. 130–138.
7. Marshall C. The concept of advocacy. In British Journal of Theatre Nursing 4, May 1994, p. 11–13.
8. Moloney-Harmon PA. The Synergy Model: Contemporary Practice of the Clinical Nurse Specialist. In Critical Care Nurse, vol. 19, No 2, April 1999.
9. Rode D. Patient accounts managers play a role in advocacy – Patient Accounts Management. In Healthcare Financial Management. Oct. 1991. Dostupné z: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3257/is_n10_v45/ai_11405692/dne 19. 4. 2006.
10. Stein P. Pushing through barriers to advocate for a patient. In AORN Journal. Sept, 2004. Dostupné z: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_80/ai_n6343924/print ze dne 19. 4. 2006.