

Konference Nedašov 2008

Péče o seniory v zařízeních sociálních služeb

Sborník příspěvků
Zuzana Vajďáková [ed.]



Konference Nedašov 2008

Péče o seniory v zařízeních sociálních služeb

Sborník příspěvků
Zuzana Vajďáková [ed.]

Konference Nedašov 2008 s podtitulem Péče o seniory v zařízeních sociálních služeb se konala ve dnech 23. - 24. září 2008. Navázala na pilotní vzdělávací aktivitu konanou v roce 2007.

Své příspěvky na téma úskalí výživy a hydratace seniorů, imobilizační syndrom, paliativní péče, péče o stomie, bazální stimulaci, individuální plánování péče a supervize v sociálních službách předneslo celkem 7 odborníků z praxe (zdravotní sestry, sociální pracovníci, představitelé organizací apod.).

Konference Nedašov 2008
Péče o seniory v zařízeních sociálních služeb

Sborník příspěvků
Editorka Zuzana Vajďáková

© NADĚJE o.s., 2009

Vydala NADĚJE o.s.
K Brance 11/19e, 155 00 Praha 5
Náklad 100 ks
Vydání první, 2009

Tisk: HEWER, s. r. o., Praha
Grafická úprava obálky: Miroslav Umlauf

Publikace neprošla jazykovou úpravou.
Za obsahovou i formální kvalitu odpovídá autor příspěvku.
Účelová neprodejná publikace.

Sborník je vydán za finanční podpory Nadace Taťány Kuchařové - Krása pomoci.



ISBN 978-80-86451-15-2

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 5 |
| <i>Mgr. Z. Vajd'áková</i> | |
| ÚSKALÍ VÝŽIVY A HYDRATAČE U SENIORŮ | 7 |
| <i>E. Vyoralová</i> | |
| IMOBILIZAČNÍ SYNDROM..... | 12 |
| <i>K. Vrlová</i> | |
| INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY | 18 |
| <i>I. Šustková</i> | |
| SUPERVIZE JAKO POMOC PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL | 23 |
| <i>Mgr. N. Komrsková</i> | |
| PALIATIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNÍM SYSTÉMU ČR | 30 |
| <i>Mgr. J. Prokop, Ph. D.</i> | |
| STOMIE, OŠETŘOVÁNÍ STOMIKŮ | 33 |
| <i>N. Kubíková</i> | |
| BAZÁLNÍ STIMULACE | 38 |
| <i>R. Pečeňová</i> | |
| POZNÁMKY | 49 |



ÚVOD

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

v rukou držíte sborník z již druhého ročníku konference pro zdravotní sestry, ošetřovatele a ošetřovatelky působící na pozici pracovník v sociálních službách, která se konala ve dnech 23. – 24. září 2008 v Nedašově, ve Zlínském kraji.

Konference Nedašov 2008 – Péče o seniory v zařízeních sociálních služeb navazuje na pilotní ročník, který se konal v roce 2007. Příspěvky konference byly rozděleny do dvou okruhů: zdravotnická a sociální témata. Své příspěvky předneslo celkem 7 odborníků z praxe.

Z okruhu zdravotnických témat zazněly příspěvky o úskalích výživy a hydratace seniorů, imobilizačním syndromu, paliativní péči, péči o stomie a bazální stimulaci. Příspěvky na sociální téma se týkali zejména individuálního plánování průběhu sociální služby a využití supervize pro zdravotnické pracovníky. V rámci tématu supervize proběhl také dvouhodinový workshop.

Doufám, že i tento sborník bude užitečnou pomůckou v praxi nejen všem profesionálům, kteří v rámci sociálních služeb pečují o seniory, ale také pro ostatní, kterým kvalita péče o seniory není lhostejná.

Mgr. Zuzana Vajd'áková
vedoucí vzdělávání, Naděje

ÚSKALÍ VÝŽIVY A HYDRATACE U SENIORŮ*

Autorka: Edita Vyoralová, Gerontologické centrum Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s., Zlín

Abstrakt:

Stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého jedince. Stáří se projevuje zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Nemocný starý člověk může být postižen tělesně, duševně nebo ve sféře sociální. Ztrácí tak postupně svoji soběstačnost a stává se závislým na druhých. Až 40-60% pacientů přijímaných do nemocnice přichází ve špatném nutričním stavu. Velmi často se setkáváme s pacienty, kteří jsou zmatení a dezorientovaní, odmítají přijímat stravu i tekutiny. Bývají odmítaví až agresivní, personál tělesně napadají, vyplivují podané tekutiny a brání se jakémukoliv přemlouvání. Všechny tyto skupiny pacientů vyžadují velké úsilí ošetřujícího personálu a jsou časově nároční, aby zajištění hydratace a výživy bylo „dostatečné“, k uspokojení denní dávky. Stravování seniorů má svá specifika. V důsledku snížené využitelnosti přijatých živin je nutno podávat v malém objemu chuťově i opticky výraznou a nutričně velmi kvalitní stravu. Pokud zabráníme vzniku nutričních deficitů, umožníme organismu zachovat plnou funkčnost i s přihlédnutím k procesům stárnutí. Využíváme různé možnosti nutriční podpory. Při částečném příjmu per os podáváme sipping (popíjení) nebo doplňkovou parenterální výživu, plnohodnotnou parenterální výživu nebo enterální výživu pomocí nasogastrické sondy nebo PEGu.

Stárnutí a stáří

Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří. Je na konci přirozeného vývojového procesu každého jedince.

Stáří se projevuje zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Za počátek kalendářního stáří považujeme věk od 65 let. Seniorská populace je výrazně různorodá. Nemocný starý člověk může být postižen tělesně, duševně nebo i ve sféře sociální.

Příčiny nedostatečné výživy

- Snížení chuťových a čichových vjemů
- Snížení pocitu hladu
- Zvýšení pocitu plnosti žaludku
- Snížení potřeby příjmu tekutin
- Nechutenství
- Problémy s chrupem a zubní protézou
- Poruchy žvýkání a polykání
- Vzájemná vazba mezi užívanými léky a jídlem
- Psychické – demence, deprese, paranoidní bludy, úzkostná dieta, alkoholismus

* Přepis PowerPointové prezentace

Výživa v nemocnici

Pod pojmem výživa se skrývá více forem podávání potravy. Pokud nelze podávat běžnou stravu, nastupují varianty výživy umělé v mnoha podobách.

Prostředky enterální a parenterální výživy



Stravování seniorů má svá specifika

Strava chutná a láková na pohled, aby podporovala chuť k jídlu, která je snížena.



Důležitou roli hraje kultura stolování



Úprava konzistence stravy – převedení do kašovitě formy

Tablety je mnohdy nutné drtit či dávat přednost tekuté formě

Výživa pacientů v poslední fázi života

Nutit pacienta v poslední fázi života pít nebo ho nechat bez vody?

Když starý člověk umírá, není naší snahou jeho vyléčení, ale ulevit mu od bolesti, zmírnit utrpení a nechat ho v klidu a míru.



Problémy stravování seniorů

- Pacient stravu v ústech necítí
- Stravu v ústech drží a nic s ní nedělá
- Špatně stravu kouše
- Vyplivuje potravu
- Kašle, fouká do jídla nebo pití
- Kloktá tekutiny, místo, aby polykal
- Odmítá potravu, brzy s jídlem přestává
- Povídá s plnou pusou
- Má častý poslechový nález na plicích
- Brání se, je agresivní, vulgární, často i tělesně napadá personál
- Pacient, který nechce být poučován
- Pacient, který nepije, aby nemočil



Všechny tyto skupiny pacientů vyžadují velké úsilí ošetřujícího personálu, jsou velmi časově nároční, aby zajištění hydratace a výživy bylo „dostatečné“ k uspokojení denní dávky.

Péče sester o stravování pacientů

Péče o stravování pacientů je běžná činnost sestry na oddělení. Denně objednává jídlo, kontroluje správnost diet, sleduje, jak se pacient stravuje, jak podanou stravu snáší, zajišťuje vhodné podání stravy, zachytává nevhodné dárky od návštěv a edukuje příbuzné.

Jak můžeme podporovat správné a bezpečné přijímání stravy

- Pacient při jídle sedí rovně, bradu drží co nejnižší
- Tekutiny podáváme v malých doušcích
- Dáváme malá sousta
- Střídáme jídlo s pitím
- Podněcujeme pacienta ke správnému a důkladnému polykání
- Po skončení jídla zkontrolujeme dutinu ústní

Důsledky nedostatečné výživy

Primární:

- Nízká hladina krevních bílkovin

- Chudokrevnost
- Ztráta svalové hmoty = sarkopenie
- Zvýšení rizika vzniku proleženin
- Oslabení imunity
- Zhoršení mentálních funkcí
- Zácpa
- Snížení tělesné aktivity

Sekundární:

- Zvýšená nemocnost
- Prodloužená hospitalizace
- Vyšší náklady na péči
- Zvýšená mortalita

Náročnost práce v léčebnách

Povolání zdravotní sestry často volí lidé, kteří mají zvýšenou schopnost empatie a chtějí pomáhat druhým. Práce v léčebnách je jedna z nejnáročnějších - odborně, psychicky i fyzicky a nikdy nekončí. Není pochopena náročnost naší práce, jsme nedoceny a neuznávány.

Stravování sester

Sestry jedí narázově, protože nemají na jídlo čas. Jejich strava je pro ně nepodstatná a podružná. Pijí málo tekutin a když mlsají, tak sladkosti. „Kovářova kobyla chodí bosa“.

Použitá literatura:

WEBER, P. a kol. Minimum z klinické gerontologie.

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří.

STARNOVSKÁ, T., CHOCENSKÁ, E. Nutriční terapie.

Internet, tisk

IMOBILIZAČNÍ SYNDROM*

Autorka: Karla Vrlová, Gerontologické centrum Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s., Zlín

Abstrakt:

Imobilizační syndrom je pojem, který je v péči o geriatrické pacienty hodně diskutovaný, ale také hodně podceňovaný. A to nejen nelékařským zdravotnickým personálem, ale i lékaři, kteří se někdy soustředí jen na vyšetřování pacienta a na hledání diagnózy. Imobilizační syndrom je mnohdy známkou nízké úrovně ošetrovatelské péče, ne-li až zanedbáním této péče. Imobilita vyvolává změny v systému kardiiovaskulárním, respiračním, pohybovém postižení svalstva, v kostech, urogenitálním systému. Dochází k postižení kůže, objeví se metabolické poruchy, poruchy rovnováhy minerálů. Faktory omezující pohyblivost nemusí vždy přímo souviset s fyzikálním onemocněním, ale mnohdy přispívá ke vzniku a prohlubování imobility také psychosociální faktor. Vzniklý a pokročilý imobilizační syndrom u starého člověka je indikací k paliativní péči. Jedním z typických příznaků jsou kontraktury, které se mohou objevit i navzdory preventivním opatřením. Předávání znalostí a zkušeností mezi ošetřujícími personálem hraje důležitou roli v ošetrovatelské péči o pacienta jak v prevenci imobilizačního syndromu, tak v dalším postupu u pacienta s pokročilým imobilizačním syndromem a přistoupení k paliativní péči. Ve vztahu k rodinným příslušníkům tohoto pacienta je pak informovanost základním prvkem, který vede ke spokojenosti a smíření se s danou situací.

Ošetrovatelství

- Je nepostradatelnou součástí medicíny
- Je samostatným oborem
- Aktivní ošetrovatelství, ve kterém je prosazována nezastupitelnost ošetrovatelských rolí uvnitř zdravotnického týmu
- Předávání znalostí a zkušeností - předcházení imobilizačního syndromu

Imobilizační syndrom (IS) - úvod

- Podceňování problematiky IS
- Polymorbidní geriatrický pacient
- Ošetrovatelská péče – fyzická, psychická a časová náročnost
- Nízká úroveň péče – až zanedbání oš. péče
- Rychlý rozvoj IS

* Přepis PowerPointové prezentace

Geriatrické syndromy

- Instabilita
- Inkontinence
- Intelektové poruchy
- Imobilizační syndrom

Neuvědomujeme si, že...

- doporučení klidu na lůžku na dobu delší než je nutno má zhoubné následky
- starý nemocný není schopen potřebného pohybu bez pomoci druhé osoby
- faktory omezující pohyblivost nemusí vždy souviset s fyzikálním onemocněním, ale ke vzniku a prohloubení přispívá také psychosociální faktor

Imobilita (nehybnost) - změny v systému:

- kardiovaskulárním
- respiračním
- svalovém
- endokrinním
- urogenitálním
- metabolismu
- gastrointestinálním
- nervovém
- kožním
- kostním
- emocionálním

IS – hlavní příčiny

- Centrální mozkové příhody
- Srdeční selhání
- Fraktury DK
- Osteoporóza
- Amputace DK

- Parkinsonismus
- Cévní onemocnění mozku
- Těžká respirační nedostatečnost
- artritidy
- Jiná onemocnění pohybového aparátu

Projevy IS

- Tachykardie
- Závratě, pády
- Pneumonie
- Flebotrombózy
- Úbytek svalové hmoty
- Porucha koordinace pohybů
- Kontraktury
- Osteoporóza
- Inkontinence
- Opstipace
- Deprese
- Dekubity
- Dekondice

Svalový systém

- Fyziologický úbytek svalových vláken
- Nahrazeno vazivem – úbytek svalové síly
- Atrofie svalstva
- Postižení DK 2 x více než HK
- Postižení posturálních svalů – postavování
- Prohloubení imobility

Kontraktury

- Snížení – nemožnost plného pasivního pohybu
- Znehybnění svalu ve zkrácené poloze
- Myogenní (projev IS)
- Měkkých tkání (projev IS)
- Artrogenní
- Prevence– cvičení, protahování, dlahování

Kardiovaskulární systém

- Ortostatická hypotenze
- Snížení minutového objemu
- Snížení systolického TK
- Tachykardie
- Snížení výkonnosti srdce – snížení tolerance cvičení - únava
- Tromboembolické příhody

Respirační systém

- Zmenšení objemu hrudníku
- Snížení průtoku krve v plicním řečišti
- Snížení pohybu mezižeberních svalů
- Mělké dýchání
- Zadržování sekretu – statická pneumonie
- Snížená schopnost odkašlávat – hromadění bronchiálního sekretu - záněty plic

Endokrinní systém - metabolismus

- Snížení bazálního metabolismu
- Porucha glukózové tolerance
- Porucha kostního metabolismu-osteoporóza
- Dusíková disbalance
- Hypoproteinémie – vznik otoků
- Hyponatremie, hypokalemie

Gastrointestinální systém

- Ztráta chuti k jídlu
- Oslabení peristaltiky
- Obstipace

Urogenitální systém

- Zhoršená drenáž ledvinových pánviček
- Zhoršené vyprazdňování moč. měchýře
- Retence moče
- Inkontinence moče
- Tvorba kamenů v močovém měchýři
- Katetrizace močového měchýře - infekce

Nervový systém

- Porucha koordinace pohybů
- Porucha rovnováhy
- Smyslová deprivace – hůře vidí, slyší
- Narušení intelektuálních a emocionálních vlastností
- Narušení citové stability – nepokoj, úzkost, deprese, strach, změny nálad, agresivita, nespavost
- Snížená tolerance na bolest

Kožní systém

- Snížené kapilární prokrvení nad kostními výčnělky
- Změny kůže ve stáří – ztenčení epidermis
- Ztráta elastických vláken
- VZNIK DEKUBITŮ

Imobilita vede:

- k „rozležení“ pacienta - k dekonkci
- k ohrožení pacienta na kvalitě života
- k ohrožení pacienta na životě samém

Čím déle pacient zbytečně leží, tím více se jeho zdravotní stav zhoršuje.

Prevence vzniku IS

- Aktivizace všeho druhu
- Odporový a silový trénink
- Bazální stimulace
- Vertikalizace – posazování, postavování, chůze
- Nutriční podpora, hydratace
- Psychická stimulace

Prevence – rodinní příslušníci - komunikace vede:

- ke spolupráci při posazování, chůzi
- ke spolupráci při hydrataci, krmení
- k psychické podpoře pacienta a tím k urychlení rehabilitačního postupu a ke zkrácení pobytu v nemocnici

Imobilizační syndrom - závěr

- Pokročilý IS u geriatrického pacienta = IREVERZIBILNÍ STAV
- Důvodem může být i postoj pacienta k jeho chorobám a k sociální situaci – odmítá vše
- JE INDIKACÍ K PALIATIVNÍ PÉČI
- Směřovat oš. péči k tomu CO JE VŮLÍ A PŘÁNÍM NEMOCNÉHO

Paliativní péče - IS

Informace rodinných příslušníků o zdravotním stavu VEDE:

- ke smíření a vyrovnání se s danou situací
- ke spokojenosti pacienta i rodiny

Motto: „Stáří není hrozbou, ale jen přirozeným procesem“.

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Autorka: Iveta Šustková

MOTTO:

Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.

Základní zásada:

- Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, § 2:
Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.
- Službu plánujeme vždy tak, aby vycházela z konkrétních osobních cílů klienta, respektovala jeho potřeby a cíle a podporovala přirozený způsob života.
- Plánujeme vždy jen to, co má souvislost s konkrétní poskytovanou sociální službou (viz. typologie).

Proč plánovat službu s uživatelem?

- Je důležité, aby pomoc a podpora poskytována prostřednictvím sociální služby splňovala individuální potřeby konkrétního uživatele. Individuální plánování služby je základem pro nastavení sociální služby.
- Tuto povinnost ukládá Zákon č. 108/2006 Sb. ... § 88 – Povinnosti poskytovatele – poskytovatel je povinen:
 - f) Plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování služby za účasti těchto osob, jeli to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců
 - h) dodržovat standardy kvality sociálních služeb

(Vyhláška č. 505 / 2006, příloha č. 2):

- Snažíme se poskytovat sociální služby uživatelům v takové kvalitě a rozsahu, jakou konkrétní jedinec opravdu potřebuje – tak, aby byly naplněny (nejen – ale i hlavně) základní lidské potřeby...
- ...a také – inspekce vše prověřuje, tedy sleduje kvalitu sociálních služeb....

Standardy kvality sociálních služeb

- Norma určující jaká minimální kvalitu sociální služby
- Obsahově je možné dělení na standardy procedurální, provozní a personální
- Kvalitativně jsou děleny na zásadní kritéria, která musí být naplněna a další kritéria

Standard č. 5 - individuální plánování průběhu sociální služby

A) Zásadní:

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování sociální služby

B) Zásadní:

Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby

C) Zásadní:

Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle

D) Zásadní:

Poskytovatel má pro postup podle písmene B) a C) pro každou osobu určeného zaměstnance

E) Další kritérium:

Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

Alternativní přístupy k plánování sociální služby – který je správný?

Kdo je to klíčový (hlavní – důležitý) pracovník?

- Je to pracovník konkrétní organizace, pověřený individuálním plánováním sociální služby dále jen klíčový pracovník.
- Správný název - klíčový pracovník x důvěrník? Volí si organizace dle své praxe.
- Klíčový pracovník (KP) je prostředník - vyjednaváč mezi organizací a klientem.
- Klíčový pracovník zjišťuje potřeby, cíle požadavky uživatele a přenáší je do pracovního týmu.
- Je to pracovník, který má kompetence - dovednosti (výcvik) pro KP.
- Je to pracovník, který práci KP vykonává v rámci své pracovní náplně a pracovní době.
- „Paklíč“ - pracovník, který byl v organizaci pověřen individuálním plánováním služby, ale v samotném procesu a metodách nebyl zaškolen a nezná je.

Co by měl KP znát – umět (odbornost, kompetence...):

- Musí výborně znát pravidla (standards kvality), předpisy, zákony, vyhlášky a zásady za kterých konkrétní poskytovatel sociální službu poskytuje
- Musí respektovat uživatele, jako partnera, který si nakupuje sociální služby a řádně si za ně platí
- Musí mít odborné vzdělání, alespoň obecný základ práce s uživatelem (hlavně základní lidské potřeby....)
- Musí dokázat zvládnout kompetenci vedení rozhovoru s uživatelem (a to i věcech nepříjemných – musí dokázat přijímat kritiku a využít jí ke zkvalitnění sociálních služeb)
- Musí dokázat odmítnout – vhodnou formou – neoprávněné požadavky uživatele (požadavky, které se netýkají poskytované sociální služby)
- Musí dobře znát rozsah služeb uživatele, i dojednané specifika služby uzavřené smluvně mezi uživatelem a poskytovatelem
- Musí dokázat z osobních cílů uživatele vyjednat konkrétní potřeby, postupy i časový harmonogram...
- Měl by dokázat o dojednané potřebě uživatele vytvořit záznam a přenést dojednané potřeby do pracovního týmu.

Výcvik KP – existuje závazná norma?

- Rozsah výcviku– hodinová dotace, praktické zkušenosti ze Středočeského kraje a dalších zařízení sociálních služeb (DS, DZP, DS).
- Rizika – neznalost základní legislativy, nepřipravenost zařízení na organizační změny, změnu kompetencí, nedostatečná informovanost nesystematičnost v práci týmů...

Práce s týmem:

- Tým pracovníků v přímé péči je základním kamenem poskytování sociálních služeb.
- Nutné vytvoření funkční organizační struktury zařízení s přesně stanovenými kompetencemi.
- Nutné kvalitní odborné vedení týmu pracovníků.
- Standardy kvality týkající se práce s týmem - personálem.
- Vzdělávání a práce s týmem je dlouhodobý proces.
- Nutná v první řadě podpora vedení zařízení ve formě jasně deklarovaných kritérií, jak má být služba v organizaci poskytována.
- Na tvorbě pravidel se musí podílet právě pracovníci v přímé péči (statut klíčových pracovníků).
- Nutné vytvořit další podpůrné formy vedoucí k rozvoji týmů (supervize...).

Vedení řízeného rozhovoru–vyjednávání-jednotlivé fáze:

- Příprava na setkání
- Zahájení rozhovoru
- Dojednání potřeby, cíle uživatele
- Kontraktování – aktivizace uživatele, adekvátní podpora organizace
- Ukončení a rekapitulace
- Průběžné či konečné hodnocení naplnění cílů

Práce s uživatelem, který nekomunikuje (kdo je takovým uživatelem...)

- Nekomunikujícím uživatelem je taková osoba, která nekomunikuje žádnou formou (ani náhražkovou či alternativní komunikací či je ve svých odpovědích neorientována (demence...)

Užívané techniky – jsou součástí výcviku KP:

- Intuitivní techniky (empatický rozhovor, pozorování...)
- Racionální techniky (rozbor základních lidských potřeb...)
- Další (studium dokumentace, podklady z historie uživatele, reference blízkých osob...)

Faktický postup plánování v organizaci, dokumentace

- Organizace má vytvořen písemně metodický pokyn pro proces zavedení individuálního plánování v organizaci, pracovní postup pro práci klíčových pracovníků i pro informovanost o procesu individuálního plánování uživatelů.
- V metodice je uvedeno jak má být zpravován záznam o plánování služby...rozsah, obsah forma...
- Budoucí uživatel uzavírá s poskytovatelem smlouvu o poskytování konkrétní sociální služby, součástí či přílohou této smlouvy by mělo být první individuální nastavení rozsahu poskytované sociální služby, tzv. „velká inventura“ se stanovením individuálního cíle.
- V organizaci jsou stanoveni KP.
- Konkrétní uživatel si vybere svého KP, případně z důvodu vyváženosti jsou mu nabídnuti jiní KP.
- KP je seznáme s rozsahem a obsahem dohody, osobními cíli uživatele.
- KP kontaktuje uživatele, představí se mu a požádá o schůzku.
- Na schůzce nejprve seznámí uživatele se zásadami pravidly individuálního plánování (důvěrnost sděleného, dostupnost záznamu), pak vede rozhovor s uživatelem (případně využije techniky práce s nekomunikujícím uživatelem).
- Zpracuje záznam.
- Přenese vyjednanou potřebu klienta do týmu.

- V dohodnutém termínu následuje další schůzka s uživatelem.

Literatura a další zdroje informací:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb. (příloha č. 2 Standardy kvality sociálních služeb).
- Průvodce poskytovatele - Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe.
- Práce s klientem s rizikem v chování.
- Kvalita sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením (metodika hodnocení).

Další obdobné info např.:

- www.mpsv.cz – sociální služby
- www.cekas.cz
- www.restrikce.cz
- www.kvalitavpraxi.cz
- www.sqss.cz

SUPERVIZE JAKO POMOC PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL

Autorka: Mgr. Noemi Komrsková, supervizorka

Abstrakt:

Cílem přednášky a workshopu bylo získat zdravotníky pro aktivní spolupráci při supervizích. Záměrem bylo odreagování, sdílení, zastavení v běhu času, vzájemné pochopení, umět problém pojmenovat, najít, řešit, hledat cestu, jiný pohled na problém, pročištění mysli, posouzení nestrannou osobou, uvědomění si vlastních kvalit, nebát se vyslovit svůj názor, zkvalitnění služby, vcítění, humor, uvolnit napjaté vztahy, předat informace, prevence syndromu vyhoření.

1. Seznámení se

Technika: Účastníci se představili, jméno všichni opakují; chůze v prostoru, všichni se beze slov zdraví.

2. Obraz Rembranta – Návrat marnotratného syna

Vyprávění biblického příběhu o dvou synech, první měl velký problém a slyšíme že se pokořil a dal vše do pořádku, druhý syn vždy poslušný zůstává stranou, žárlí a nevíme jak dopadl.

Jaký je náš problém? Umíme ho včas diagnostikovat a dělat s ním něco, nebo se jen točíme rychle a tím udržujeme stabilitu – co se stane až budeme životem zastaveni, budeme umět žít, umíme už teď o sobě pravdivě přemýšlet? Nejsložitější cesta člověka zní: „Přišel sám k sobě“ To byla cesta obratu ztraceného syna. Umíme i my naslouchat vlastnímu „JÁ“ ?

3. Práce skupiny – odpověď na otázku: „K čemu je supervize?“

4. Několik slov o supervizi

Nechci zůstat u teorie – je možno ji velmi dobře načíst doma. Přináším některé teoretické základy, ale i mou vlastní kuchařku – jak vnímám supervizi, k čemu je a k čemu by mohla být Vám osobně.

Pojem: **super** – nad, **videre** – hledět, vidět, zírat.

V angličtině původně – každá situace, ve které člověk dohlíží, dozírá – na jakoukoliv práci

Dohlížení na práci stálo na počátku, ale staletími se formoval dále tento termín, až k současnému chápání pojmu supervize – šlo o to, co ve formách dohledu pomůže, aby konkrétní odborník byl schopen dělat svou práci co nejlépe.

Ve své podstatě supervize fungovala ve svých základních principech od nepaměti, v celé historii lidstva vždy princip poznání, rozvoje, předávání zkušeností, sdílení, podpory fungoval a funguje většinou docela

dobře i nyní. Proč se tedy supervize má vůbec institucionalizovat, proč se má specifikovat, vyučovat, zavádět? Protože to přirozené nemá vždy stejnou úroveň a na větší úkoly přestává stačit?

Příklad:

Dovolím si tuto skutečnost přirovnat k obrázku ze svého původního oboru z muzikoterapie.

Všichni víme, že je krásné a dobré, když maminka zpívá svému miminku a houpe ho. V situaci, kdy výzkumy ukazují, že většina maminek dětem už nezpívá a mnozí opustili kolébky vědci zjistili, že mateřská náruč je to nejlepší prostředí pro dítě, slyší tlukot maminčina srdce, na které je dítě zvyklé z doby před narozením a uklidňuje ho, rytmus písničky opět navazuje na tlukot srdce, kolébkou chůzi maminky, nádech a výdech a je základem pro všechny další stereotypie našeho chování, je základem emočního prožívání, základem pohybů, i základem řeči. Maminčin hlas dítě rozeznává hned po porodu, vnímalo ho a rozeznávalo už mnohem dříve, je mu zdrojem bezpečí a klidu, umí upokojit i stimulovat. Při houpání se dráždí statokinetický orgán vnitřního ucha – dítě bude brzy držet rovnováhu atd.

To co dřívější maminky cítily a dobře dělaly – musíme současné maminky nově učit a dávat argumenty, že je dobré pro jejich děti, aby jim zpívaly, aby je nosily v náručí, nebo v šátkách jako indiánky, aby je kolébaly apod.

Podobně je tomu se supervizí: přirozené učení, podpora předávání informací a společná práce přestávají stačit na současnou problematiku člověka v postmoderní době. Smiřme se tedy s pojmem supervize a pojďme hledat čím je, k čemu a kdy ji můžeme potřebovat.

Podívejme se na oblasti, které spolu pomohly vytvořit současný pojem supervize. Dr. Havrdová uvádí šest oblastí:

- specifická podpora práce podřízeného jeho nadřízeným v rámci dialogu,
- co znamená reflexe a její místo v supervizi,
- mentoring – andragogické učení, neboli uvádění začínajícího pracovníka nebo studenta do profese zkušenějším kolegou,
- metody klinické praxe opřené o chráněný vztah mezi terapeutem a klientem, aneb psychologické zákonitosti v procesu pomoci,
- sdílení mezi kolegy a interpersonální dialog v týmové či skupinové práci a učení,
- organizace a organizační rozvoj.

Supervize **není** jen kontrola práce někým, kdo je, nebo si myslí že je super, jak bývá často chápána.

Současné chápání pojmu zní: **laskavý nadhled**. Laskavý nadhled člověka, který je kompetentní - vyškolen v problematice práce, terapeutických přístupech k člověku i skupinové práci, zajímá se o kulturu organizace a její fungování, a má za cíl podporu a pomoc.

Kompetence obecně znamená v překladu – vhodný, příhodný, náležitý - schopnost naplnit požadavky povolání, nebo jiné požadavky.

Kompetence v sociální práci – zahrnuje zvládnutí požadavků osobnostních, etických, vzdělávacích, zkušenostních.

Opět mi dovolu prosím osobní poznámku:

Šest let vykonávám supervizní práci a vím, že za tu dobu jsem s některými týmy i lidmi mohla projít velmi zajímavé úseky v hledání jednotlivců i týmů. Někde jsme se dostali i do situace, kdy nebylo možno opravdu pracovat a jít tzv. na hlubiny, kde bránilo prostředí, neklid, zábrany, nedůvěra, nereálné očekávání. Opakovaně narážím na to, že týmy zdravotníků v sociální práci mají velmi silné obrany, vlastně největší. Oni nemají problém, ani v práci, ani doma a nemají také čas dvě hodiny nepracovat. Jen občas se podaří v práci najít běžná témata jako: moje bolest, nemoc, smrt mých drahých, strach z mé bezmoci, strach o děti, problémy vztahů v rodině – a najednou hlasitě mluvící suverénní zdravotnice mají slzy v očích a moc se za to stydí.

Platí pro zdravotnice jiné pravidlo, než pro ostatní lidi – mohou si i ony dovolit trochu emocií?

Mohou si dovolit věnovat čas přemýšlení o sobě, o tom, co je vyčerpává, co je opravdu bolí?

Nejen že mohou, ale velmi to potřebují, stojí ve velmi těžké situaci – mezi klienty – pacienty a nadřízenými. Dále také mezi smrtí v práci, kde jsou profesionálkami a rýmou a nemocí v rodině. Někdy se stává, že zapomenou, že už nejsou v práci a profesionálně řeknou dítěti, či manželovi, že si vymýšlejí, že jim tak zle není. Samy své nemoci také nevnímají – vždyť tak zle není a určitě to nic nebude. Většinou chodí k lékaři, nebo na neschopenku velmi málo. Všechny tyto situace supervize zná, ano týmy zdravotníků jsou velmi složité, ale pro supervizi velmi potřebné, jen jak získat jejich chuť ke spolupráci? Pro supervizora je to velká výzva. Někde jsem byla svědkem úžasných pozitivních změn a procesů a to jsou radosti i poklady supervizora. Některé zdravotnice zatoužily po rozvoji a začaly na sobě pracovat – velký zisk z toho měly ony samy, jejich rodiny i uživatelé služeb.

I já patřím mezi lidi, kteří si rozmyslí, než se někomu svěří se svým strachem, nebo úzkostí a nejistotou. Co mne přivedlo k supervizi?

Přes 30 let spolu s manželem pracujeme v pomáhajících profesích. V letech kdy jsme jako velmi mladí lidé zápasili o kvalitu své práce a směr, si velmi dobře pamatujeme několik lidí, kteří nás vyslechli a pomohli nám jít dál. Pravidelně jsme se těšili na návštěvy z Anglie, nebo Německa, Švýcarska a Holandska, kteří naslouchat uměli velmi dobře a kde jsme i v době totality věděli, že naše informace nebudou zneužity.

Když jsme spolupracovali v církvi, spoluvytvářeli ekumenickou, církevní diakonii, stacionář v Praze a pak Naději ve Vysokém Mýtě, bylo to pro nás někdy velmi těžké. Měli jsme pocit, že nemáme člověka, že nikoho nezajímají naše zápasy, že máme vše dělat perfektně, ale jak, když to bylo u nás poprvé a neměli jsme lidské vedení a přitom jsme se dotýkali nejtěžších lidských zápasů (nemoci, smrti dětí, jiných ztrát, bolesti, umírání).

V té situaci mi přišlo slovo SUPERVIZE jako číše vody studené pro žíznivého člověka.

My jsme potřebovali oddělit čas péče o druhé od času orientování se v sobě, své práci, systému práce v organizaci – a čas na budování týmu i získávání kompetencí svých i svých kolegů. Myslím že v našem případě supervize, její studium i studium psychoterapie bylo díky Pánu Bohu nástrojem prevence proti vyhoření – a to je myslím tou největší hodnotou pro lidi v pomáhajících profesích.

Protože jsem často prvním supervizorem v organizacích, musela jsem a někde ještě musím překonávat mnohé přirozené obranné mechanismy, které si zaměstnanci kladou, když přijíždí „někdo“, kdo se jde dívat na práci, motivy, nevyjasněnosti, možná i chyby.

Každý takový člověk se přirozeně brání. I supervizor musí mít svého supervizora a také musí překonávat

své bariery. Jen i zde platí „Co nic nestojí, za nic nestojí“. Hledat pravdu stálo lidi v historii i životy a přesto to mnozí učinili. **Hledání pravdy** o nás a naší práci je velmi cenný materiál a dává mnohé možnosti i novou radost. Dává tzv. „AHA“ zážitky, objevy vlastních bludných kruhů, kdy z některého svého zážitku si utvoříme neměnný názor a způsob jednání, které nás, nebo naše okolí opětovně poškozuje.

Sebeklam je sice příjemný, ale je velmi nebezpečný. Vede nás k přepracovávání se, k nejistotám, přesvědčování sebe i druhých o jiné skutečnosti a při jejich přikrývání i k aroganci a agresi, nebo pasivitě – má svá velká skrytá nebezpečí.

Hodně jsem se zabývala tím, proč v naší české situaci se tolik supervizi a spolupráci při ní bráníme. Žila jsem rok ve Skotsku a hodně přátel jsme měli ze západní kultury a tam jsem viděla jiný přístup. Myslím si, že to není tím, že jsou to jiní, nebo lepší lidé, ale tím, že jsou už od mateřské školy vedeni k vyjadřování vlastního názoru a jeho obhajování a respektování názoru druhých. Naše starší generace pamatuje za každý jiný, než obecně uznávaný názor, tresty. Je pro nás logické, že tato skutečnost ovlivňovala i výchovu dětí v oblasti respektu a škoda že se to dělo i v zemi Komenského, který učil velmi názorně respektu k dětské a lidské duši (existuje výborná současná literatura z této oblasti, Kopřivovi: Respektovat a být respektován, velmi doporučuji).

Nová generace může mít problémy s absolutní demokracií, kdy se zapomíná děti vést a vyučovat. Je pohodlné mít pocit že děti vychováváme, když jim koupíme internet a zaplatíme kroužky, popřípadě spoléháme na školu. I dítě potřebuje příklad, naslouchání, vedení a trochu supervizi svého myšlení i konání. Potřebuje to ale i každý dospělý, i senioři potřebují korigovat své postoje, když o to stojí.

České počáteční obavy ze supervize vyjadřuje již naše odpověď na otázku: „Jak se máš?“ - „Za nic to nestojí – tak tak.“ Angličan řekne: „Very well, thank you“.

My Češi jsme národ v mnoha věcech obdarovaný, ale neradi přiznáváme, že se máme dobře, natož že se dobře opravdu nemáme. Buď jsme skromní, nebo máme strach z toho, aby nám to někdo nezáviděl. Neumíme přijímat pochvalu ani napomenutí - vlastně nechceme vzít danou otázku vážně - je to naše věc, ať se nás radši nikdo neptá - a proč ho to vlastně zajímá? V supervizi se ta věc (naš život, naše práce) stává pozorovanou a my nevíme, co s tím, nechce se nám do toho.

Supervize přichází podobně. Podle Hawkinse a Shoheta (1994, s. 43):

- poskytuje pravidelný prostor k reflexu obsahu a procesu vlastní práce,
- rozvíjí pochopení a dovednosti v práci
- získává informace a jiný pohled na vlastní práci
- dává zpětnou vazbu ohledně obsahu i procesu vlastní práce
- dává možnost získat ocenění a podporu jako pracovník i jako osoba
- pomáhá získat jistotu, že jako pracovník i jako osoba nebudu odkázán na to, nést zbytečnou zátěž nesnáží, problémů i projekcí sám,
- dává prostor propátrat a vyjádřit osobní nepohodu, ztrátu zájmu, přenos a protipřenos, který má práce mohla vyvolat,
- pomáhá lépe plánovat a využít vlastní osobní a profesionální zdroje,
- učí být pro-aktivní spíše, než retro-aktivní,
- zajišťuje kvalitní práci.

Aby mohla supervize začít, je třeba si ujasnit některé termíny a možnosti dohody mezi poskytovatelem a příjemcem supervize:

- **Dohoda organizace a supervizora** – velmi důležitý začátek supervize.
- **Supervizor** – je člověk, který se orientuje v oboru a umí dát prostor k vyjádření pozitiv či negativ práce jednotlivce nebo týmu, pomáhá najít možnosti a odvahu k řešení i reálné cíle, které supervizant chce dosáhnout.
- **Supervizant** - je člověk, který chce o svých problémech, zápasech i způsobech práce hovořit, sdílet se, odreagovávat a pojmenovávat tenze a hledat další cesty, nebo tým na pracovišti, který potřebuje spolupracovat, poznávat se, předávat informace, chápat strukturu i potřeby organizace, služby i cílové skupiny.
- **Supervizní cíl** – účel supervize. Může být prevence proti vyhoření, rozvoj pracovníka či celého týmu, podpora či odkrytí nových možností i skrytých zablokování ve vztahu k sobě, druhým i práci.
- **Pravidla poskytované supervize** – je psané vyjádření pravidel o způsobu, délce, místě, čase, financích, možnostech a o ukončení supervizní práce.
- **Podmínky ukončení supervize** - Odmítnutí supervizita, účastníků, za jakých okolností. Supervize odpadá, kdo ji odvolává, kdo stanoví náhradní termín, výši ztráty.
- **Kriteria dosažení účelu** – důkazy, že supervize splnila svůj účel (spokojenost jednotlivce nebo týmu, stabilita týmu, kooperace v týmu, kompetence).
- **Časový rámec** – kolik supervizí schůzek, datum ukončení.

Proč supervizi v pomáhajících profesích?

- Protože máme tendence motivované lidi nechat vyčerpat až k smrti, jim nejvíce hrozí problém vyhoření.
- Protože klienti či jinak potřební potřebují stálou kvalitu vztahu, zaměstnavatelé dobré pracovníky, Pán Bůh užitečné služebníky.
- Stát zařadil supervizi jako nutnou součást kvalitní sociální práce a škoda, že tak neučinil už před mnoha lety.

5. Práce na sebehodnocení podle dotazníku

SEBEHODNOCENÍ:

1) Schopnost komunikace – (hodnocení 0-5, 0 žádný problém...)

- Vstřícnost
- Naslouchání
- Schopnost sebe prosazení
- Schopnost obhájit názor
- Schopnost přiznat svůj problém

- Schopnost uznat autoritu

2) Sebe přijetí x pocit méněcennosti (nehodící se škrtněte)

- Vážím si sám(a) sebe
- Zním své přednosti i své problémy
- Chtěl(a) bych vypadat jinak
- Chtěl(a) bych být jiný (á)
- Nejsem se sebou spokojený (á)
- Štvu sám(a) sebe
- Radši kdybych nebyl(a)

3) Informovanost (škála 1, 2, 3, 4, 5)

Profesionalita (škála 1, 2, 3, 4, 5)

Kompetence (škála 1, 2, 3, 4, 5)

4) Práce s lidmi – s uživateli:

- zvládání role prakticky (ošetřovatelství, soc. práce, management, apod.) (1, 2, 3, 4, 5)

slovně proč:

- spolupráce v týmu (1, 2, 3, 4, 5)

slovně proč:

5) Délka praxe:

6) Rozvoj – vzdělávání, růst kvality práce:

.....
.....
.....

7) Co mne baví v práci

.....

8) Co je mým největším problémem v práci.....

.....
.....

6. Práce ve dvojicích

Technika: jeden hovoří - druhý sleduje čas (5minut) a naslouchá beze slov, pak se role vymění.

Společné hodnocení – komu se lépe naslouchalo, či hovořilo, jak vše probíhalo.

Závěr: Positivní zážitek, někde bylo možno hovořit i v tak krátkém čase o velkém problému, někomu se velmi ulevilo, někdo byl překvapen, že to dokázal

7. Závěr

Positivní hodnocení, máme připravené problémy pro supervizi, je lépe pracovat s cizími lidmi, existuje stále strach, jak by mé otevření přijal vlastní tým.

Skupina velmi dobře pracovala, bylo i vhodné prostředí a klid k práci, cíl – získat zdravotníky pro spolupráci se dobře podařil – i pro supervizora pozitivní zkušenost.

PALIATIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNÍM SYSTÉMU ČR

Autor: Mgr. Jiří Prokop, Ph. D., ředitel Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

Základním axiomem nejen paliativního přístupu je to, že péče musí kopírovat aktuální potřeby pacienta nikoliv, aby se pacient přizpůsoboval nabízené péči. Pacient má právo volby (včetně povinnosti informovaného souhlasu), svobodného rozhodnutí a má právo na svůj názor, který by měl být respektován (Práva pacientů + legislativní normy) a za druhé pacient požaduje maximální množný vnitřní a i vnější komfort – toto vše by měla paliativní péče pacientovi pro něj zřetelně a srozumitelně nabízet.

Vycházím-li z těchto dvou předpokladů, nutně docházím k závěrům, že péče následuje pacienta tam, kam kde se právě nachází, a zde mu je s maximální možnou mírou i kvalitně poskytována.

Filosofie poskytování paliativní péče je pro všechny subjekty nesmírně výhodná – pro některé více, pro některé méně. Předně – pacient. Pacient vyžaduje komfort, bezpečí, zázemí a svobodu rozhodování. Toto všechno může paliativní péče nabídnout, ale v různých formách – nemocnice, specializované ambulance, LDN, praktický lékař, domácí péče, hospic. V těchto šesti segmentech se pohybuje pacient dle svého aktuálního zdravotního stavu. Tyto složky musí pružně a erudovaně reagovat na pacientovy potřeby a nabídnout mu takovou péči, která bude splňovat ony základní kritéria – možnost svobodného rozhodování o průběhu péče a maximální možný komfort pacienta. Nemocnice může nabídnout relativně dobrou míru svobody pro pacient, přestože zatím není rozšířená kvalitní edukace personálu, jsou aplikovány stereotypní vzorce rozhodování a pacient je „jedním z řady“. Komfort v nemocnici je na vysoké úrovni řešení symptomů fyzických, nikoliv však dalších (socio-psycho-spirituálních). Chybí často vyškolení specialisté nezdravotnických oborů většinou z finančních důvodů a pro nedostatek kvalitního personálu. Komfort pobytu (hotelové služby) je v nemocnici na střední nižší úrovni.

Specializované ambulance (ambulance léčby bolesti, ambulance paliativní péče, atd.) nabízejí pacientům akutní i průběžná řešení, jsou vhodná pro mobilního pacienta, pro imobilního na vyžádání praktického lékaře, což opět skrývá další vícenásledky pro praktické lékaře, kteří se tak zdráhají péči předepisovat. U těchto ojedinelých specialistů je vysoká míra erudice, komplexní přístup, snaha o kooperaci s jinými složkami péče, svobodné rozhodování pacienta zde hraje významnou roli, i když nejsou stanoveny obecné standardní postupy – toto právo je uplatňováno v závislosti na osobnosti a vůli konkrétního lékaře. Komfort je zde postihnut podobně jako v nemocnici, včetně nedostatků s tím souvisejících. Občas je možná konzultace jiného specialisty – většinou psychologa nebo psychiatra. Pacient je většinou umístěn v domácím prostředí, což pro něj může být rozhodující výhodou.

Umístění v LDN z hlediska paliativní péče je v dnešní době pro pacienty jednou z nejméně výhodných variant. Svoboda možného rozhodování je na nižší úrovni vzhledem k proporcím – množství pacientů/množství personálu/materiálové a vědomostní vybavení. S tím souvisí i nízká kvalita komfortu jak fyzického, tak i z hlediska dalších složek – zastaralé vybavení, nevyhovující ubytovací podmínky atd..

Vedení v péči praktického lékaře je pro pacienta v dnešní době dvousečným rozhodnutím. Buď má pacient „štěstí“ a je v péči osvědčeného praktického lékaře, který je informován o možnostech současné paliativní medicíny a tyto prostředky umí vysvětlit, obhájit a aplikovat, a nebo nemá to „štěstí“ a skončí v rukách lékaře, který léčí dle zažitých stereotypů z doby, kdy vystudoval lékařskou fakultu a metody léčby a práce s pacientem a jeho rodinou odpovídají této době. Dle deníku Právo (28.4.2008) je průměrný věk praktických lékařů v ČR 52 let a 400 z nich je nad 60 let – studia tedy ukončili kolem roku 1972, kdy v Československu nebyly paliativní postupy ani známy, nehledě k tomu, že neexistovalo mnoho funkčních preparátů na kvalitní léčbu symptomů - zejména bolesti. V tomto případě má pacient pouze tři možnosti – změnit praktického

lékaře (místně mnohdy nemožné – na větší vesničku připadá jeden praktický lékař), obrátit se na Lékařskou komoru se stížností (neřeší se tím akutní problém pacienta, i dlouhodobé řešení je poměrně pochybné) nebo se svěřit do péče nemocničního ústavu. Hodnocení možností paliativní péče u praktického lékaře z hlediska pacienta je tedy poměrně sporné. Přesto je role praktického lékaře v celém systému poměrně klíčová, je proto třeba v současné době vyvíjet maximální možný tlak na vzdělání těchto lékařů, využívat jejich možností a zároveň představovat zdravotním pojišťovnám (ZP) finanční výhodnost tzv. domácí hospitalizace (pacient není v nemocnici, tým o něj pečuje ve spolupráci s rodinou, atd.).

Domácí péče (ošetřovatelská, i nově hospicová) je řešením pro valnou část pacientů, kteří se cítí nejvíce v bezpečí svého domova, které i přesto nemusí být na tak vysoké úrovni jako např. u lůžkových zařízení. Pacient má však maximální možnou míru svobodného rozhodování (Pozor: někdy má rodinné prostředí opačný efekt – pacienta naopak o svobodu obírá, proto je důležité i sociální šetření v místě). Komfort o vnější stránku věci je zajištěn, pokud má pacient zdravé přirozené sociální prostředí, je postaráno i o jeho duchovní a psychickou složku přirozeným sociálním prostředím. Fyzický komfort v řešení symptomů je závislý na domluvě s praktickým lékařem, zde platí již výše řečené týkající se praktických lékařů.

Model poskytování domácí paliativní péče v režimu větší autonomie vůči praktickým lékařům je v jednání, ale nelze předvídat jeho výsledky. I v rámci ošetřovatelské a domácí hospicové služby existují nutně vnitřní rozdíly, které jsou především v rozsahu a struktuře poskytovaných výkonů. Mobilní hospicová jednotka musí být složena i z odborníků dalších profesí – sociální psychologické a spirituální, včetně lékaře specialisty. Jinak nelze hovořit o kvalitní a náležitě erudované domácí hospicové péči.

K jedné z posledních možností patří i využití služeb lůžkového hospice. To je zařízení, které by mělo poskytnout pacientům veškerý komfort lůžkové ústavní péče (lékařská, psychologická, sociální i duchovní péče), hospice navíc usilují o kulturní rodinné prostředí, nicméně se jim to daří pouze částečně, neustále je více či méně přítomen nemocniční režim dne. Svobodnou vůli může pacient prosazovat řádově více než v nemocnici, ale opět se musí podřídit, alespoň minimálnímu řádu organizace.

V tomto spektru péče může pacient vybírat a kombinovat služby, které se mu nabízejí. Mezi těmi to možnostmi může i lékař provázet pacienta, který se mu svěří do péče. Problém dnes ale spatřuji i v tom, že to není pacient, kdo by měl výběr péče ve svých rukách, ale mnohdy za něj rozhoduje rodina nebo zdravotník. Pacient pro pozdní nebo nekvalitní informování nemá možnost rozhodnout, jaký typ péče mu bude nejvíce vyhovovat a kdy.

Když se na stejný problém podíváme z hlediska ZP, je to pohled čistě ekonomické analýzy. Po zdravotní pojišťovně nemůže nikdo paradoxně požadovat, aby jejím zájmu byl skutečně pacient (i když reklama říká něco jiného), ale v jejím zájmu je minimalizovat náklady na zdravotní péči (což může být i formou – „čím dříve zdravý nebo mrtvý, tím lépe“) – chronicky nemocný člověk vyžadující hospitalizaci a léčbu je pro ZP to nejhorší varianta. V zájmu všech subjektů, které poskytují zdravotní péči by měl být na prvním místě pacient, nicméně i zde hraje ekonomická rozvaha určující roli. U nemocnic je tendence udržovat pacienta co nejdéle na lukrativních lůžkách a ordinovat mu péči tak, aby byla pro zařízení finančně zajímavá. Bohužel péče o umírající pacienty finančně zajímavá rozhodně není, neboť je nyní spíše ztrátová, než zisková. V případě specializovaných ambulancí je největší problém, jak realizovat výjezdní službu, která musí být na vyžádání praktického lékaře, kterému se toto vyžádání projeví v nákladech, za což může být různě postihován ze strany ZP. Varianta LDN je pro ZP relativně nejatraktivnější (pomineme-li plně zdravého nebo zcela mrtvého pacienta), pacient čerpá relativně lacinou péči v zařízení, které si příliš účtovat nemůže – nabídka služeb však dle toho i vypadá se vši úctou k namáhavé práci personálu LDN. Domácí péče jakéhokoli druhu jsou variantou rovněž relativně levnou oproti hospitalizaci, ale pouze za předpokladu, že se podaří pojišťovně minimalizovat návštěvní dobu a vykazované výkony. K tomu mají své mechanismy zejména prostřednictvím praktických lékařů. Specializované ambulance jsou z hlediska ZP nutnou přítěží, jejich postavení v systému péče není zatím pevně stanoven. Působí spíše doplňkově nebo zastupují činnosti praktických lékařů, pouze na

vyšší vzdělanostní úrovni. Hospicová péče je udržitelná ve stávající ekonomicko-zdravotně-sociální situaci na patřičné kvalitativní úrovni pouze díky tomu, že je relativně ojedinělá a má tak relativně vyšší příležitost získat finanční prostředky z více zdrojů financování (k tomu v ČR přispělo i ustanovení hospicového kódu pro ošetrovatelský den v zařízeních zvláštní ústavní paliativní péče nově od roku 2007).

Zdá se, že se v tomto systému ztrácí pacient? Ano, je tomu tak. Přestože je celý systém péče zřízen pro něho, ve finále mu je vlastně nepřátelský. Naším úkolem je, abychom pacienta péčí provedli tak, aby byly v maximální možné míře zachovány základní hodnoty paliativní péče - maximalizovaná svoboda rozhodování a jednání pacienta, kvalita života a maximální možný komfort, jak fyzický, tak i psychický, sociální i duchovní.

Literatura:

FIALOVÁ, L., KOUBA, P., ŠPAČEK, M. (ed.) *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Gelén, 2008.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas - Proč a jak?* Praha: Gelén, 2007.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005.

ADAM, Z., VORLÍČEK, J., POSPÍŠILOVÁ, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2005.

Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford: Oxford University Press, 2005.

HALLENBCK, J. L. *Palliative Care Perspectives*. USA: Oxford University Press, 2003.

MATZO, L. M., HERMAN, D. W. (ed.) *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. New York: Springer Publishing company, 2005.

Improving Supportive and Palliative Care for Adults with cancer, The Manual. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.

WIESE, Ch. H. R., VOSSEN-WELLMANN, A., MORGENTHAL, C. H., POPOV, A. F., GRAF, B. M., HANEKOP, G. G. Emergency calls and need for emergency care in patients looked after by a palliative care team: Retrospective interview study with bereaved relatives. *BMC Palliative Care* 2008, 7:11 (12 August 2008).

STOMIE, OŠETŘOVÁNÍ STOMIKŮ*

Autorka: Naděžda Kubíková, Městská nemocnice Ostrava

Co ovlivnilo kvalitu života se stomií?

- vzdělávání stoma sester



- vytvoření podmínek pro práci stomasester

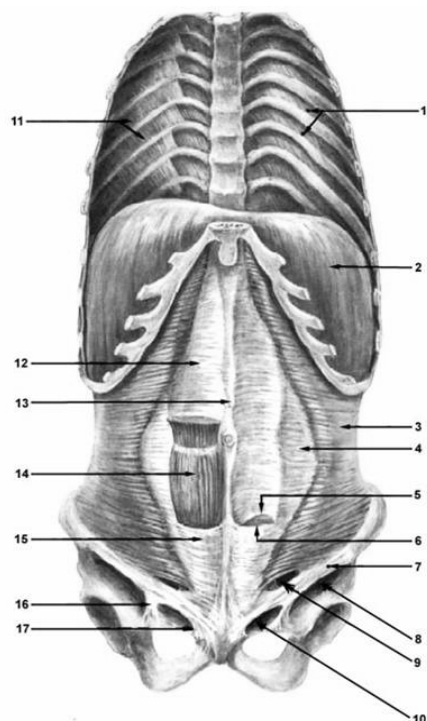


* Přepis PowerPointové prezentace

- plně hrazené stomické pomůcky



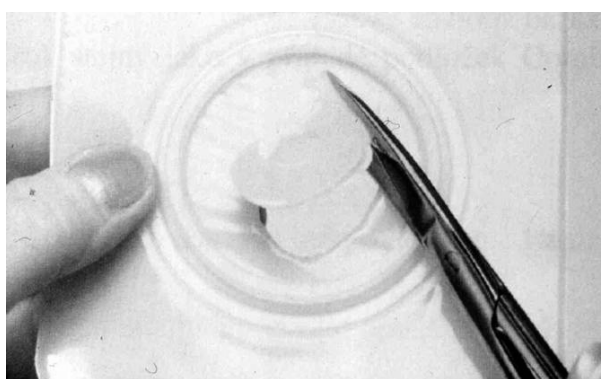
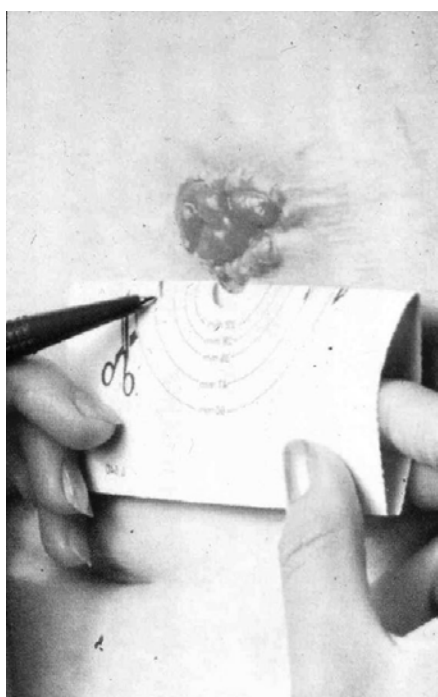
Volba vhodného umístění stomie



Typy stomií

- Kolostomie - vývod tlustého střeva
- Ileostomie - vývod tenkého střeva
- Urostomie - vývod močového

Příprava a aplikace stomické pomůcky



Život se stomií



Doc. RNDr. Pavel Kreml, CSc.

Naděžda Kubíková



Vznik klubů stomiků

Hlavní úkol klubů v minulosti:

- zajistit přístup k novým pomůckám

Úkoly klubů v pozdějším období:

- poskytování informací
- psychická podpora
- rekondiční pobyty
- kulturní a společenské vyžití

Ve světě:

- v 50. letech (Dánsko 1951)

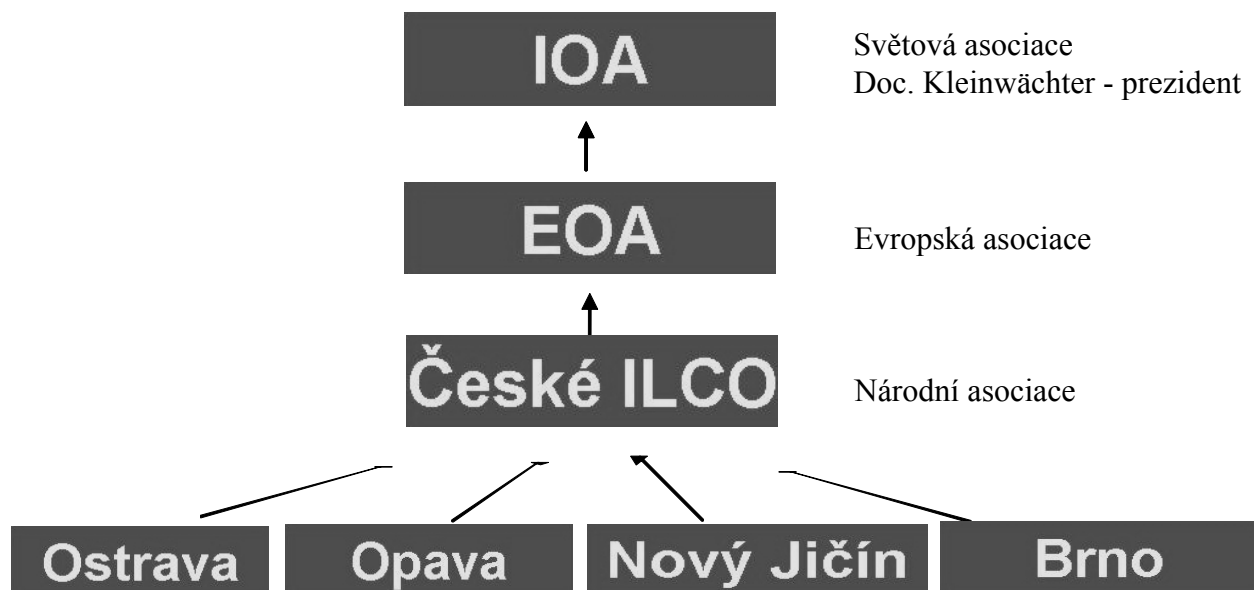
U nás:

- po roce 1980 v Praze (paní Zemanová - zanikl)
- 1987 Brno
- 1991 – 1993 dvanáct klubů stomiků
- 2003 – 2004 dva kluby
- kluby nejsou v některých velkých městech (Olomouc, Plzeň, Hradec Králové, ...)

Kluby stomiků



Organizace stomiků: www.ILCO.cz



Kluby 16 + 4

Co nabízí kluby stomiků

- psychickou podporu stomiků
- konzultace stomasester
- setkání se stomiky jiných klubů
- informace pro veřejnost
- speciální služby

BAZÁLNÍ STIMULACE*

Autorka: Radoslava Pečeňová,

Historie konceptu

Německo 70. léta minulého století : Prof.Andreas Frolich – speciální pedagog, Prof. Chriestel Bienstein – zdravotní sestra

Česká republika 2003: Mgr.Karolína Friedlová - zdravotní sestra

Integrovali koncept do praxe

Co je to bazální stimulace (BS)

- soubor ošetrovatelských technik, které vedou k podpoře vnímání klienta
- přispívají k jeho zklidnění a k uspokojení jeho potřeb a k rozvoji osobnosti

Cílem bazální stimulace je podpora umožnění vnímání tak, aby u postižených došlo:

- k podpoře vlastní identity = uvědomovat si v jakémkoli stavu opět sama sebe
- k umožnění navázání komunikace s okolím
- ke zvládnutí orientace v prostoru a čase
- ke zlepšení funkcí organismu

Pojetí konceptu je založeno:

1. Na schopnosti mozku:

- Uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více regionech
- Cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost
- Vytvořit nová dendritická spojení

2. Na poznatku, že každý pacient vnímá:

- Je nutné zvolit vhodnou komunikační formu
- Nahlížet na pacienta jako na rovnocenného partnera
- Pochopit potřeby pacienta
- Poskytnout prostor pro orientaci
- Poskytnout jistotu a rozvoj osobnosti

* Přepis PowerPointové prezentace

3. Na čerpání poznatků:

- Vývojové antropologie
- Neonatologie
- Prenatální psychologie

Jinými slovy:

Na nemocné a jakkoli postižené musí ošetřující pohlížet jako na osobnosti, nezávisle na jejich postižení a aktuálním tělesném a duševním stavu. Takováto ošetrovatelská péče, jež umožňuje pacientovi integraci do současného života s maximálním přihlédnutím a využitím jeho dřívějších životních návyků a zkušeností a navíc akceptuje jeho budoucí životní potřeby.

Základní prvky BS

- Vnímání
- Komunikace
- Pohyb a dotek

Vnímání:

9.týden embryonálního vývoje:

- Vibrační
- Somatické
- Vestibulární

Postnatální vývoj:

- Auditivní
- Olfaktorické
- Orální
- Optické
- Taktilně – haptické

Komunikace:

Lidé v kritických životních situacích potřebují:

- komunikační kulturu
- základ je kvalitní oš. péče

- život je možný pouze ve vztahu
- nutnost vytvořit „mosty“ mezi nemocnými a jejich rodinou, přáteli, atd.

Mosty v komunikaci mezi dvěma světy jsou DOTEKY

Pohyb a význam doteků v životě člověka:

- Dotýkat se je základní lidská činnost
- Ruce ošetřujících jsou médii
- Dotek je formou komunikace
- INICIÁLNÍ DOTEK = signál kde začíná a končí naše přítomnost u nemocného
- Nečekané nebo necílené doteky mohou u pacientů se sníženým stupněm vnímání vyvolat pocit strachu a nejistoty

Místo iniciálního doteku:

Na základě biografické anamnézy

Nejčastěji rameno, možné paže, ruka



Kvalita doteku - dotek je:

- Jasný
- Zřetelný
- Přiměřeného tlaku
- Podpořený verbálně
- Respektují a poskytují jej všichni, kteří přicházejí s nemocným do kontaktu

Terapeutické působení doteku:

- Metody plohování
- Masážní techniky
- Pomoc při pohybu a korekci polohy

Možnosti somatické stimulace

Poloha hnízdo:

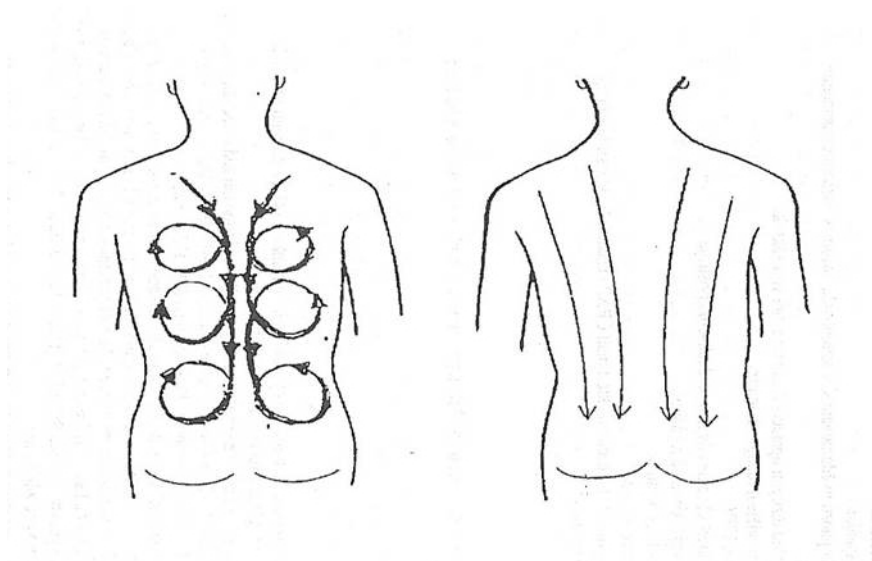


Poloha mumie:

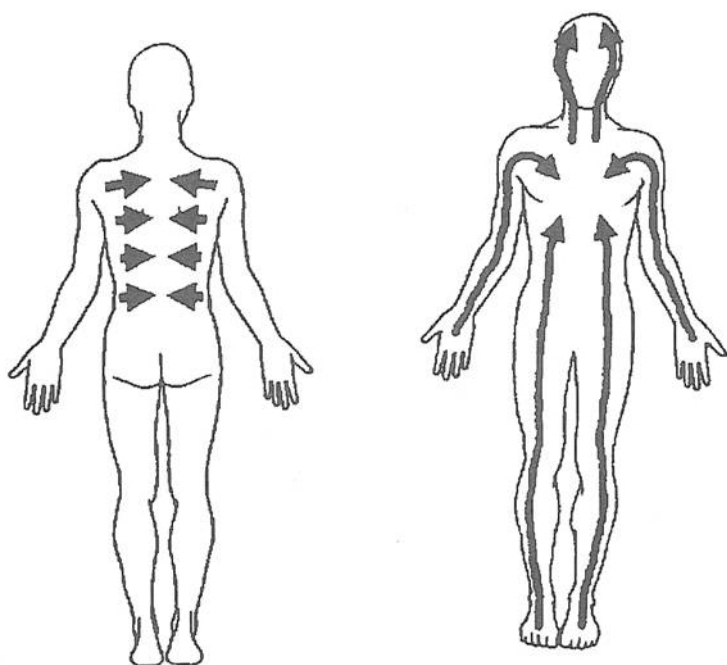


Masážní techniky

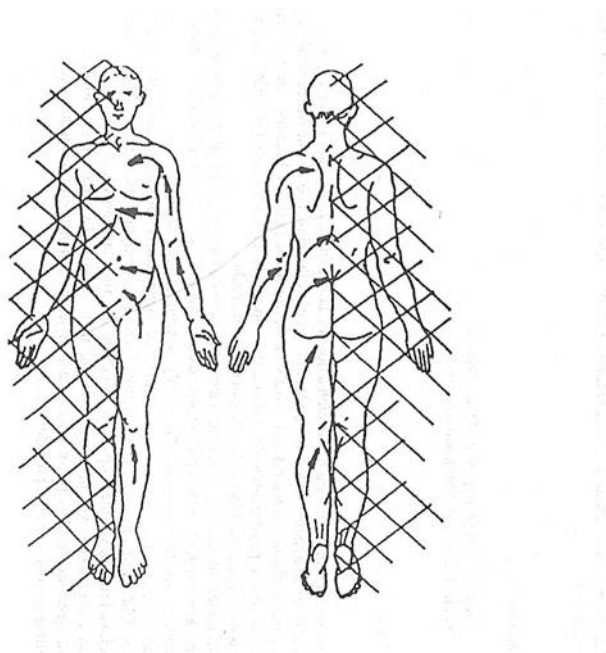
Masáž stimulující dýchání:



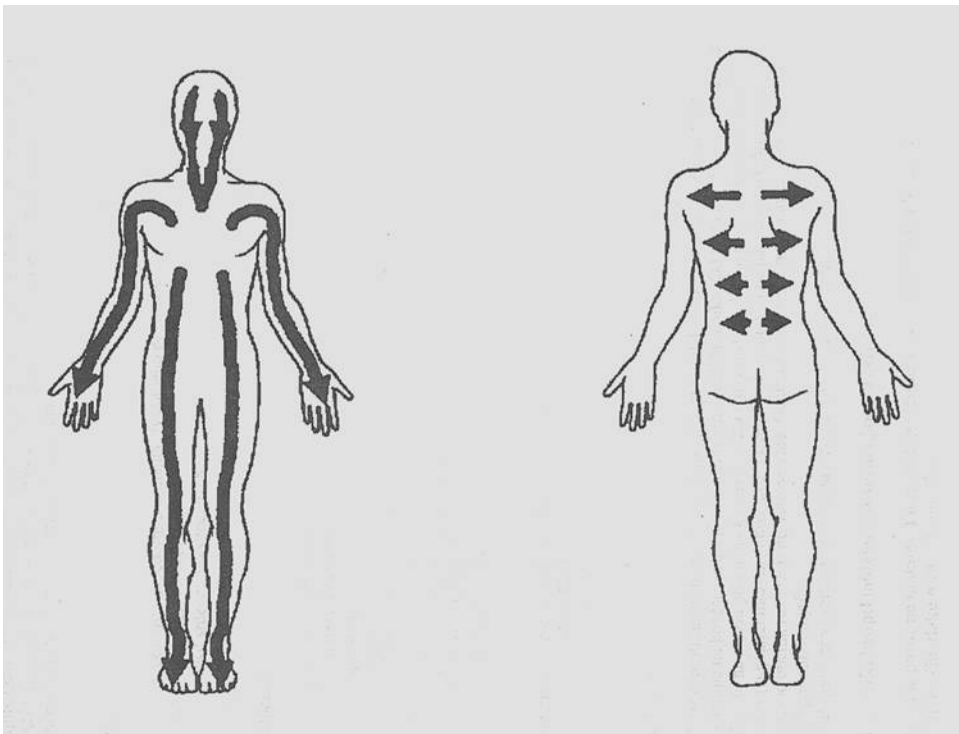
Celková koupel - osvěžující



Koupel dle konceptu Bobatha - neurofyziologická



Celková koupel - zklidňující



Možnosti vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace umožňuje díky cíleným pohybům endolymfy podporu rovnovážného ústrojí, prostorovou orientaci a vnímání pohybu v případech s rozvíjející se spasticitou, ve vigilním komatu, s omezenou možností pohybu a klientů upoutaných na lůžko (**metodou ovesného klasu**).

Vibrační stimulace

- Příprava k vnímání pohybu = příprava k mobilizaci
- Cítit tělesnou hloubku těla, jeho vnitřní stabilitu a tělesné hranice

Optická stimulace - nabízení podnětů:

- Zřetelné
- V základních barvách
- Známé věci – pozor na negativní asociace

Auditivní stimulace

- Minimalizovat nejasné zvuky okolního světa
- Hudba

- Vyprávění zpěv
- Hudební nástroje

Orální stimulace

- Nutné dodržet pozici v sedu:
- Péče o dutinu ústní
- Podávání jídla
- Cucací váčky
- Poskytnout příjemné zážitky

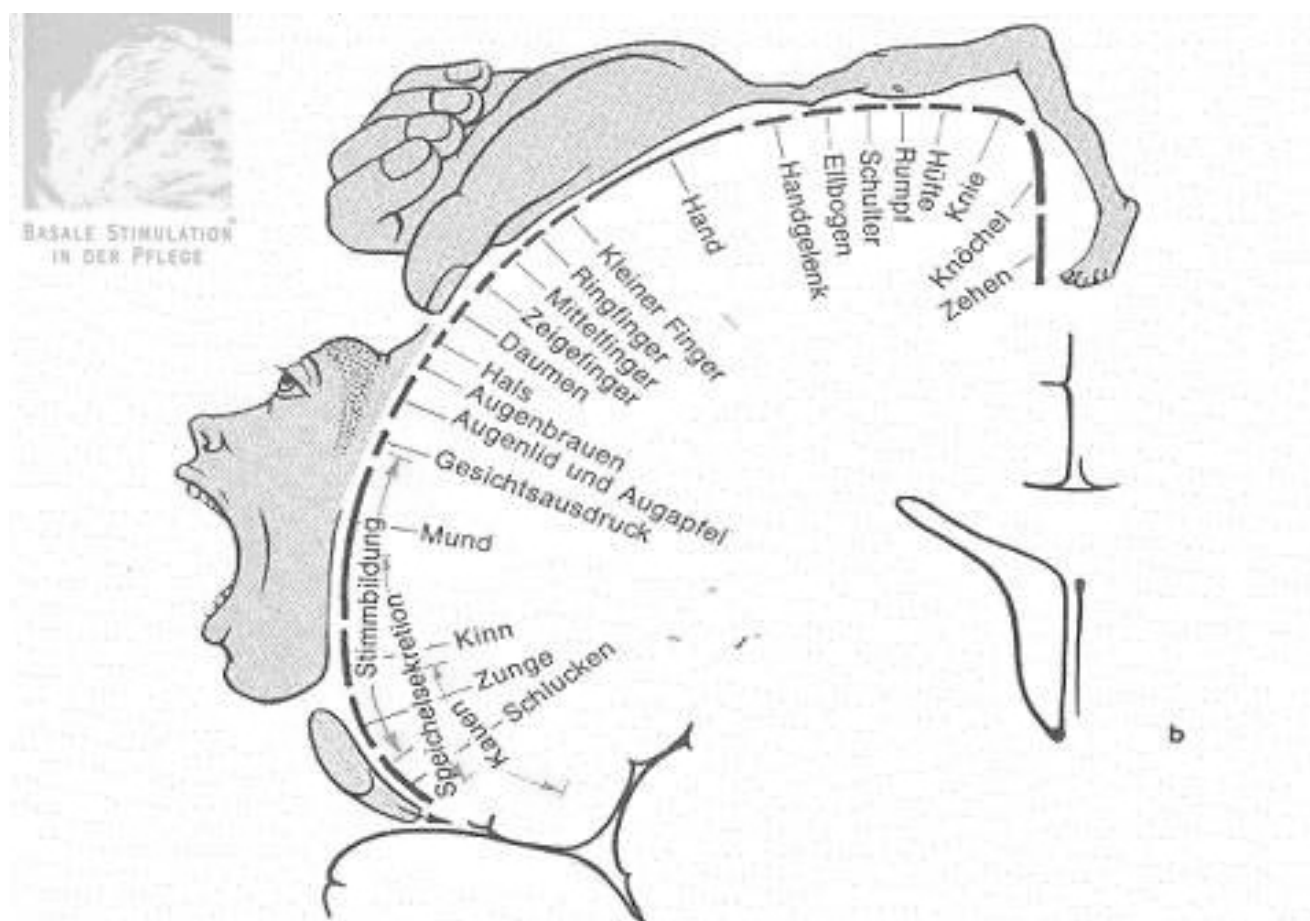


Abb. 8.20 Die Größenverhältnisse der primären sensorischen (a) und motorischen Rindenfelder (b) beim Menschen (aus: W. Penfield, T. Rasmussen: The Cerebral Cortex of Man, Macmillan, New York 1950)

Olfaktorická stimulace

- Vůně a pachy jsou hlavními vyvolavateli vzpomínek
- Nutné zjistit jaké pachy klient upřednostňuje
- Nenabízet kontinuálně – zvyk
- Vhodné vůně – parfémy, deodoranty, jídlo
- Nevhodné vůně – vonné svíčky

Taktilně haptická stimulace

- Schopnost lidské ruky rozeznávat předměty
- Vkládat oblíbené předměty – plyšové hračky
- Předměty denního života

Neklid u pacienta – tahání za drény = symptom nedostatku taktilně haptické stimulace

Desatero Bazální stimulace

1. Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
7. Nepožívejte v řeči zdvořiliny.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova.

Důležité je, abychom čas, který k ošetřování máme využili co nejsmysluplněji.

Biografická anamnéza:

- Jak si čistí zuby, jak se holí, jakou kosmetiku používá
- Co jí rád / nerad
- Co pije rád / nerad
- Které zvuky poslouchá rád

- Upřednostňuje některé materiály?
- Oblíbené vůně
- Co dělá, když má bolesti
- Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva...)
- Ostatní sdělení
- Důležitý zážitek v poslední době
- Sociální situace, zaměstnání
- Kdo může a kdo nemůže navštěvovat
- Jaký je typ
- Jak slyší
- Jak vidí, potřebuje brýle?
- Denní rytmus
- Pravák, levák
- Doteky, které má rád
- Doteky, které má nerad
- Jak spí, poloha, přikrývky

Cíle bazálně stimulující péče

- zachovat život a zajistit vývoj
- umožnit klientovi pocítit vlastní život
- poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry
- rozvíjet vlastní rytmus klienta
- umožnit klientovi poznat okolní svět
- pomoci klientovi navázat vztah
- umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí, či konaných činností
- pomoci klientovi uspořádat jeho život
- poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život

Respekt k pacientovi

Pracoviště, která integrovala Bazální stimulaci do každodenní péče o pacienty, prošla významnou proměnou. Nejde o viditelnou změnu, která se odehraje ze dne na den, ale jedná se o postupné přijetí nové kultury práce a vztahu k pacientům. Na nemocné a postižené zdravotníci pohlížejí díky konceptu jako na

rovnocenného partnera, nezávisle na jeho aktuálním tělesném a duševním stavu. Názor, že pacient v kómatu není schopen vnímat, je dnes již překonán. Kóma je považováno za strategii, kterou lidský organizmus reaguje na extrémní situaci. Každý člověk, jakkoliv postižený nebo nemocný, je schopen v každé situaci vnímat alespoň některým ze svých smyslů.

Koncept Bazální stimulace navíc přichází s tím, že komatózní pacient komunikuje, jen je potřeba se jeho způsobu reakcí přizpůsobit. „Porozumět a přizpůsobit se signálům nemocného je jediná možnost, jak s takovým pacient navázat kontakt,“ uvádí Karolína Friedlová. Seběmenší reakce musí být rozpoznána a zdravotníci jí musí věnovat zvláštní pozornost. Takové signály, kterými pacient v bezvědomí reaguje, může být změna rytmu dýchání, změna sekrece potu, pohnutí hlavou, mrknutí očí nebo další drobné pohyby (Linet komfort 3/2006).

A series of 27 horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for handwriting practice.

The image displays a writing template consisting of 20 horizontal dotted lines spaced evenly down the page. These lines are intended for handwritten text or notes.





Konferenci Nedašov 2008 organizovala NADĚJE o.s. ve dnech 23. a 24. září 2008 v Nedašově ve Zlínském kraji již podruhé. Navázala tak na úspěšný první ročník realizovaný v roce 2007.

Primárně byla tato vzdělávací akce určena pro zdravotní sestry pracující v sociálních službách, dále se zúčastnili pracovníci v sociálních službách a další odborná veřejnost pracující v zařízeních poskytujících sociální služby pro seniory.

Podtitul konference Péče o seniory v zařízeních sociálních služeb vymezil okruh témat, která na konferenci zazněla. Příspěvky byly rozděleny do dvou okruhů: zdravotnická a sociální témata. Z okruhu zdravotnických témat zazněly příspěvky o úskalích výživy a hydratace seniorů, imobilizačním syndromu, paliativní péči, péči o stomie a bazální stimulaci. Příspěvky na sociální téma se týkaly zejména individuálního plánování průběhu sociální služby a využití supervize pro zdravotnické pracovníky. V rámci tématu supervize proběhl také dvouhodinový workshop.

Přednášelo celkem sedm odborníků z praxe (zdravotní sestry, sociální pracovníci, představitelé organizací).



NADACE TAĚANY KUCHAROVÉ

Krása pomoci

NADĚJE o.s., K Brance 11/19e, 155 00 Praha 5, www.nadeje.cz

ISBN 978-80-86451-15-2