

**Zápis z diskuzního setkání**

**Téma:** Transformace pobytových sociálních služeb a zhoršený zdravotní stav klientů

**Termín:** 6. 9. 2017

**Rozsah:** 10,00-15,00

**Místo konání:** Sue Ryder, Michelská 1/7, 140 00 Praha 4

**Úvod** MPSV (Ivana Příhonská)

* přivítání účastníků
* představení projektu Život jako každý jiný
* seznámení s průběhem setkání
* představení účastníků

**Diskuze účastníků k jednotlivým tematickým okruhům:**

1. **Zajištění zdravotní péče v zařízení**

Mezi MPSV a MZ není Systémově vyřešeno podávání léků v sociálních službách. Je-li institucionální podání léků, musí to dělat zdravotnický pracovník.

Dobře zvolit službu (poskytující zdravotní péči), která bude odpovídat potřebám klientů. Je to překážka transformace.

1. **Zdravotní stav při transformaci**
* zkušenosti, že se stav zlepšil i zhoršil, dá se těžko identifikovat, jestli je to z důvodu transformace
* každý nese změny jinak, i když je na to člověk připravován, tak reakce může být jiná
* ke zhoršení zdravotního stavu může dojít i vlivem rodiny (negativní postoj k transformaci)
* dočasně zhoršený zdravotní stav - do půl roku se vše srovnalo; naopak po čase se celkově stav zlepšil (např. u dětí)
1. **Změna zdravotního stavu při transformaci**
* služby nezaznamenaly, že by se zdravotní stav zhoršoval, u lidí s psychiatrickou diagnózou přechodně (měsíce, 1-3 roky) dochází ke zhoršení – vyděšení z prostředí; po čase ubývá psychiatrických medikací
* některé věci, které jsme v ústavu pozorovali, se už nepozorují a naopak (více se zaměří na klasické věci (zuby, plíseň na nohách atd.) ale je to individuální, nikoliv plošné
* zhoršení diabetu (např. klientka aplikuje inzulín sama a přestala – služba to dokázala zachytit)
* když pracovníci pracují s menší skupinou klientů, mají lepší přehled o klientech a o tom, jak jim je; i klienti jim víc věří

Osvěta klientů

* dohodne se, kam budou chodit k lékaři, zubaři, u někoho jen připomínají, že se mají objednat, u někoho je nutná asistence
* naučit mluvit klienta i o tom, co ho bolí – opět se to dělá lépe v komunitní/menší službě
* sexuální život klientů – řeší se i před transformací, v osvětě se pokračuje i v nových službách; někdy ve dvojicích, někdy individuálně; antikoncepce je po dohodě s klientem a opatrovníkem; některé páry bydlí spolu (mají svůj pokoj), jiné ne; postupně se více vytvářejí páry při transformaci – může to být jako nové téma; sexuální asistence – je i otázkou peněz
* změnou pro klienty byly návštěvy klientů u lékaře – museli čekat v čekárně (nutné vysvětlit klientovi i toto – nutné naučit trpělivosti i nemluvit v čekárně o svém soukromí se všemi)

Transformace

* při plánování myslet na to, co bude za 10-20 let, co bude s klientem (jak se změní jeho zdravotní stav)
* plánovat, jak mít službu prostupnou – různé domácnosti s různou mírou podpory, aby služba dokázala reagovat na uživatelovy potřeby a jeho zdravotní stav
1. **Možnosti péče v komunitních službách**
* služba „home care"
* vlastní zdravotní tým (ideálně mobilní)
* nekoncentrovat lidi, kteří potřebují zdravotní péči, v jedné domácnosti

Soukromí uživatelů

* nastavit chod domácnosti tak, aby zdravotní péče nenarušovala
* nerozeznat sestru od jiného pracovníka (bez uniforem)
* sestra přímo v domácnosti - např. přichází ráno a je do oběda, přichází večer na léky, doprovod s klienty; nejsou celý den; přes noc nejsou (cca 6 hodin denně)
1. **Trvalé zhoršení zdravotního stavu klienta např. z důvodu stáří – jak s tím nakládat**
* snaha o zajištění v dané službě, která se uzpůsobuje měnícím se potřebám člověka; ve finálním stádiu lidé odcházejí do nemocnice, nebo možné využít mobilní hospic

Fyzioterapeutická a ergoterapeutická péče

* vlastní fyzioterapeut nebývá vždy – využívá se ambulantní služba nebo to případně dělají zdravotničtí pracovníci, kteří se službě fungují, a to i jako home care; zatím nechodí k člověku domů (CHB), když je to člověk s vysokou mírou podpory; u některých lidí aktivizace běžnou prací v domácnosti zlepšuje jejich stav
* někdy se více osvědčí vlastní personál, protože klient cizího člověka nepřijme

Dostatečný počet zdravotníků a pracovníků v přímé péči ve službách

* personální standard – je minimální, nikoliv optimální a nemusí odpovídat reálným potřebám uživatelů
* zdvojené služby jsou někdy nutné
* nutná flexibilita v rámci domácností, a to i pomocí mezi lokalitami ad hoc – personál se někdo přizpůsobí snadno, někdo ne (pracovníci by měli být flexibilní)
* náročnost asistence i požadavek na pružnost přizpůsobení vedla i k odchodu některých pracovníků k odchodu – může být problém se zajištěním dostatečného počtu pracovníků (nejsou k dispozici na trhu práce správní pracovníci)

„Ztráty a nálezy při transformaci“

* vše déle trvá, než si klienti zvyknou na nové prostředí a nové aktivity
* aktivizace není o chození do dílen, chození na výlety, ale např. péče o domácnost, dům a zahradu, zapojení do normálního života
* aktivit je spíš více a jsou přirozenější
* při zhoršení zdravotního stavu – může být v CHB problém podílet se na chodu domácnosti, na které je klient zvyklý a nemůže je dělat kvůli zhoršení zdravotního stavu – je nutné se na to zaměřit a umět toho člověka zapojit i přes jeho zhoršený zdravotního stav (minimálně být přítomný u aktivit dalších lidí, nenechávat člověka v pokoji, ale vpravit ho do centra dění; dělat ty věci za přítomnosti klienta – může to být i zásah do jeho soukromí)

Porušování léčebného režimu

* hlavně, když není pracovník přítomný
* někdy je znatelné
* klienti neberou někdy léky schválně – řeší se s lékařem, opatrovníkem, nastaví se pravidla (pracovník chodí častěji, apod.)