



ZÁPIS Z 1.WORKSHOPU – PEČOVATELSKÉ SLUŽBY

Klíčová aktivita:	2 - Podpora poskytování sociálních služeb
Podaktivita:	2.A – Workshopy
Název projektu:	Projekt Podpora procesu plánování sociálních služeb na území MSK
Zkrácený název:	Plánování V
Registrační číslo projektu:	CZ.03.02.02/00/22_006/0000058
Dotační program:	Operační program Zaměstnanost plus

Téma:	Pečovatelství služby na sociálně zdravotním pomezí
Místo:	Budova DTO, Mariánské nám. 480/5, Ostrava -Mariánské hory
Datum:	25. 4. 2023
Časový rozsah:	10:00 – 14:00
Facilitátor:	Jana Sladká Ševčíková, Jaroslava Krömerová

Obsah

Úvod	2
Představení vybraných náročných situací spojených s oblastí zdraví	2
Diskuse	2
Jak je to u nás? Zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb plynoucí ze skupinové práce:	2
Má někdo v rámci služby terénní tým sester?	4
Jak dostávat sestřičky do terénu?	5
Financování sociálních služeb v pohledu Moravskoslezského kraje	5
Další související témata v oblasti stárnoucí populace	5
K čemu jsme došli, koho pozvat na příští setkání?	6
Termín dalšího workshopu pečovatelských služeb	6



Úvod

Bez kvalitních, dostupných terénních sociálních a zdravotních služeb nebude možno pečovat o starší a nemocné lidi. Jejich podpora může ulevit službám pobytovým.

Zdravotnické úkony může vykonávat pouze zdravotník (zákon o zdravotních službách, zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Pracovníci v sociálních službách, kteří o klienty pečují, nemohou provádět zdravotní výkony, neboť nejsou zdravotnickými pracovníky podle zákona. Přesto se někdy ocitají na hraně, kdy se to děje.

Představení vybraných náročných situací spojených s oblastí zdraví

Viz prezentace – příloha č.1

Diskuse

Jak je to u nás? Zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb plynoucí ze skupinové práce:

- Klienti mají nachystané léky v lékovce. My jim pomáháme dopomocí. Ne vždy víme, o jaké léky se jedná, co je obsahem lékovky, kdo ji nachystal. Musíme pracovat s důvěrou.
- Dopomoc je různá
 - o Pomůžeme dát léky na talíř
 - o Vysypeme léky do jídla
 - o Pro někoho se léky drtí
 - o Dohlédneme na to, aby byly užity
- Co dělat, když je zásobník na léky prázdný?
- S kým komunikovat ve chvíli, kdy je něco potřeba v oblasti zdraví?
 - o komunikace s rodinou
 - o komunikace s poskytovatelem zdravotní péče
- Jak řešit situaci, když přijde pečovatel do domácnosti klienta a nemůže se dostat dovnitř?
- Pokud nás kontaktuje zájemce o službu, u kterého je zjevné, že bude potřebovat zdravotní pomoc, řešíme dilema, zda jej vůbec do služby přijmout. Nevíme, jak bude zdravotní služba zajištěna. Logistika dvou služeb (sociální a zdravotní), aby pokryly potřeby klienta, je velice náročná. Pečovatelé se mohou zdržet u předchozího klienta a už služby nenavazují nebo zdravotní terénní služby nejsou k dispozici.
- Sladění zdravotního úkonu (vykonává zdravotník) s následným podáním stravy či jakýmkoli jiným úkonem (vykonává pracovník v sociálních službách)
- Sladění koupele s výměnou stomie
- Péče o PEGy
- Bandážování nohou
- Užívání mastí (například na záda či jiná hůře dosažitelná místa)
- Nasazování kompenzačních pomůcek (nasazování korzetu, protézy)
- Náplasti proti bolesti – musí se přikládat na záda v pravidelných časech
- Máme uživatele s dekubity, zdravotní služba je zajištěna, sestřičky jezdí klienta převazovat, ale co dělat, když přijedeme a převaz je pokálený nebo jinak poškozený?
- Kvadruplegik ve vigilním kómatu, manželka odsává hleny odsávačkou. Pečovatelky to nutíme dělat kapesníkem, protože nemohou odsávačku obsluhovat. Byl by to zdravotnický úkon. Odsávačka je pro klienta 10x pohodlnější a šetrnější než kapesníky. Když se dusí, musíme volat RZ, ale často by stačilo odsát hleny odsávačkou.
- Co dělat, když klient odmítne odvoz RZ?



- Klienti často potřebují zdravotní terénní pomoc, ale lékaři jim ji nechtějí předepisovat.
- Poskytnout pomoc při „drobném“ problému?
 - o Vidím odřeniny – zalepím ránu?
 - o Klienta bolí hlava, můžu mu dát nebo podat paralen/ibuprofen/ibalgin? V situaci, když si o něj řekne?

Jak se situacemi na sociálně-zdravotním pomezí pracujeme? Zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb plynoucí ze skupinové práce:

- Výhodou je, pokud je pod jedním IČ poskytována sociální i zdravotní služba. Logistika péče je pak jednodušší.
- Předávání informací mezi neformálními pečujícími, sociální a zdravotní složkou je náročné.
- Dobrá praxe: Sešity v domácnosti. Obálky v lékárně.
- Musí být jasně nastaveny hranice při přijímání klienta do péče.
- Jsou věci, které se jsou skutečně hraniční, komplikované:
 - o Příprava léků - kam až?, jak?, co přesně je dopomoc?, podpora?
 - o Bandážování nohy, kdy by mohlo dojít při převazech k poškození, takovému přitažení, že začne odumírat tkáň, apod.
 - o Co nasazování bandážovací punčochy, u které lékař nastaví pružnost? Ano (ale i zde jsou rizika --- punčochy jsou někdy nastaveny tak kompresně, že se také může stát, že papírovou kůži seniorovi strhneme.
 - o Pokud klienta bolí hlava, mohu mu doporučit lék(?), když nevím, na co všechno je alergický a jaké jiné léky bere a co může a nemůže kombinovat. A co když chce jen plato podat ze skříně?
 - o Víím, že klient je diabetik. Chce v rámci domluveného nákupu koupit větrník. Mám právo mu jej nekoupit? (ne, nemám)
- Individuální plán poskytování sociální služby musí obsahovat informace, co dělat v konkrétní situaci u konkrétního klienta – náročné na komunikaci.
- Stává se nám, že lékař klienta několik let neviděl. Do ordinace vedou schody, pro klienta je to bariéra. Stávají se situace, že se lékař se ptá pečovatelky na zdravotní stav klienta, protože on sám do terénu nechodí.
- Příklad dobré praxe – digitální lékovka. Klient nebyl orientovaný v tom, kdy si má brát léky. Byl to bývalý ředitel a degradovalo jej, že rodina musí několikrát za den přijíždět a kontrolovat, aby léky bral. Našli jsme elektronický dávkovač na léky (cca 2300 Kč), který má 6 budíků, je načasován na přesné časy, kdy začne zvonit. Otevře se jen ta přihrádka, ve které je lék pro danou hodinu a den. Klient pak nepotřeboval tak častou přítomnost rodiny.
[Automatické dávkovače léků MedControl](#)
- Rodinný příslušník nainstaloval kameru, aby mohl kontrolovat rodinného příslušníka, zda bere léky. Je to na dohodě s rodinou a individuálním plánem.
- Zkušenost pečovatelské služby: např. při hygieně kameru vypínáme, máme to v pravidlech služby, řešíme při jednání se zájemcem.
- Ad téma asistivních technologií: Existují bezpečnostní náramky, koberečky pod postelí nebo v koupelně, která mají čidla, a když člověk spadne, začnou vysílat signál.

Co vám pomáhá? Zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb plynoucí ze skupinové práce:



- Dopředu mít definovaný postup při krizových situacích a nechat ho následně podepsat klienty i rodinné příslušníky (např. kdy vyrazit dveře a kdy ne).
- Máme to v rámci vnitřních pravidel – stanoveno pro všechny klienty
- Dotaženo v individuálním plánu (koho voláme jako prvního, druhého, třetího)
- Proměnnost zdravotního stavu je velmi velká (jedna hospitalizace, kdy následně nastává ztráta schopností)
- Obálka s posledním dekurzem od lékaře, obálka do lékárničky, tak aby RZ věděla, co má dělat
- Informace: Krizové centrum Ostrava, které poskytuje krizové intervence, a to jak přímo klientům, tak i týmům při nějakých krizových situacích.

Největší rizika? Zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb plynoucí ze skupinové práce:

- Nedostatek informací „**Nesmíme nic vědět, ale musíme postupovat tak, jako, že vše víme**“
- Některé zákroky nemůžeme dělat, ale v praxi se to děje. Když najdeme klienta ve špatném zdravotním stavu, musíme se nějak rozhodnout a jednat.
- Některé pečovatelky někdy vystupují z pozice doporučující/vykonávající, i když na to kompetence nemají.
- Raději to metodicky uchopit a dělat to správně, například po absolvování nějakého ošetřovatelského kurzu než dělat, že se takové situace nestávají.
- Bavíme se o lidech, kteří nemají neformální podporu (rodina je daleko, nebo není apod.), ale přesto chtějí zůstat doma.
- Pokud klient neumí vyhodnotit, že se jeho stav výrazně zhoršil (např. počínající demence) a on chce zůstat doma, přesto že to evidentně nezvládá ani s podporou pečovatelské služby, je potřeba obrátit se na sociálního pracovníka obce a řešit to s ním.
- Chybí lékaři v terénu, psychiatři v terénu, sestry v terénu.
- Všeobecně je ve společnosti velký strach, z toho plyne i ohrožení pečovatelů.
- Záznamový sešit je praktická pomůcka, ale někdy chce rodina podrobné informace, které nedávají z hlediska poskytování služby smysl ani právo (např. rodina chtěla, abychom každý den kontrolovali, zda je dobře upevněné madlo v koupelně)
- Zápisy jsou důležité, využíváme čtečky – a už několikrát jsme skládali účty kriminální policii
- Mnohdy se setkáváme s tím, že zápisy jsou považovány za zbytečné – ale jsou to prostředky komunikační, a někdy bohužel slouží také jako důkazní materiál.
- Ohrožení a strach, zda jsme něco nezameškali, je velké.

Má někdo v rámci služby terénní tým sester?

- Charita Olomouc má tým sester, pečovatelek i terénní hospicovou péči, vše ve spolupráci s lékaři, sestrami, které jsou odborně vyškolené, sociálním pracovníkem a kaplankou (multidisciplinární tým); včetně zajištění supervizní podpory
- V Českém Těšíně máme zdravotní a sociální tým, dokonce jsme v jedné budově, spolupracujeme i s lékaři.
- Výborné terénní zdravotní služby máme v okolí, ale je složité aktivity společně sladit – nachystáme třeba večer přesnídávku, aby sestřička zkontrolovala, že klient něco snědl, poté co mu podá léky.
- Musí být vůle na obou stranách, i zdravotník někdy musí udělat aktivity, které spadají pod péči sociální.
- Realita někdy bývá taková, že klient se v tom přestane orientovat a po všech chce všechno....

Jak dostávat sestřičky do terénu?

- Obecně je málo zdravotních sester a finančně nás vždy převálcují nemocnice. Finance plynou více do zdravotnických institucí, a nikoliv do terénu. Je potřeba posílit terén, abychom nebyli kraj zastavěný ústavy.
- Některé obce na to slyší.
- Přínosem mohou být asistivní technologie do domácnosti (pomůcky, které pomáhají zlepšit fyzické nebo duševní funkce osobám, které mají tyto funkce z různých důvodů sníženy).

Financování sociálních služeb v pohledu Moravskoslezského kraje

- Pro kraj je prioritou péče v přirozeném prostředí klienta, při každém přerozdělování dotace z kapitoly 313 jsou individuálně zvýhodňovány ti, kteří mají péčové služby terénní s územní působností ve více obcích.
- Bude ovšem nutné systém připravit na nepříznivý demografický vývoj populace (viz např. HORECKÝ J., PRŮŠA L. Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019 – 2050. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN: 978-80-907053-4-0). Existuje hranice, kdy je terénní poskytování sociálně-zdravotní domácí péče nákladovější než péče v pobytové sociální službě. Odhadem se hranice pohybuje okolo potřeby péče 8 a více hodin ve srovnání s pobytovou sociální službou pro cca 80 a více klientů. Pro MSK by zachování stávající dostupnosti pobytových služeb pro cílovou skupinu 80+ (DS a DZR, aktuálně v MSK 131,1 lůžek na 1.000 obyvatel ve věkové skupině 80+) vyžadovalo do roku 2035 vybudovat 5.999 lůžek, pro stávající dostupnost terénních péčových služeb v Krajské síti sociálních služeb pro věkovou skupinu 65+ (aktuálně v MSK 3,83 úvazků v přímé péči na 1.000 obyvatel ve věkové skupině 65+) by bylo zapotřebí navýšit o cca 155 úvazků v přímé péči. Při stávajícím minimálním personálním standardu stanoveném v SPRSS pro DS a DZR by se odhadem jednalo o reálnou potřebu nových cca 2.700 úvazků v přímé péči (sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách). K tomu další zdravotnické pracovníky. Uvedené ukazuje reálné bariéry finanční i personální.
- Poznámka k hranici 8 hodin péče denně: Vždy bude záležet na tom, zda je do péče zahrnuta také rodina, dobrovolníci, sousedé, blízcí. Otázkou je, zda je v těchto hodinách skutečná "péče a podpora", nebo také "služby" - nákupy, úklidy, donáška léků atd... Rovněž zde je potřeba diskuse k danému parametru. Mnohdy tyto "služby" člověk využívá proto, že se reálně nedostane z domu, kde bydlí (bariéry vs. zdravotní stav) či z jiných důvodů.
- Bylo by vhodné nastartovat diskusi o optimální podobě péčových služeb na území MSK v návaznosti na uvedený demografický vývoj se zohledněním udržitelnosti (finanční, personální) - mění se potřeby cílové skupiny, klíčové jsou podmínky/motivace neformálních pečujících, roli hrají i možnosti investiční výstavby pro pobytové sociální služby (finanční, dotační programy s podporou EU, pozemkové, rekonstrukce) apod.

Další související témata v oblasti stárnoucí populace

- Obrovská skupina aktivních seniorů – destigmatizace tématu stáří v rámci veřejných kampaní
- „Výroba“ klientů sociální služby ve zdravotních službách /jak podpořit změnu náhledu a praxe ve zdravotnických zařízeních – tj. prostor pro aktivizaci a podporu hospitalizovaných seniorů
- Velký prostor pro práci s neformálními pečujícími - velice se osvědčuje, když se s rodinou ze začátku dobře pracuje, jsou posíleni v základním poradenství, základních ošetrovatelských/pečovatelských úkonech.



Financováno
Evropskou unií



Moravskoslezský
kraj



- Nejdříve zjišťujeme schopnosti klienta
 - Poté zjišťujeme schopnosti rodiny a blízkého okolí
 - Sociální služba řeší ostatní činnosti, které klient ani neformální péče nezvládá.
- Někdy si nás klienti pletou s úklidovou firmou
 - Nakolik je terénní služba financovatelná z pohledu klienta. Někteří senioři jdou z finančních důvodů raději do domova pro seniory, než aby žili doma.
 - Téma prodání majetku, abych měl na financování služby, je v ČR téměř tabu.
 - Změna systému příspěvku na péči.
 - Vysoká obsazenost v domovech pro seniory klienty s příspěvkem na péči I. a II. stupně. V Moravskoslezském kraji už to není tak běžné, ale ve zbytku ČR se to stále děje.

K čemu jsme došli, koho pozvat na příští setkání?

- Pozvat někoho s právním povědomím, kdo vyhodnotí rizika poskytování pečovatelské služby v terénu. Víme, že existuje precedens, kdy byla odsouzena pečovatelka za podání léků, které byly špatně nachystány někým jiným.
- Právníky z Kanceláře veřejného ochránce práv (Petra Zdražilová, Denisa Kramářová aj.)
- Krajský odbor zdravotnictví – může mít vliv na nasmlouvání terénní zdravotní péče? Nevíme, zda jsou si vědomi všech věcí, které tady dnes padly.
- Osvícený lékař praktik
- Etická rovina – od stolu mohu vydat pravidla, ale pečovatelky jsou ty, které budou zavírat dveře u klienta
- Metodická podpora a konkrétní výklad jednotlivých situací

Termín dalšího workshopu pečovatelských služeb

- 24.10.2023 – budova DTO, Mariánské náměstí 480/5, Ostrava – Mariánské Hory

Děkujeme za vaši energii a otevřenost v diskusi

Téma se dotýká každého z nás