

Užívání léků v sociální službě: k další diskusi

Milena Johnová & Jan strnad s využitím připomínek Hany Janečkové

Základ tohoto dokumentu byl vytvořen v rámci práce na realizaci zakázky MPSV Inovace systému kvality sociálních služeb v návaznosti na informace odborníků pracujících na pomezí sociální a zdravotní péče. Viz Analýza dalších problémových oblastí zdravotně-sociální péče (Janečková, Johnová, & Strnad, 2013). Téma podávání léků je v sociálních službách natolik ožehavé, že během projektu nebylo možno nalézt shodu. Diskuse o podávání resp. užívání léků má ale velký význam pro řadu lidí žijících zejména v pobytových sociálních službách. Proto jsme se rozhodli tento materiál zveřejnit s tím, že oživená diskuse by nás mohla posunout dál v rozplétání citlivých otázek kolem toho, kdo a za jakých okolností může v sociálních službách poskytovat pomoc při užívání léků.



Užívání léků v sociální službě

Člověk užívá léky na základě svého rozhodnutí. Uživatel sociální služby nemůže být k užívání léků nucen ani v případě, že mu léky předepíše lékař.

Uživatel pobytové služby má právo na to, aby měl své léky u sebe. To, že je u sebe nemůže mít je provozní problém – např. provoz nevytváří podmínky, aby si léky nemohl vzít jiný uživatel služby. Je-li služba poskytována podle potřeb jednotlivých lidí, tak ti, kteří si léky mohou vzít sami, je mají u sebe a sami si je i berou – včetně léků volně prodejných, které nejsou na předpis. Pokud i v těchto případech podává léky zdravotní sestra, není služba poskytována podle potřeb.

Užívání léků v případě lidí, kteří nejsou schopni samostatně se rozhodnout, zda si léky brát, je složitější. Souhlas s léčbou, jejíž součástí může být předepsání léčivých přípravků, je právním jednáním. Užívání, léků ať už samostatně, nebo s podporou, právním jednáním není. Podpora poskytnutá při braní léků tedy není asistencí k uplatnění právní způsobilosti ve smyslu čl. 12 Úmluvy¹, ani není prostorem pro náhradní rozhodování (nejčastěji) opatrovníka. Jde ale o podporu při rozhodování. Pro praktické účely je proto užitečné rozdělit užívání léků u této skupiny lidí do tří fází.

Od předpisu k užití léku

1. Souhlas s léčbou

Každá léčba je obecně podmíněna vyjádřením **souhlasu s léčbou**, který je právním jednáním. Otázka souhlasu s léčbou, respektive šířeji uplatnění vůle člověka v oblasti péče o zdraví, je dosti složitá a

¹ Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (10/2010 Sb. m. s.)

upravuje ji několik právních předpisů². Ve stručnosti lze říci, že pokud člověk není schopen samostatně souhlasit s léčbou, je povinností státu v souladu s čl. 12 Úmluvy o právech osob s postižením zajistit asistenci potřebnou pro uplatnění jeho právní způsobilosti. Tedy např. poskytnout takovou formu pomoci, která člověku umožní porozumět a dát najevo svou vůli. Tuto asistenci při rozhodování by mohla zajistit a koordinovat právě sociální služba, může ji zajistit např. i podpůrce (na základě soudem schválené dohody o nápomoci při rozhodování). V případě nedostupnosti podpory při rozhodování pro informované rozhodnutí o léčbě může lékař teoreticky požádat soud, aby člověku ustanovil opatrovníka. Pokud je člověk v uvedeném směru předchozím rozhodnutím soudu omezen ve svéprávnosti, právní jednání učiní jeho stálý opatrovník. Měl by ho ovšem učinit primárně v souladu s vůlí a přáními opatrovance.

2. Rozhodnutí o dodržování léčebného režimu

Je třeba si uvědomit, že vyslovený souhlas je podmínkou k zahájení léčby, nezakládá ovšem možnost lékaře ani kohokoliv jiného člověka k léčbě, jejímu pokračování či jednotlivým úkonům nutit. Existují pouze dvě autority, které rozhodují o dodržování léčebného režimu: člověk a ve výjimečných případech soud³. Lékař v této fázi nehraje roli: navrhne léčbu a dohlédne na to, že byl dán řádný a informovaný souhlas s jejím zahájením (právní jednání). **Rozhodnutí dodržovat léčebný režim** (například brát předepsané léky) **není právním jednáním**. Přesto člověk může potřebovat v tomto rozhodování pomoc – aby zvážil důsledky možností a rozhodnul se v souladu se svými zájmy. Podporu při tomto rozhodování může poskytnout rodina nebo profesionál (např. sociální služba). Pracovníci sociálních služeb mohou se souhlasem člověka nebo jeho právního zástupce získat od zdravotníků informace potřebné pro poskytnutí podpory při rozhodování – viz dokument Analýza dalších problémových oblastí zdravotně-sociální péče (Janečková, Johnová, & Strnad, 2013).



Problémem této fáze je střet zájmů, v němž se v sociální službě ocitá střední zdravotnický personál. Zdravotní sestry na jedné straně respektují jako hlavní autoritu lékaře, který je v tomto případě vnímán jako nadřízený. Na druhé straně může být oprávněný zájem uživatele služby užívání léků odmítat. V praxi pak může docházet k situacím, kdy zdravotní sestry ve snaze splnit pracovní úkol a současně se nedostat do sporu s uživatelem služby podávají léky potají (např. je rozdrť do jídla), nebo s uživatelem služby manipulují.

V praxi chybí znalost praktických dovedností, jak poskytnout vyváženou podporu, která na jedné straně bude brát zřetel na osobní priority člověka a na druhé straně dostatečně zohlední zdravotní rizika související s vynecháním léků. Problémem je, že v pobytových sociálních službách je obvykle péče o zdraví svěřena výhradně do rukou zdravotníků, kteří jsou zvyklí v tomto ohledu respektovat názor lékaře, nikoli samotného člověka – uživatele služby.

² Zejména Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Zákon o zdravotních službách (zák. č. 372/2011 Sb., § 343 a n.) a Občanský zákoník (zák. č. 89/2012 Sb., § 93 a n.)

³ Jde například o ochrannou léčbu podle trestního zákona, nucenou léčbu některých infekčních chorob podle zákona o ochraně veřejného zdraví, nebo léčbu duševní poruchy, pro kterou je člověk nebezpečný svému okolí.

3. Vlastní užití léku

K vlastnímu užívání léků by mělo dojít pouze v případě, že uživatel sociální služby se rozhodne léky brát. **Užívání léků není právním jednáním.**

Tato fáze je patrně nejproblematičtější, protože chybí jasná hranice mezi zdravotnickým výkonem *podávání léků* a činnostmi v rámci sociální služby – *podporou při dodržování léčebného režimu*, tedy v případě léků jejich užívání.

Lékař při předepisování léku posuzuje, jaká je faktická schopnost člověka léky užívat – technicky, dodržet režim. Jde o schopnost lék uchopit, polknout a zapít, vzpomenout si že je čas na léky, vybrat si správný počet správných léků ze zásoby. V této fázi už nejde o rozhodování.

Pokud pacient podle uvážení lékaře není schopen samostatně užívat léky, indikuje lékař výkon *podání léku zdravotní sestrou*. Podávání léku je zákonem upravený výkon, který může podle současné právní úpravy realizovat pouze zdravotník na základě indikace lékaře.

Lékař by při posuzování schopnosti člověka užívat předepsaný lék měl zohlednit možnost člověka využít formální (sociální služba) nebo neformální pomoc (rodina a další blízcí lidé - např. u dětí se automaticky počítá s tím, že léky jim pomáhají užívat rodiče). Tuto pomoc lze označit za *podporu při dodržování léčebného režimu*.

Schopnost člověka pečovat o své zdraví se v oblasti sociálních služeb hodnotí i při posuzování závislosti pro účely rozhodování o příspěvku na péči. Právní úprava⁴ považuje péči člověka o své zdraví za základní životní potřebu. Za schopnost ji zvládat pak považuje stav, kdy je člověk schopen *dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky*. Očekává se, že tyto úkony člověk zvládne sám a pokud ne, je to zohledněno při rozhodování o příspěvku na péči – v této oblasti má tedy člověku pomáhat sjednaná sociální, nikoliv zdravotní služba⁵.

Pro definování obsahu pojmu *podpora při dodržování léčebného režimu* se nabízí možnost vycházet z běžného života: Zatímco u užívání antibiotik lékař nechává na pacientovi s tím, že lékárník na krabičku s léky napíše dávkování, u injekčního podání léčivého přípravku počítá s tím, že výkon provede kompetentní zdravotník.

Otázky a problémy

Pro individuální pomoc při dodržování léčebného režimu ve vlastním domácím prostředí nebo v komorní pobytové sociální službě si lze snadno představit, že pomoc zajistí pečovatelka, která naplní dávkovač podle předpisu lékaře nebo příbalového letáku, připomene čas na léky, podá člověku lék a vodu na zapít. Jak ale postupovat ve velkých ústavních zařízeních, kde žijí desítky nebo i stovky lidí, z nichž většina

⁴ Vyhláška č. 505/2006 Sb., Příloha č. 1, bod h) *Péče o zdraví*

⁵ Což se mimo jiné projevuje i tím, že ani zdravotní pojišťovny běžné podání léku do úst pacienta zdravotní sestrou v sociálních službách nepovažují za opodstatněné a neproplácí je.

potřebuje nějakou pomoc při užívání léků, lidé nemohou mít léky u sebe, protože provoz neumožňuje bezpečné uložení léků?

Jak je naznačeno výše, lze *podporu při dodržování stanoveného léčebného režimu* logickým výkladem právní úpravy zahrnout pod *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu*, která patří k činnostem pobytových sociálních služeb. Ve výčtu povinného minima (základních činností) však uváděna není⁶. Poskytovatelé služeb pak nesprávně nabývají dojmu, že podporu v tomto směru poskytovat nemohou. Přineslo by výslovné uvedení této činnosti do textu vyhlášky jistotu pro poskytovatele a lepší péči uživatelům služeb? Nebo by se jen dále posiloval mechanický, doslovný výklad obsahu sociální služby a kompetenční spory mezi pracovníky zdravotních a sociálních služeb?

Podpora poskytovaná sociální službou by (mj.) měla směřovat k tomu, aby udržovala a rozvíjela samostatnost uživatele služby, tedy i jeho schopnost zvládat základní úkony spojené s péčí o své zdraví. V praxi je ale péče o zdraví v sociálních službách přenechávána zdravotníkům. Zdá se, že zaběhlé procesy vybízejí k tomu, aby to, co si člověk běžně zajišťuje sám nebo prostřednictvím neformální podpory, bylo v pobytové sociální službě předáváno zdravotnictvím. Role sociálních služeb v oblasti péče o zdraví není vymezena. Iniciativa poskytovatelů sociálních služeb v uschopňování lidí cestou poskytování podpory při dodržování léčebného režimu (místo zajištění této činnosti profesionálem) není podpořena právním rámcem (viz předchozí bod).



Není zřetelná rozhodovací role člověka v otázce užívání léků. Lékařská indikace je považována za závaznou pro zdravotníky, kteří v této hierarchii pak podávají léky s vynecháním mezikroku, kterým je souhlas s léčebným režimem a poskytnutí podpory při jeho dodržování (poskytnutí pomoci v obou prvcích by mělo spadat do kompetence sociální služby – samozřejmě, pokud je podpora potřebná a není zajištěna přirozeným sociálním okolím člověka). Nemluvě o tom, že pobyt v ústavním zařízení omezuje využití neformální podpory v péči o zdraví.

Další zdroje

Janečková, H., Johnová, M., & Strnad, J. (2013). *Analýza dalších problémových oblastí zdravotně-sociální péče*. Praha: Quip.

Quip | Karlínské nám. 12, 186 00 Praha 8 | červen 2014

Tel.: +420 221 890 434 | info@kvalitavpraxi.cz | www.kvalitavpraxi.cz



⁶ Viz vyhl. č. 505/2006 Sb.: § 14 odst. 1 písm. c), § 15 odst. 1 písm. c), § 16 odst. 1 písm. d).