

Ošetrovatelské aspekty při poskytování pobytové služby osobám s demencí

Podíl samostatně pracujících zdravotní sestry, tj. registrované, navíc zaškolené v problematice péče o osoby s demencí, na poskytování péče uživatelům s pokročilou demencí je nezbytný. K tomuto průběžnému závěru ochránce dochází po provedení úvodních návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory v roce 2013. Stanoví zákon o sociálních službách povinnost poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb? V § 36 odkazuje zákon stran zdravotní péče poskytované ve vybraných pobytových službách na právní úpravu obsaženou ve zdravotnických předpisech a stanoví, že ošetrovatelská a rehabilitační péče je poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení sociálních služeb. V případě některých typů sociálních služeb zákon tedy předpokládá poskytování zdravotní péče v rozsahu ošetrovatelské a rehabilitační péče přímo poskytovatelem služby jako základní způsob jejího zajištění.

Velkou část uživatelů v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem tvoří osoby, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Typicky jde o osoby trpící syndromem demence. **Uživatelé s demencí se od určitého stadia onemocnění neobejdou bez ošetrovatelské péče, jakou jsou schopni poskytnout pouze zdravotničtí pracovníci.**

Ostatně, péči, kterou domovy prostřednictvím svých zdravotnických pracovníků, zajišťují, nelze podřadit pod nic jiného, než ošetrovatelskou péči – skutečně se jedná o odborné činnosti zaměřené na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; jejich součástí je také péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti.¹

Ochránce se při provádění systematických návštěv setkává v domovech s názorem, že práce zdravotnických pracovníků je považována za „odbornou“, zatímco práce pracovníků v sociálních službách, pečovatелů, je pojímána jako „neodborná“ činnost, která jako by s tou „odbornou“ nesouvisela. Dle zákona však je i činnost pečovatелů odborná,² byť se z hlediska zdravotnické kvalifikace jedná o „laiky“.

Jsou to ale zejména pečovatелé, kdo v rámci poskytování soustavné péče znají uživatele nejlépe a jako první mají možnost zpozorovat změny v chování, náladě a postojích konkrétního uživatele. I zdánlivě nepatrné změny (bolest, stav pokožky)

¹ Ustanovení § 5 odst. 2 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 2 písm. a) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se provádí zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

² Ustanovení § 115 odst. 1 písm. b) zákona o sociálních službách.

mohou být příznakem zdravotních problémů, zvláště významným, pokud uživatel není schopen případný zdravotní problém sám identifikovat a upozornit na něj (malnutrice). Zejména pak u uživatele, který v důsledku progredujícího onemocnění postupně ztrácí kognitivní funkce a často i verbální komunikační dovednosti. Na změny v chování, náladě a postojích uživatele musí zdravotnické pracovníky upozornit právě pečující personál. Ne, že by tyto změny nemohl zpozorovat zdravotnický personál, ovšem vzhledem k jeho počtu jsou u uživatelů častěji pracovníci v sociálních službách. Rovněž lze konstatovat, že ošetrovatelsky významné činnosti, jako je způsob zajišťování hygieny, zvládnutí inkontinence, krmení, vysazování z lůžka, stojí na práci pracovníků v sociálních službách.

Péče nemůže být efektivní, pokud vychází z předpokladu, že ošetrovatelský problém (imobilizační syndrom, postupující inkontinence, prevence a léčba dekubitu) zvládají zdravotníci, zatímco pečovatelé poskytují jakousi „jinou“, zdánlivě nesouvisející (a neodbornou) péči ve vlastní režii a „podle nějakých svých předpisů“. Respektive taková dvojkolejná péče nejen že není efektivní, ale představuje hrozbu, že budou zanedbány aspekty péče, které dobrý poskytovatel nesmí opomíjet (prevence malnutrice, riziko pádu, sledování bolesti). Jestliže pečovatelé bez úzké spolupráce se zdravotnickými pracovníky obstarávají hygienu, výměnu inkontinenčních pomůcek, podávání stravy, zavodňování, polohování apod., hrozí nebezpečí, že poskytovaná péče nebude komplexní a dostatečná. Snadno pak mohou být podceněny a přehlédnuty prvotní příznaky problému, jehož zbytečně opožděné řešení bude nejen ošetrovatelsky náročnější, ale pravděpodobně sníží pohodu, komfort a kvalitu života uživatele, respektive způsobí jeho utrpení.

Proto si každé zařízení musí položit otázku, zda mají pracovníci v sociálních službách stran ošetrovatelských aspektů péče náležité vedení. Zda je přiznáno, že tato činnost je skutečně jejich náplní práce a je tedy podle okolností také předmětem individuálního plánu (a není ztrácen čas vymýšlením zástupných aktivit, jen aby v individuálním plánu bylo něco napsáno). A zda jsou zásadní informace o zdravotním stavu uživatelů sdělovány i pracovníkům v sociálních službách.

Je potřeba opustit případnou dokumentační dvojkolejnost. Tok informací musí být obousměrný. Pečující musí být seznámeni se zásadními informacemi o zdravotním stavu uživatele, včetně např. vedlejších účinků léků, o projevech a chování vyplývajících z diagnózy atd.³ Pro poskytování odpovídající zdravotní péče je klíčová úzká spolupráce pečujícího personálu se všeobecnou sestrou. Pečovatelé by měli mít jasně definovány situace a projevy, které musí být hlášeny všeobecné sestře, aby nedošlo k zanedbání zdravotní péče. Naopak sestry musí být seznámeny se změnami v chování, náladách a postojích uživatelů, kterých si povšimnou pečovatelé, aby je evidovaly a případně konzultovaly s lékařem.

³ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v § 31 odst. 6 stanoví: „Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví.“ Zákon o sociálních službách stanoví povinnost mlčenlivosti pro veškerý personál poskytovatele sociálních služeb. Není tedy právních překážek pro sdělení informací o zdravotním stavu klienta také nezdravotníkům, a to v rozsahu, který je potřebný pro řádné poskytování sociální služby.

Zdravotničtí pracovníci, samozřejmě ve spolupráci s lékařem, by měli pomoci pečovatелům vymezit, co ještě uživatel zvládá, a co ne. Celodenní pobyt mnohých uživatelů v lůžku a v pyžamu, nevysazování ke stolu nebo do křesla, podávání všech hlavních jídel v lůžku může mít své opodstatnění. Na okraj podotýkám, že takový postup nemusí vždy představovat *respektování přání uživatele*, zejména trvá-li takový styl života řádově roky; skrývá v sobě řadu rizik, jako je vznik dekubitů, svalové kontraktury, zhoršení nálady a orientace a přivyknutí pasivitě, přičemž vážný projev reálné vůle není charakteristický pro pokročilou demenci. U uživatele s demencí by zařízení, tj. multidisciplinární tým včetně lékaře, v určitých situacích měl převzít zodpovědnost za jeho stav a snažit se jej vhodným způsobem motivovat a aktivizovat i přes jeho prvotní nesouhlas. Jestliže je však zdravotní problém uživatele tak závažný, že celý tým ve skutečnosti intenzivně pracuje na jeho zvládnutí a zmírnění utrpení klienta, není třeba konstruovat další dostatečně „sociálně“ znějící osobní cíle, které se naprosto míjejí s potřebami uživatele. Cílem správného managementu musí vždy být kvalita života uživatele, zmírnění trýznivých symptomů a podpora jeho důstojnosti.

Mgr. Ladislav Tomeček