



Kancelář veřejného  
ochránce práv

# Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí

Marie Lukasová, Adéla Hradilová a kol.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)



**Kancelář veřejného  
ochránce práv**

# Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí

Autoři: Marie Lukasová, Adéla Hradilová a kol.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## Obsah

Přehled autorů a jejich příspěvků.....	3
Předmluva .....	4
Úvodní stručná informace o problematice demence.....	6
Zvládání poruch chování spojených s demencí.....	14
Nepřavidelná medikace s tišícím účinkem v praxi zařízení sociálních služeb pro seniory.....	16
Nutriční problematika u Alzheimerovy choroby, vztah výživy a kognitivních funkcí u osob trpících demencí (výsledky výzkumu) .....	25
Poskytování stravy osobám s demencí v zařízeních sociálních služeb .....	34
Jak se dobře najít v dlouhodobé péči: autonomie v činnostech každodenního života.....	42
Stravování jako důležitá součást komplexní péče o osoby s demencí.....	47
Křehcí a nepochopení.....	50
Role praktického lékaře v péči o seniora v instituci, léčba bolesti.....	58
Spolupráce zaměstnanců v sociálních službách, předávání informací.....	63
Závislost ve stáří.....	67
Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence.....	76
Autonomie vůle u klientů s demencí.....	84
Otázka deinstitucionalizace pobytových služeb pro seniory a právo na život v komunitě .....	90
Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, sociální práce a sociální služby.....	99
Ošetrovatelská péče jako součást pobytové služby (workshop).....	105
Pracovní setkání národních preventivních mechanismů a ombudsmanských institucí ....	106
Demence – brzy nám otevře oči.....	113
Někdy brečím nad lidmi kolem sebe, často pro lidi, a někdy je to i vidět .....	115

## Přehled autorů a jejich příspěvků

Báňová, Marie: Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence, s. 76–83

Dražilová, Lenka: Spolupráce zaměstnanců v sociálních službách, předávání informací, s. 63–66

Dvořáková, Andrea a Vrbický, Jan: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, sociální práce a sociální služby, s. 99–104

Holmerová, Iva: Úvodní stručná informace o problematice demence, s. 6–13

Hradcová, Dana: Jak se dobře najít v dlouhodobé péči: autonomie v činnostech každodenního života, s. 42–46

Hradcová, Dana: Stravování jako důležitá součást komplexní péče o osoby s demencí, s. 47

Hradilová, Adéla: Nepravidelná medikace s tisíci účinkem v praxi zařízení sociálních služeb pro seniory, s. 16–24

Hýblová, Pavla: Zvládání poruch chování spojených s demencí, s. 14–15

Hýblová, Pavla: Ošetrovatelská péče jako součást pobytové služby (workshop), s. 105

Kabelka, Ladislav: Demence – brzy nám otevře oči, s. 113–114

Kabelka, Ladislav: Někdy brečím nad lidmi kolem sebe, často pro lidi, a někdy je to i vidět, s. 115–117

Kalvach, Zdeněk: Křehcí a nepochopení, s. 50–57

Kameníková, Zuzana: Pracovní setkání národních preventivních mechanismů a ombudsmanských institucí, s. 106–112

Lukasová, Marie: Autonomie vůle u klientů s demencí, s. 84–89

Mašátová, Martina: Role praktického lékaře v péči o seniora v instituci, léčba bolesti, s. 58–62

Matiaško, Maroš: Otázka deinstitucionalizace pobytových služeb pro seniory a právo na život v komunitě, s. 90–98

Navrátilová, Miroslava: Nutriční problematika u Alzheimerovy choroby, vztah výživy a kognitivních funkcí u osob trpících demencí (výsledky výzkumu), s. 25–33

Šelner, Ivo: Závislost ve stáří, s. 67–75

Tomeček, Ladislav: Poskytování stravy osobám s demencí v zařízeních sociálních služeb, s. 34–41

## Předmluva

Do rukou se Vám dostala publikace obsahující příspěvky, které zazněly na mezinárodní konferenci „Ochrana práv seniorů v institucích s důrazem na osoby s demencí“ konané ve dnech 20. a 21. února 2014 v Kanceláři veřejného ochránce práv v Brně, a dále příspěvky, jež vhodným způsobem doplňují tuto problematiku. Konference se konala v rámci projektu Společně k dobré správě (CZ.1.04/5.1.00/81.00007). Příjemcem a realizátorem tohoto projektu je Kancelář veřejného ochránce práv.

Jedním z úkolů veřejného ochránce práv je provádění systematických návštěv míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Jde o agendu tzv. národního preventivního mechanismu, kdy cílem návštěv je posílení prevence špatného zacházení v nejširším slova smyslu. Zařízení sociálních služeb navštěvuje veřejný ochránce práv od roku 2006 a průběžně zveřejňuje souhrnné zprávy o svých poznatcích a doporučeních na <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>, aby byly dostupné jak odborné, tak i široké veřejnosti.

V roce 2013 zahájil ochránce tematicky ucelenou sérii návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory se zvláštním zaměřením na osoby trpící syndromem demence. Provedl celkem 15 návštěv domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem a následně také 7 zařízení bez registrace k poskytování sociálních služeb.

Seniorů s demencí celosvětově rychle přibývá a s narůstáním dlouhověkosti se bude počet takto postižených osob neustále zvyšovat. Jen v České republice prakticky každý desátý člověk nad 65 let trpí tímto onemocněním. Jde o palčivý problém dnešní doby, který se někdy přirovnává k nevyčísitelné epidemii stárí. Lidé postižení demencí potřebují speciální přístup, porozumění, velkou pomoc společnosti. Patří k nejzranitelnějším skupinám seniorů, nejvíce ohroženým porušováním lidských práv a zásahy do jejich důstojnosti.

Pokud jde o konkrétní výsledky návštěv ochránce, v polovině z navštívených registrovaných zařízení sociálních služeb pro seniory bylo zjištěno špatné zacházení. Situace je o řád závažnější v zařízeních neregistrovaných – v ubytovacích zařízeních různých forem, která péči poskytují bez základní odbornosti a kontroly.

Nejčastěji zjišťovaným nedostatkem v zařízeních je neodbornost v péči o seniory s demencí, kteří vyžadují péči přizpůsobenou jejich specifickým potřebám. S tím souvisí nedostatek personálu v přímé péči, tj. zdravotních sester a pečovatелů. Opakujícím se nedostatkem je podceňování rizika malnutrice u seniorů, poskytování stravy, která není uzpůsobena potřebám seniorů s demencí, nebo její poskytování nevhodným způsobem. Častým pochybením je podávání léků s tlumícím účinkem způsobem, který je v rozporu se zákonem a někdy má i povahu opatření omezujícího pohyb. Ve většině navštívených zařízení neměli klienti s demencí stanoven mikční režim (stanovení formy a četnosti dopomoci na toaletu). V několika případech byl dokonce personálem uměle urychlován nástup plné inkontinence s následným používáním plen.

Byť základní východisko ochránce – respekt k lidské důstojnosti – má (rozdávající se) právní pojetí, specifika, která přináší Alzheimerova choroba a demence vůbec, nutně vyžadují, aby hodnocení zjištění ochránce měla podklad v odbornosti sociální a zdravotní. Do centra pozornosti se totiž dostávají otázky výživy, autonomie vůle, prevence zbytečné bolesti a dalšího tělesného a psychického strádání. Poněkud překvapujícím se jeví fakt, že některá z témat byla nastolena v kontextu kvality sociálních služeb až

v souvislosti s návštěvami ochránce. Cílem konference tak bylo poskytnout jim prostor, dát jim prioritu před někdy pohříchu formalistickým vnímáním kvality za současného resortního pohledu na věci sociální a zdravotní a vyvolat diskuzi o podmínkách, v nichž senioři v institucích žijí a v nichž působí pečující profesionálové.

Anna Šabatová, veřejná ochránkyně práv nastupující svou funkci právě v době konání konference, ve svém úvodním slově uvedla: *„Tisk v těchto dnech přinesl zajímavá čísla: v roce 1930 bylo 45 % zemřelých mladších 50 let a jen 10 % lidí přežilo svou osmdesátku. V roce 2011 se téměř polovina lidí dožila věku vyššího než 80 let a jen 6 % zemřelo mladších 50 let. Je výzva, zda dokážeme lidsky přistupovat ke svým bližním, kteří nám během života mnohé dali a kterým máme možnost něco vrátit. Chtěla bych v této souvislosti vyjádřit myšlenku možná provokativní. To, zda si s těmito výzvami naše společnost dobře poradí, není především otázka finančních zdrojů, ale toho, jak společnost se svými zdroji hospodaří a které hodnoty upřednostňuje.“*

# Úvodní stručná informace o problematice demence

**doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.;**

Česká alzheimerská společnost, Alzheimer Europe, Gerontologické centrum, Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

[iva.holmerova@gerontocentrum.cz](mailto:iva.holmerova@gerontocentrum.cz)

## **Klíčová slova**

Demence, Alzheimerova choroba, strategie P-PA-IA, Certifikát Vážka

## **Abstrakt**

Příspěvek uvádí do problematiky syndromu demence a péče o osoby jím postižené. Dále je prezentací současného stanoviska České alzheimerské společnosti. Strategie P-PA-IA je výsledkem široké diskuse v rámci této společnosti i s informovanou veřejností. Snaží se reagovat na současný stav a situaci ve zdravotnictví a sociálních službách. Zejména však reflektuje potřeby lidí s demencí, a to diferencovaně dle průběhu syndromu demence.

---

## **1. Demence, Alzheimerova choroba**

V ČR žije v současné době 140 tisíc lidí se syndromem demence (30% z toho ve fázi lehké demence, 30% ve fázi těžké demence a 40% ve fázi středně rozvinuté demence). Každému z nich poskytují péči, pomoc a podporu 2–3 rodinní pečující (jedná se o cca 350 tisíc lidí). K tomuto počtu přičtíme ještě cca 160 tisíc lidí s mírnou kognitivní poruchou, tedy stavem představujícím zvýšené riziko demence, který je častý zejména u starších lidí. Demence je syndrom, soubor příznaků. Nejedná se tedy o onemocnění, ale o důsledek různých onemocnění, zejména neurodegenerativních a vaskulárních, z nichž nejčastější je Alzheimerova choroba, neurodegenerativní onemocnění mozku.

Alzheimerova choroba postihuje nejčastěji lidi vyššího věku, ale v žádném případě bychom ji neměli mít za nemoc stáří. Některé formy totiž mohou postihnout i lidi mladší (jedná se zejména o geneticky vázané formy onemocnění). Přestože se Alzheimerova nemoc nejčastěji projevuje ve vyšším věku, patologické změny v mozku začínají již ve věku středním – 10 či dokonce 20 let předtím, než se projeví první příznaky. Kromě poruch kognitivních funkcí (myšlení) zahrnuje syndrom demence také další okruhy problémů, jedná se zejména o poruchy soběstačnosti a také různé další psychické problémy včetně některých poruch chování, které jsou zpravidla důsledkem zhoršených kognitivních funkcí.

Průběh syndromu demence je modifikován premorbidní osobností člověka, komorbiditami a zejména onemocněním, které demenci způsobuje. U nejčastější příčiny

demence, Alzheimerovy choroby, se jedná zejména o poruchy paměti, které mohou být nápadné okolí pacienta nebo které mohou vadit v obvyklém životě. Kromě poruch paměti se postupně vyskytují i poruchy orientace, vyjadřování – „hledání“ slov, zapominání pojmů. Potíže může činit také práce v nových podmínkách, s novými nástroji a přístroji a podobně. Velmi brzy se mohou vyskytovat poruchy myšlení, úsudku, plánování a organizování určitých činností.

Péče o pacienta s demencí záleží na jednotlivých stádiích progresu tohoto syndromu. V první fázi jsou lidé prakticky soběstační a potřebují spíše podporu a radu, jsou totiž konfrontováni s diagnózou, která je závažná. Musí se rozhodovat o budoucnosti. V další fázi demence dochází pak k omezení soběstačnosti, dezorientaci a tito lidé potřebují již dohled a dopomoc v různých činnostech denního života, ale jejich život zůstává při dobré péči nadále kvalitní. Tato fáze trvá u demence způsobené Alzheimerovou chorobou několik let. Ve fázi těžké demence a ve fázi terminální potřebují lidé s demencí ošetřování a pomoc prakticky ve všech sebeobslužných aktivitách. Stávají se na péči zcela závislími.

Člověk s demencí se v průběhu progresu demence mění, zhoršuje se jeho soběstačnost, přicházejí další komplikace, změny chování a podobně. V každém případě bychom však při péči měli mít na mysli, že to je stále stejný člověk, dospělý člověk, který má své city, vztahy a potřeby. Měli bychom jej v každém okamžiku péče takto respektovat a nepřipouštět dětské chování, ponižování, narušování jeho důstojnosti, ať je již jeho chování jakékoli.

Správná komunikace je vždy východiskem a podmínkou dobrých vztahů a dobré spolupráce. Při komunikaci s lidmi s demencí je důležité přijetí člověka s demencí, úcta a podpora důstojnosti. Vždy se snažíme o náhled do situace pacienta s demencí. Mnoho nedorozumění vzniká v situacích, kterým člověk s demencí nerozumí. Je proto zapotřebí trpělivě pátrat, naslouchat, sledovat jeho slova i mimoslovní komunikaci a adekvátním způsobem na ně reagovat. Kromě potřeby adekvátně komunikovat mají lidé s demencí mnoho dalších potřeb, a to včetně potřeby odborné péče a pomoci jak zdravotnické, tak sociální, poskytované s ohledem na pokročilost syndromu demence.

Demence představuje významný celospolečenský problém z hlediska organizace služeb i nákladů na zajištění péče. Zatímco pacienti se somatickou problematikou mohou zůstat po relativně dlouhou dobu ve svém původním domácím prostředí, pacienti s demencí vyžadují velmi často i ústavní péči. Naše zkušenosti i výsledky našeho výzkumu ukazují, že velká část lidí žijících v různých typech institucí trpí syndromem demence [1] a že procento lidí se syndromem demence se stále zvyšuje [2]. Pacienti s demencí patří mezi nejkřehčí a nejzranitelnější. Proto je zájmem České alzheimerovské společnosti, aby dle svých možností podporovala zlepšování kvality této péče, což činí jednak informováním veřejnosti a zejména pak poskytováním takových podkladů, které zlepšování kvality péče pro pacienty s demencí napomohou.

## 2. Strategie P-PA-IA

Potřeby pacientů s demencí v jednotlivých fázích progresu tohoto syndromu se snaží pojmenovat Strategie P-PA-IA České alzheimerovské společnosti. Strategie P-PA-IA je výsledkem široké diskuse v rámci této společnosti i s informovanou veřejností. Snaží se



reagovat na současný stav a situaci ve zdravotnictví a sociálních službách v České republice. Zejména však reflektuje potřeby lidí s demencí, a to diferencovaně dle průběhu syndromu demence. Strategie P-PA-IA byla v loňském roce znovu revidována a publikována i v rámci odborného sdělení [3]. Z principů strategie P-PA-IA vychází certifikační systém „Vážka“ určený pro zařízení, která poskytují služby lidem s demencí [4].

Cílem mé prezentace bylo představení Strategie P-PA-IA jakožto základního a „živého“ dokumentu, který je stále diskutován a revidován dle současného stavu péče o pacienty s demencí a příslušné legislativy. Stejně tomu je i s certifikačním systémem, který prochází pravidelnými revizemi. V následující části uvádím výňatky ze Strategie P-PA-IA, které považuji za klíčové. Celý text Strategie P-PA-IA stejně jako další podklady pro podporu kvality péče (Certifikace Vážka) jsou dostupné na stránkách [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz).

Východiskem k adekvátní podpoře a péči o osoby s demencí v jakékoli fázi onemocnění musí být vždy správné stanovení diagnózy, zjištění typu a stadia demence, vyhodnocení funkčního stavu a rozhodnutí o možné léčbě.

Současné možnosti **farmakoterapie** umožňují omezit progresi onemocnění, a po určitou dobu tak zachovat jak soběstačnost, tak dobrou kvalitu života. Správná farmakoterapie a titrace zejména kognitiv minimalizuje i problematické chování. Nedílnou součástí komplexní péče o lidi s demencí jsou také psychosociální intervence a **přístupy nefarmakologické**, které napomáhají k zachování kvality života a soběstačnosti i k prevenci a zmírnění poruch chování nemocného, a umožní tak minimalizovat či eliminovat užití léků s tlumivým účinkem, zejména antipsychotik, které ohrožují pacienty závažnými nežádoucími účinky. Součástí nefarmakologického managementu je také zajištění **adekvátního podpůrného a bezpečného prostředí**.

Většina péče se odehrává v rodinném prostředí a je zajišťována rodinnými příslušníky, kteří potřebují jak finanční pomoc (v současné době příspěvek na péči), tak i další služby a **podporu**, aby mohli tuto důležitou roli co nejdéle vykonávat. Nezbytným východiskem je dostatek informací o onemocnění, službách, možnostech pomoci, příspěvku na péči a podobně.

Pokud není možné poskytnout péči v rodině, je třeba zajistit takové služby, které budou odpovídat stavu a progresi onemocnění. Onemocnění vedoucí k demenci, zejména onemocnění degenerativní (např. Alzheimerova choroba) jsou onemocněními terminálními, tedy těmi, která zkracují a předčasně ukončují lidský život. Proto je třeba věnovat adekvátní pozornost i péči paliativní, kterou potřebují nemocní v pokročilých a zejména terminálních stádiích demence.

Považujeme za důležité zdůraznit, že pokud je péče poskytována v zařízení, je třeba adekvátně přizpůsobit prostředí potřebám lidí s demencí a péči poskytovat prostřednictvím kvalifikovaného personálu, který je zaškolen v problematice demence. Prostedí, vybavení a personální obsazení jsou do značné míry komplementární – tam, kde prostředí či vybavení nevyhovuje, je třeba navýšit počet personálu.

Spolupráce s rodinou a podpora rodinných příslušníků je důležitá i tehdy, když člověk s demencí pobývá v denním stacionáři nebo v pobytovém zařízení, ať již krátkodobě či dlouhodobě. I tehdy představují rodinní příslušníci partnery pro péči. Komunikace s rodinou je stejně důležitá jako komunikace s člověkem s demencí. Poskytnutí informací a zaučení v péči je důležitou podmínkou její kontinuity a kvality. Blízcí člověka s demencí jsou nemocí postiženi také, i když jinak než samotný nemocný, a to v důsledku změn rodinných rolí a kompetencí, finanční náročnosti péče i dalších problémů. Vzniká tak výrazná zátěž

pečujících, která se zvyšuje zejména při poruchách chování souvisejících s demencí. Blízcí nemocného jsou tedy nejen partnery péče, ale zvláště při rozvoji problémového chování a zvyšující se náročnosti péče potřebují podporu a pomoc profesionálního týmu případně i podpůrných svépomocných skupin rodinných pečujících.

### 3. Charakteristika jednotlivých stadií podle strategie P-PA-IA

Zkratka P-PA-IA označuje jednotlivá stadia vývoje demence, která jsou spojena s nároky na péči a podporu. „P“ označuje první stadium, které vyžaduje zejména podporu, psychologickou pomoc a poradenství. „PA“ je zkratka pro programované aktivity, které jsou potřebné zejména ve druhém stadiu. „IA“ označuje individuální asistenci nutnou ve třetím stadiu, tedy při pokročilé demenci. Poskytování jednotlivých typů péče vyplývá z potřeb lidí s demencí v jednotlivých fázích onemocnění.

#### 3.1 Stadium P-PA-IA 1 (počínající a mírná demence)

Toto stadium je charakterizováno relativní soběstačností, lidé v tomto stadiu demence potřebují určitý dohled a dopomoc, nikoli však nepřetržitě.

Na základě vyšetření (anamnéza, testy kognitivních funkcí, klinické a laboratorní vyšetření a zobrazovací vyšetření mozku) je stanovena diagnóza demence a pravděpodobného onemocnění, které ji způsobuje. Zpravidla je postižena paměť a další kognitivní funkce a více či méně se objevují u jednotlivých typů demence i nekognitivní příznaky (změněné chování, depresivita atd.).

Charakteristickým rysem této fáze demence je ještě relativní soběstačnost (s potřebou určité větší či menší dopomoci a služeb) a aktivita. Člověk může žít například po určitou část dne či týdne sám, postačuje mu, pokud je zajištěna pečovatelská služba či občasný dohled a dopomoc ze strany rodinných příslušníků, sousedů či přátel, telefonická konzultace, různé návody a upomínky, kterým rozumí, a podobně. Lidé zpravidla vnímají změny svého stavu a uvědomují si své obtíže, z čehož vzniká deprese a pocit nejistoty. Toto stadium odpovídá přibližně stupni 2 až 4 Reisbergovy škály. **Potřeby lidí ve stadiu P-PA-IA 1 jsou následující:**

**Potřeba správné a včasné diagnózy, zavedení adekvátní farmakoterapie, pokud je indikována, a seznámení s pravděpodobnou prognózou** onemocnění. Sdělení diagnózy musí být věnována dostatečná pozornost a dostatek času ze strany lékaře. Lékař musí umět zodpovědět dotazy pacienta i rodinných příslušníků, kteří pacienta doprovázejí, a doporučit další postup (navazující služby – psychologa, sociálního pracovníka apod.).

**Plánování budoucího postupu léčby a péče za pomoci lékaře (předem vyslovená přání).** V této fázi onemocnění se může člověk trpící demencí rozhodnout o dalším postupu v případě progresu onemocnění. Měl by být natolik informován, aby mohl předem vyslovit svá přání ohledně další léčby a péče o svou osobu. Zvláště důležité je umožnit nemocnému i jeho relevantním blízkým zodpovězení otázek o pozdních fázích demence. Rozhodování o nutriční podpoře, léčbě komplikací či resuscitační péči může být velmi usnadněno institutem předem vyslovených přání. Aby k jejich vyslovení vůbec mohlo dojít, je třeba vzájemné důvěry a otevřené komunikace mezi ošetřujícím lékařem,

člověkem s demencí a jeho blízkými. Paragraf 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, předepisuje pro dříve vyslovená přání písemnou formu s úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání musí být také písemně dokumentované poučení pacienta.

**Právní záležitosti.** V této fázi by měl člověk s onemocněním způsobujícím demenci být natolik informován, aby mohl uspořádat záležitosti, které považuje za důležité, a přijmout rozhodnutí, jichž nebude schopen v dalších fázích onemocnění.

**Podpora, psychologická pomoc, poradenství:** Zjištění příčiny existujících problémů a diagnóza demence přináší pro člověka potřebu podpory a poradenství (například ze strany České alzheimerovské společnosti) i profesionální psychologické pomoci. Základem této pomoci je sdílení problémů, podpora při zachování sociálních rolí a začlenění člověka s počínající demencí do života společnosti, trénink kognitivních funkcí a další formy podpory zdraví (zdravá a chutná strava, pohyb).

### 3.2 Stadium P-PA-IA 2 (středně pokročilá a rozvinutá demence)

Toto stadium syndromu demence odpovídá možnosti a potřebě poskytování péče v denních stacionářích či pobytových zařízeních sociálních služeb. Jde o období, které trvá například u Alzheimerovy choroby 2–10 let a je provázeno omezenou soběstačností, dezorientací, potřebou pomoci v jednotlivých denních aktivitách a potřebou trvalého dohledu. Lidé jsou schopni vykonávat různé aktivity, zejména ty, které vykonávali rutinně po celý život, kvalita jejich života je v mnoha ohledech dobrá či velmi dobrá, radují se z určitých činností, situací či skutečností, které vnímají a prožívají, více či méně uspokojivě komunikují. Tito lidé se obvykle rádi zapojují do smysluplného denního programu a profitují z něj. Zpravidla se u nich nevyskytují (či jsou zvládnutelné a přechodné) závažné poruchy chování (neklid, agitovanost, odpor k péči atd.) či jiné psychiatrické symptomy (halucinace). U lidí s demencí se velmi zřídka vyskytuje spontánní agresivita. Mnohem spíše se jedná o obrannou reakci na určitou situaci, kterou vnímají jako nesrozumitelnou, nepříjemnou či dokonce ohrožující. Nesouhlasná, až agresivní reakce může být vyvolána či potencována dyskomfortem způsobeným například ošetrovatelskou manipulací, nezvládnutou bolestí a podobně. Toto stadium odpovídá stadiu 4–5 Reisbergovy škály.

K pobytu člověka s demencí v zařízení nesmí dojít bez jeho souhlasu, který vyjádří svým podpisem (souhlas s hospitalizací, podpis smlouvy o poskytování sociálních služeb). Souhlas by se měl projevit i v chování člověka, v jeho spolupráci. Tomu napomáhá pečlivá příprava přechodu do zařízení (plánování přechodu v interdisciplinárním týmu – lékař, komunitní sestra, sociální pracovník, psycholog, rodina), komunikační dovednosti a neustálé získávání důvěry člověka s demencí. Takto postupujeme i v případech, kdy osoba má svého zákonného zástupce (opatrovníka). Podrobněji upravuje proces jednání se zájemcem o službu a uzavírání smlouvy o poskytování služeb zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ten však zatím neřeší situace, kdy člověk s demencí odmítá odchod do pobytové služby či jinou sociální službu (analogicky může odmítat i domácí zdravotní péči). Jde o velmi složité situace, které je třeba individuálně řešit ve spolupráci lékaře/ů, rodiny, sociálního pracovníka, sociální služby. Tzv. poruchy chování osob s demencí v pobytových zařízeních bývají často projevem nesouhlasu s pobytem či s péčí. Lze jim předcházet kvalitou poskytované péče, přístupem orientovaným na člověka.

V případě, že je hospitalizace člověka s demencí nezbytně nutná (ohrožuje závažným způsobem sebe nebo své okolí, zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče) a nemocný s ní nesouhlasí při příjmu nebo kdykoli později, je třeba situaci řešit dle platných právních předpisů (tzv. detenční řízení ve zdravotnických zařízeních, § 38–40 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, tedy hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a použití omezovacích prostředků).

Lidé v této fázi demence profitují z **pravidelného a strukturovaného denního rytmu** a zapojování do činností podle jejich individuálních možností. Zavedení tohoto pravidelného a strukturovaného programu vede k vytvoření určitého řádu v péči, který jim přináší užitek: zaujetí smysluplnými činnostmi, podporu zachovalých schopností a soběstačnosti, kvalitu života a podporu důstojnosti, zachování normálního diurnálního rytmu, kdy je den naplněn aktivitami a noc slouží odpočinku. Pravidelná a předvídatelná struktura dne, zachování přirozeného, normálního denního rytmu a tomu odpovídající nabídka činností pro člověka s demencí jsou užitečné i pro pečující rodinné příslušníky, kterým umožní poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle.

V ústavních zařízeních jsou programy aktivit součástí trvalé péče o lidi s demencí, které umožňují zapojit více lidí najednou. Denní aktivity tvoří základ pravidelné struktury všedního dne, která směřuje k vytvoření předpokladů pro zachování co nejkvalitnějšího nočního odpočinku pro všechny obyvatele.

Přestože se v dalším textu budeme zabývat činnostmi a strukturou dne v pobytových zařízeních, považujeme za nutné zdůraznit, že péče by měla být orientovaná na každého jednotlivého člověka s demencí a zajištění jeho potřeb, nikoli na výkon oddělení (tedy maximalizaci nabídky různých činností). Jednotlivé činnosti a strukturu každého dne chápeme jako prostředek ke zlepšení kvality života lidí, nikoli jako cíl péče.

**Programované aktivity** představují takové aktivity, které naplňují den člověka jednotlivými činnostmi se zřetelem na zachování jeho soběstačnosti. Jde zejména o sebeobslužné činnosti (ranní a večerní toaletu, pravidelné stolování) a další aktivity, které zlepšují kvalitu jeho života a vytvářejí náplň dne. Patří sem také nefarmakologické přístupy a psychosociální intervence, u nichž lze důvodně na základě množících se vědeckých důkazů očekávat pozitivní efekt na zachování soběstačnosti, fyzické kondice i prevenci poruch chování (kinezioterapie, vycházky, kognitivní rehabilitace, sensorická stimulace, reminiscence a podobně).

Jídlo a stolování představují významné mezníky dne, příjemný zážitek, příležitost ke společné činnosti a interakci. Přípravě i podávání jídla je zapotřebí věnovat dostatečnou pozornost, individualizovat je dle preferencí a možností člověka, podporovat tak jeho soběstačnost a důstojnost i způsobem, jak je jídlo podáváno. Kromě zajištění dostatečné nutrice má jídlo ještě mnoho dalších osobních, společenských i kulturních významů. Tomu by měla odpovídat pozornost, kterou budeme jídlu v rámci péče o lidi s demencí věnovat. Výše uvedené činnosti mohou probíhat také v denních stacionářích, kam lidé s demencí denně přicházejí nebo přijíždějí za doprovodu svých blízkých či profesionálních pečujících.

Při poskytování služeb v zařízení považujeme za nutné vytvoření vhodného prostředí pro péči (podobného domácímu prostředí), technické vybavení a pomůcky i adekvátní personální obsazení (podrobněji viz Doporučení ČALS a Podklady pro certifikaci Vážka®).

### 3.3 Stadium P-PA-IA 3 (těžká demence, demence komplikovaná poruchami chování či somatickými problémy a stadium terminální) s potřebou zajištění zdravotní (zdravotně sociální), dlouhodobé péče (long-term care) a péče paliativní

Jedná se o stadium pokročilé a těžké demence a o ty formy demence, které jsou komplikovány poruchami chování (6 a 7 stadium Reisbergovy škály).

Lidé s demencí v této fázi profitují z **individualizované asistence a z aktivit individualizovaných** dle jejich potřeb, protože jejich stav pokročil již natolik, že se na režimu programovaných aktivit nemohou podílet, respektive účast v programovaných aktivitách již pro ně není přínosná, naopak je příliš zatěžující a způsobuje dyskomfort. Onemocnění, které je příčinou demence, pokročilo již natolik, že tito lidé profitují spíše ze šetrné individualizované péče a asistence při sebeobslužných aktivitách, kterých jsou ještě schopni. V této fázi syndromu demence dochází k výraznému omezení verbální komunikace, což klade nároky na schopnost personálu navázat s člověkem s demencí kontakt, komunikovat s ním nonverbálně a umět mu porozumět. Dále je třeba umět kvalifikovaně analyzovat příčiny problematického chování, které může být způsobeno somatickou poruchou (bolest, dyskomfort, dehydratace, zácpa, retence moči atd). Dochází k omezení mobility, takže je třeba šetrně a kvalifikovaně rehabilitovat, eventuálně pacienta adekvátně polohovat, a zajistit tak prevenci bolestivých kontraktur, užitečná je též bazální stimulace. Vzhledem k častým poruchám polykání je třeba ošetřovatelské péče zajišťující adekvátní příjem potravy, výživu a hydrataci. Varujeme před nadužíváním PEG stejně tak jako permanentních katetrů a dalších „medicínských postupů“, které ve svých důsledcích mohou zhoršovat či zhoršují komfort pacientů.

Nicméně i pro lidi v tomto stadiu demence může být užitečné se do denních aktivit zapojovat, nebo jim být přítomni, a to vždy tehdy, když s tím souhlasí a když z nich profitují.

Z výše uvedeného popisu problematiky tohoto stadia demence je zřejmé, že péči v zařízení nelze zajistit jinak než za trvalé (24hodinové) přítomnosti (v noci dostupnosti) kvalifikovaného zdravotnického pracovníka (samostatně pracujících sester zaškolených v problematice demencí), nutné je zajistit též dostupnost lékaře.

Pobyt v zařízení poskytujícím péči o osoby v tomto stadiu demence musí být i v tomto případě jediné dobrovolný. Souhlas je zpravidla vyjádřen chováním člověka, svědčícím o jeho spokojenosti, které je doloženo zápisy v dokumentaci. Pokud se jedná o hospitalizaci, se kterou člověk s demencí nesouhlasí (vyjadřuje nesouhlas svým chováním) nebo se jedná o takový stupeň demence, kdy po přijetí není ani možné usoudit z chování pacienta, zda s pobytem ve zdravotnickém zařízení souhlasí, a pokud je pobyt s ohledem na jeho zdravotní stav nutný (ohrožuje sebe nebo svého okolí a podobně), je neprodleným oznámením soudu zahájeno tzv. detenční řízení. Postup je stejný jako v případě P-PA-IA 2 (viz příslušná pasáž, § 38-40 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

## 4. Závěr

Česká alzheimerovská společnost formulovala v roce 2006 Strategii P-PA-IA, péče a podpora lidem trpícím syndromem demence, která vycházela z diferencovaných potřeb pacientů v jednotlivých stádiích demence. Strategie vznikla na základě široké diskuse odborníků i laických a profesionálních pečujících na půdě Společnosti i dalších institucí a organizací, které se v té době zabývaly problematikou kvality péče o pacienty s demencí. Později byla Strategie P-PA-IA diskutována i na mezinárodní úrovni se zástupci Alzheimer Europe a v rámci pracovní skupiny ELTECA (Exchange of Experience in Long-term Care). U nás patřila k významným partnerům též pracovní skupina Kanceláře veřejného ochránce práv. Strategie P-PA-IA se stala základem pro formulaci indikátorů kvality péče o osoby s demencí, které v současné době již tvoří ucelený systém a podklad pro certifikaci oddělení a pracovišť poskytujících péči o lidi s demencí v souladu s principy a názory České alzheimerovské společnosti (jedná se o certifikaci „Vážka“). V roce 2013 byla opět na základě široké diskuse v rámci České alzheimerovské společnosti i s odbornou veřejností revidována. Po mnoho let je tak tento dokument východiskem pro prosazování a zlepšování kvality péče v České republice. Informaci o této strategii jsem zvolila proto, že se jedná o skutečně „živý“ dokument, který zahrnuje nejen současné trendy v poskytování služeb, ale zároveň i aktuální legislativní a ekonomické podmínky České republiky obdobně jako certifikace kvality „Vážka“.

## Seznam literatury

- [1] VAŇKOVÁ, H. – JURAŠKOVÁ, B. – HOLMEROVÁ, I. Prevalence kognitivních poruch v domovech pro seniory. *Česká geriatrická revue*, 2008, roč. 6, č. 4, s. 232-234. ISSN 1214-0732.
- [2] VAŇKOVÁ, H. Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory. *Geriatric a gerontologie*, 2013, roč. 2, č. 3, s. 111-114. ISSN 1805-4684.
- [3] HOLMEROVÁ, I. – BALÁČKOVÁ, N. – BAUMANOVÁ, M. – HÁJKOVÁ, L. – HRADCOVÁ, D. – HÝBLOVÁ, P. et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Geriatric a gerontologie*, 2013, roč. 2, č. 3, s. 158-164. ISSN 1805-4684.
- [4] HÁJKOVÁ, L. – JANEČKOVÁ, H. – HRADCOVÁ, D. – MÁTLOVÁ, M. – SŮSOVÁ, M. Certifikace „Vážka“ – zkušenosti a reflexe. *Geriatric a gerontologie*, 2013, roč. 2, č. 3, s. 101-104. ISSN 1805-4684.

# Zvládání poruch chování spojených s demencí

**Pavla Hýblová;**

Česká alzheimerská společnost

[hpavla@email.cz](mailto:hpavla@email.cz)

## **Klíčová slova**

Demence, poruchy chování, prevence, vztahová péče

## **Abstrakt**

Autorka předkládá a definuje pojem vztahové péče jako cesty dobré individuální služby bez poruch chování. Při jejich zvládání klade důraz na hledání příčin a prevenci, vycházející ze znalosti normality klienta a jejího posilování.

---

## **1. Poruchy chování a jak je zvládat**

Odpovědí na poruchy chování u klientů s demencí je *vztahová péče*. Vychází ze znalosti toho, o koho se starám. Nástrojem k získání této znalosti je sledování a mapování rituálů, potřeb a zájmů člověka, práce s jeho životním příběhem (historie, biografie). Důsledkem je pak správné mapování okruhu potřebné podpory (nepřepečovávat, nezanedbávat) a vyjednání služby – zakázky, s klientem nebo rodinou. Následně hodnotíme, zda plníme očekávání sjednávané služby.

### **1.1 Hledání příčin**

Jak můžeme najít možná řešení situace poruch chování člověka s demencí? Budme kreativní, hledejme všechna **proč**, která vedla k problematické situaci. Vycházejme z „normality“ klienta. Neočekávejme jeho přizpůsobivost.

Za všech okolností se vyhýbejme konfliktům. Pokusme se zachovat klid a vyrovnanost. Rozčilení vzniklou situaci ještě zhorší. Na obvinění odpovídejme jemně, nezlobme se.

Nezapomínejme, že příčinou je nemoc, nikoliv chyba či vina nemocného! Pocitem napadající osoby je většinou strach. Neví, co se s ní děje. Do popředí vystupuje akce, boj, záchrana sebe sama, raději napadnu, než abych byl napaden. Klient si může vymezovat svůj prostor k životu, řeší si své fobie, které nemůže již pojmenovat.

## 1.2 Prevence

Sledovat projevy útočnicka, vše zapisovat do dokumentace – jakékoliv napadení i vůči personálu, jakékoliv řešení situace, řešení s rodinou či s ostatními kolegy, lékařem.

Snažit se klienta verbálně zklidnit, izolovat; upozorňuji sestru, voláme záchranku. Všechna napadení klientem hlásíme sestře, klíčový pracovník vše oznamuje rodině. Pokud není agrese u klienta zvladatelná, není možno chování klienta zvládnout v zařízení sociálních služeb, není možno chování zmírnit léky ani žádným jiným přístupem, je potřeba klienta převézt po rozhodnutí lékařem do jiného zařízení. Důležitá je obrana bez poškození klienta, můžeme školit personál v praktických úchopech.

Každé zvládnutí problému je úspěch, každé nezvládnutí je výzvou ke změně postupu. Buďme na sebe hodní, pochvalme se.

## 2. Principy jednání s klientem s demencí

Postupujeme tak, abychom maximálně umožnili člověku s demencí:

- Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
- Při vyjadřování svých pocitů být brán vážně.
- Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
- Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
- Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl. Mít možnost chodit pravidelně ven. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
- Více normality – tedy toho, co je přirozené pro klienta.
- Respektování důstojnosti.
- Únosnou míru omezování – ochrany.
- Stálou přítomnost personálu.

## 3. Závěr

Hodnocení pobytové služby inspekce je vnímáno poskytovateli jako zatěžující stres. Velmi rozsáhlé „papírování“ nevyřeší spokojenost s vyjednanou službou.

Co dělat? Hledat cesty – zkušenosti, finance, změny systému poskytování. Pojďme společně v naší republice hledat možná řešení snížení administrativní zátěže. Také vývoj vzdělávání personálu v přímé péči je velkou výzvou pro české školství, již dvě desetiletí komplexně neřešenou.

## Odkazy na literaturu

[1] HOLMEROVÁ, I. – BALÁČKOVÁ, N. – BAUMANOVÁ, M. – HÁJKOVÁ, L. – HRADCOVÁ, D. – HÝBLOVÁ, P. et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Geriatric a gerontologie*, 2013, roč. 2, č. 3, s. 158-164. ISSN 1805-4684.



# Nepravidelná medikace s tisíci- m účinkem v praxi zařízení sociálních služeb pro seniory

JUDr. Mgr. Adéla Hradilová;

Kancelář veřejného ochránce práv

[hradilova@ochrance.cz](mailto:hradilova@ochrance.cz)

## Klíčová slova

Medikace, senior, neklid, agrese, omezení

## Abstrakt

Řada klientů domovů pro seniory či domovů se zvláštním režimem trpících demencí má lékařem předepsaný lék pro případ neklidu či agrese; nejde tedy o pravidelně podávanou medikaci. Přestože je mnohdy účelem podání léku omezení klienta v pohybu, nebývá takové podání léku ze strany zařízení považováno za použití tisíciho léku coby opatření omezujícího pohyb. Veřejný ochránce práv kritizuje, pokud předpis lékaře zní jen „pro případ neklidu“ či „dle potřeby“. V takovém případě lék fakticky ordinuje sestra zařízení, ne lékař. Může také snadno vzniknout podezření, že dochází k nezákonnému užití léku coby opatření omezujícího pohyb.

---

## 1. Systematické návštěvy domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem

Veřejný ochránce práv v rámci svého působení coby národní preventivní mechanismus České republiky provádí tzv. „systematické návštěvy“, svého druhu kontroly zařízení, kde se nachází nebo mohou nacházet osoby omezené na osobní svobodě.<sup>1</sup> Příčinou omezení může být buď rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo je důvodem závislost osoby na poskytované péči.

V roce 2013 zahájil ochránce dlouhodobější projekt návštěv pobytových zařízení, která poskytují péči seniorům, zejména seniorům trpícím syndromem demence. Celkem bylo v loňském roce navštíveno 14 zařízení sociálních služeb, tedy domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.

---

<sup>1</sup> Realizuje tak mezinárodněprávní závazek České republiky, který vzešel z ratifikace Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Sdělení MZV č. 78/2006 Sb. m. s.).

## 1.1 Rizika související se špatným podáním tišícího léku

Během návštěv těchto zařízení se ochránce vždy zaměřoval na způsob nakládání s léky, zejména s léky s tišícím (sedativním) účinkem. Důvodů je několik.

Nesprávně podaný lék s tišícím účinkem může představovat významné riziko pro zdraví či dokonce život klienta. Může představovat zásah do základních práv a svobod klienta, ať už se jedná o omezení osobní svobody, zásah do lidské důstojnosti či o právo nebýt podrobován špatnému zacházení. Konečně může nesprávné podání léku s tišícím účinkem představovat i opatření omezující pohyb a je třeba sledovat soulad s § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o sociálních službách“).

## 1.2 Etické aspekty podávání tišících léků osobám s demencí

S podáváním tišící medikace osobám s demencí jsou úzce spojeny i etické otázky, které vyvstávají i tehdy, pokud nejde o nesprávně podaný lék.

Medikace s tlumícím účinkem bez informovaného souhlasu člověka s demencí zasahuje do jeho autonomie vůle. Někteří autoři přirovnávají užívání tišících léků k chemické svěrací kazajce. Utlumení totiž osobám s demencí zabraňuje vyjádřit vlastní přání, a pečující pak mohou rozhodovat namísto nich. Taková situace je sice pro druhé jmenované pohodlnější, eticky ale nepřijatelná [3]. Podávání tišící medikace někdy negativně ovlivní schopnosti osoby komunikovat s ostatními, což může mít negativní dopad na udržování osobních vztahů. Samostatnou kapitolou je ukrývání léků do jídla či pití (couvert medication), které zahrnuje podvod či zrazení důvěry. Některé tišící léky mají rovněž závažné vedlejší účinky [1]. Nakládání s léky s tišícím účinkem je proto třeba věnovat náležitou pozornost.

## 2. Kdy jde o opatření omezující pohyb

Léky s tišícím účinkem, které jsou klientovi podávány nepravidelně, jsou buď opatřením omezujícím pohyb dle zákona o sociálních službách, nebo jde o nepravidelné podání léku na základě předchozí přesné ordinace lékaře pro určité konkrétní situace (viz dále). Mezi oběma situacemi je třeba pečlivě rozlišovat a nezaměňovat je.

Z povahy věci půjde o opatření omezující pohyb zpravidla tehdy, je-li účelem podání léku omezení klienta v pohybu (zabránění mu v chůzi, ve vstávání z lůžka či křesla, v sahání na předměty či osoby atp.). Je-li lék podán kvůli agresivnímu<sup>2</sup> chování klienta, rovněž půjde vždy o opatření omezující pohyb, neboť jeho účelem je utlumení a omezení klienta. Není vůbec významné, zda lékař dopředu předepsal lék pro „případ agrese“ či pro jiné ad hoc situace. Podání léku bude i přesto představovat opatření omezující pohyb a bude třeba splnit podmínky stanovené v zákoně o sociálních službách [10].

<sup>2</sup> Volicer používá pro označení agresivního chování u osob s demencí termín resistiveness (odporování). Vyjadřuje tím, že klient může na určité situace reagovat násilně kvůli nedostatku pochopení, porozumění. Např. nerozumí, proč musí být vykonáván určitý úkon péče. Je však podle něj chybou nazývat takové chování agresivitou, protože je to ve skutečnosti pečující, který je klientem vnímán jako agresor [12].

## 2.1 Co lze použít jako prostředek omezující pohyb

Používání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních je upraveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o zdravotních službách“). Pro zařízení sociálních služeb však platí poněkud odlišná právní úprava obsažená v § 89 zákona o sociálních službách.

Rozdíl spočívá zejména v tom, co lze k omezení pohybu klienta, resp. pacienta použít. V zařízeních sociálních služeb jsou to pouze fyzické úchopy,<sup>3</sup> umístění osoby do místnosti určené k bezpečnému pobytu<sup>4</sup> a podání tisíců léků.

V zařízeních sociálních služeb je zakázáno omezit klienta v pohybu jinými způsoby. O omezovací opatření však nepůjde, je-li oddělení či budova, kde jsou ubytovány osoby trpící syndromem demence, uzamčeny. To platí za předpokladu, že orientované osoby či klienti, které syndromem demence netrpí, mají zajištěn volný odchod a příchod do zařízení. Nezbytnou podmínkou je také neustálá přítomnost personálu s klienty v uzavřeném prostředí [7].

## 2.2 Zákonné podmínky k užití léku jako opatření omezujícího pohyb

### 2.2.1 Povinnost prevence

Poskytovatel sociálních služeb je v první řadě povinen předcházet situacím, ve kterých by bylo nezbytné použít opatření omezující pohyb. Stanoví to zákon o sociálních službách v § 89 odst. 4. Aby tato povinnost mohla být efektivně naplněna, je třeba, aby poskytovatel hledal příčiny problémového chování (bolest, nepohodlí, vedlejší účinky léků, stres, špatné vztahy mezi pečujícím a pacientem, deprese, jiné onemocnění atp.) a snažit se jim předcházet [6], například prostřednictvím nefarmakologických metod, psychosociálních intervencí a vhodnou úpravou prostředí [8].

### 2.2.2 Přímé ohrožení života a zdraví

Zákon o sociálních službách v § 89 odst. 1 stanoví, že „*při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob.*“

Přímé ohrožení života a zdraví je poměrně vysoký práh. Je tomu tak proto, že použití omezovacích prostředků má pro klienta závažné důsledky (viz bod 1.1). Omezovací prostředky by tedy neměly být používány jako běžný nástroj, ale jen ve velmi závažných případech, kdy dochází k ohrožení života nebo zdraví. Jinými slovy pouze v situacích, kdy je to opravdu nezbytné.<sup>5</sup>

Z této zákonné podmínky vyplývají další pravidla. Zaprvé, není přijatelné, aby byla opatření omezující pohyb používána preventivně, tedy v situacích, kdy k ohrožení života

3 Není relevantní, zda fyzické úchopy provádí osoba k tomu vyškolená či nikoliv. Je-li klientovi bráněno v pohybu tím, že jej zaměstnanec zařízení drží, půjde o opatření omezující pohyb.

4 Předpokladem použití tohoto opatření je to, že zařízení takovou místností disponuje. Pod toto opatření nelze podřadit zamčení klienta na jeho pokoji.

5 K nezbytnosti používání omezovacích prostředků v souvislosti s právem nebýt podroben špatnému zacházení viz např. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 24. září 1992 ve věci Herczegfalvy proti Rakousku, stížnost č. 10533/83, para 82.

nebo zdraví ještě nedošlo. Za druhé, důvodem k použití opatření omezujícího pohyb není pouhý „neklid“ klienta, ať už je za neklid považováno cokoliv.<sup>6</sup>

### 2.2.3 Jen po nezbytně nutnou dobu

Výše cit. ustanovení § 89 odst. 1 dále stanoví, že opatření omezující pohyb lze použít jen po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení zdraví a života klienta nebo jiných osob. Tato podmínka není důležitá jen při používání fyzických úchopů a umístění do místnosti určené k bezpečnému pobytu. I u léků je třeba, aby byly podávány pouze po nezbytně nutnou dobu v co nejmenší dávce [9].

### 2.2.4 Neúspěšné užití jiných opatření

Další zákonnou podmínkou použití opatření omezujících pohyb je neúspěšné použití jiných (nefarmakologických) opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Zákon v § 89 odst. 2 stanoví, že poskytovatel je povinen nejdříve využít možnost slovního zklidnění situace a jiné způsoby, např. odvrácení pozornosti, rozptýlení či aktivní naslouchání.

### 2.2.5 Informování klienta

Poskytovatel sociální služby (resp. jeho zaměstnanci) je povinen vhodným způsobem informovat klienta, že vůči němu může být použito opatření omezující pohyb předtím, než je použito.

### 2.2.6 Fyzická přítomnost lékaře

Podání léčivých přípravků je podle zákona možné pouze na základě ordinace přivolaného lékaře a v jeho přítomnosti. Není tedy možné, aby lék podala sestra pouze na základě předchozí ordinace lékaře nebo na základě telefonické konzultace s lékařem.

Ve zdravotnických zařízeních je ve výjimečných situacích vyžadujících neodkladné řešení zákonem umožněno, aby opatření omezující pohyb indikoval i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání s tím, že lékař musí být neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost použití opatření (§ 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách). Obdobný postup však není možný v zařízeních sociálních služeb, kde podle zákona musí tišící lék vždy indikovat lékař, který je fyzicky přítomen.

Často se ozývají názory, že zajistit neustálou přítomnost lékaře v zařízeních není možné, že splnění této podmínky je nereálné. K situaci, kdy je třeba klienta s demencí omezit v pohybu a podat mu tišící léky, by ale mělo docházet jen ve výjimečných situacích, mělo by jít o mimořádnou událost. Zařízení by v první řadě mělo pátrat po příčinách určitého rizikového chování a snažit se je odstraňovat (viz bod 2.2.1) v součinnosti s ošetřujícím lékařem uživatele služby. Pokud porucha chování nastane, v první řadě mají být vyzkoušeny nefarmakologické způsoby jejich řešení (viz bod 2.2.4), následně může být přistoupeno k promyšlené práci s medikací.

<sup>6</sup> K nepřijatelnosti užívání omezovacích prostředků z důvodu pouhého neklidu viz rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 18. října 2012 ve věci Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08, paras 95–96.

### 2.2.7 Povinnost informovat opatrovníka

Je-li opatření omezující pohyb použito vůči klientovi s upravenou svéprávností, je poskytovatel sociálních služeb povinen bez zbytečného odkladu informovat opatrovníka osoby (§ 89 odst. 5).

### 2.2.8 Vedení evidence

Konečně zákon stanoví, že poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb a umožnit nahlížení do této evidence osobě, u které bylo opatření použito, případně dalším osobám uvedeným v zákoně (opatrovník, osoba blízká, zřizovatel zařízení, lékař, členové inspekčního týmu, veřejný ochránce práv...):<sup>7</sup>

## 2.3 Nedodržení zákonných podmínek

Nedodržení zákonem stanovených podmínek pro užití opatření omezujícího pohyb je správním deliktem, který šetří inspekce sociálních služeb. Může za něj uložit pokutu až 20 000 Kč, jde-li o porušení povinnosti nepodat informace o použití opatření opatrovníkovi klienta či o nevedení dokumentace. Za použití opatření omezující pohyb v rozporu se zásadami uvedenými v § 89 odst. 1-3<sup>8</sup> lze uložit pokutu až do výše 250 000 Kč.

## 2.4 Zjištění ochránce z návštěv zařízení

Veřejný ochránce práv během návštěv zařízení sociálních služeb pro osoby s demencí v souvislosti s používáním tisících léků jako opatření omezujícího pohyb kritizoval např. nevyplněné formuláře o použití opatření, které byly dopředu opatřeny podpisem a razítkem lékaře. Tímto postupem vznikal prostor pro obcházení zákona a svévolné nakládání s tisíci medikací ze strany nelékařského personálu.

Dále ochránce vytykal nedostatečnou dokumentaci související s použitím opatření omezujících pohyb. V individuálních plánech klientů se systematicky nepracovalo s rizikem, nebyly vedeny záznamy o určitém chování, ze kterých by následně mohl vycházet lékař. S tím souvisí i další problém, a sice nehledání příčin poruch chování u konkrétního klienta neboli zanedbání povinnosti prevence užívání opatření omezujících pohyb (viz část 2.2.1).

---

<sup>7</sup> Dokumentace by podle § 89 odst. 6 měla být vedena v tomto rozsahu:

- a) jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby,
- b) datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob a druh tohoto opatření,
- c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,
- d) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila
- e) podání léčivého přípravku jako opatření omezujícího pohyb osoby,
- f) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,
- g) popis bezprostředně předcházející situace před použitím opatření omezujícího pohyb osob, popis průběhu situace při použití tohoto opatření a její zhodnocení a popis bezprostředně následující situace,
- h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 5,
- i) popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití opatření omezujícího pohyb osob,
- j) popis způsobu informování osoby podle odstavce 2.

<sup>8</sup> Omezení pohybu klienta v jiných situacích, než je přímé ohrožení života a zdraví, použití omezovacích opatření po delší dobu, než je nezbytně nutná, nevyzkoušení jiných opatření, podání léku bez přítomnosti lékaře.

Často vytýkaným pochybením bylo i podání tišícího léku za účelem omezení klienta v pohybu personálem zařízení bez přítomnosti lékaře. Veřejný ochránce práv se setkal i s tím, že lék podal nezdravotnický pracovník zařízení.

### 3. Nepravidelná podání tišících léků na základě předchozí ordinace

Nepravidelné podání tišící medikace nemusí být vždy opatření omezující pohyb. Ne vždy je třeba, aby klient užíval určitý lék pravidelně. Přesto mohou nastat situace neklidu, který ještě nepředstavuje ohrožení života nebo zdraví, a není tak dán legitimní důvod pro omezení klienta v pohybu.

Může však nastat situace, kdy je třeba klientovi ulevit od určitého nepříjemného stavu (neklid, nespavost, úzkost...), který výrazně zhoršuje kvalitu jeho života. Lékař, který zná zdravotní stav klienta, může dopředu předvídat, že u něj určitý stav může nastat. Potom nepůjde o opatření omezující pohyb a je možné, aby lék podala všeobecná sestra bez fyzické přítomnosti lékaře. Je však bezpodmínečně nutné, aby lékař v předpisu přesně uvedl, pro jaké konkrétní situace vzniklé jako projev onemocnění klienta, určitý lék předepisuje [11].

I zde by však měly být primárně hledány příčiny neklidových stavů (agitovanosti) a způsoby jejich odstraňování. Holmerová a kol. uvádí, že v první řadě je třeba vždy zvážit dostupné možnosti nefarmakologického řešení, přičemž základními kroky tohoto přístupu jsou vždy 1. identifikace problémového chování, 2. zjištění příčiny a 3. přijetí takových opatření v péči, komunikaci, přístupu, prostředí, které povedou ke zmírnění či odstranění tohoto problémového chování [4].

#### 3.1 Kritika a doporučení ochránce

Mezi oběma situacemi, tj. použitím léků jako opatření omezujícího pohyb a podáním léku jako realizace předchozí ordinace lékaře, je třeba pečlivě rozlišovat. Jak uvádí Holmerová a kol., každý lék s tlumivými účinky může být použit (a zneužit) také jako omezující prostředek [5]. Veřejný ochránce práv během návštěv zařízení pro seniory narazil několikrát na případy, kdy vzniklo podezření, že lék, byť dopředu předepsaný lékařem, byl použit jako opatření omezující pohyb v rozporu se zákonnými podmínkami.

##### 3.1.1 Vágní předpisy

Ve 13 ze 14 navštívených zařízení sociálních služeb pro seniory v roce 2013 veřejný ochránce práv kritizoval vágní předpisy tišících léků pro ad hoc situace. Jedná se o takové předpisy, ze kterých není jasné, kdy přesně má sestra lék podat. Typickým příkladem jsou ordinace „dle potřeby“ či pro případ „neklidu“. Jako další ukázkou kritizovaných ordinací lze uvést následující:

- „Malý neklid *Tiapridal 1 amp. i. m.*, velký neklid *Tiapridal 1 tbl.*“
- „Slabý neklid *Prothazin 1 tbl.*, velký neklid *Tisercin 1 amp. i. m.*“
- „Při neklidu *Tiapridal 1 x 30 ml, 5-5-0, dle potřeby.*“
- „*Tisercin 1-2-2 při neklidu.*“
- „*Apaurin 1 amp. i. m. při neklidu; dávkování dle potřeby.*“
- „Při neklidu a nespavosti *Tisercin 1 tbl. p. o. (event. 1 amp. i. m.)*, *Diazepam rectal tube 10 mg.*“

Neklid je mimořádně vágní pojem, který se u každého klienta projevuje jinak s ohledem na jeho zdravotní stav. Je-li lék předepsán pro případ „neklidu“, není jasné, kdy přesně má být podán. V praxi pak lék neordinuje lékař, ale sestra zařízení. Ta k tomu v první řadě není oprávněna.<sup>9</sup> Zaměstnanci zařízení jsou navíc mnohem více zainteresováni na péči o klienta a jejich rozhodování tak může být ovlivněno více jejich potřebami než potřebami a zájmem klienta [2]. Lékař zcela nepřijatelně a nepřiměřeně těmito předpisy přenáší odpovědnost za rozhodování a za případné důsledky pro zdravotní stav klienta na sestru zařízení. Je-li lék ordinován takto neurčitým způsobem, vzniká samozřejmě i značný prostor pro zneužití ze strany personálu zařízení. Snadno také může vzniknout podezření, že lék, byť dopředu předepsaný lékařem, představoval použití opatření omezujícího pohyb v rozporu se zákonem o sociálních službách.

Zásadní podíl odpovědnosti za nekvalitu předpisů tisíců léků samozřejmě v první řadě nese lékař. Jsou to nicméně zaměstnanci zařízení sociálních služeb, kteří pak lék podávají klientovi. Veřejný ochránce práv zařízením doporučuje, aby trvala na přesné ordinaci lékaře, tedy aby lékař uvedl, pro jaké konkrétní situace lék, který má být užíván nepravidelně, předepisuje. Jinými slovy, aby z ordinace bylo jasné, v čem „neklid“ u konkrétního klienta spočívá. Plní-li zařízení svou povinnost podle § 88 písm. f) zákona o sociálních službách, tedy vede-li písemně záznamy o průběhu poskytování služby, mělo by být v dokumentaci klienta snadno zjištělé, jak se neklid projevuje právě u něj. Předpis lékaře by pak těmito popisy měl odpovídat.

### 3.1.2 Neúplné či nejednoznačné předpisy

V souvislosti s lékařskými předpisy léků s tlumivým účinkem podávaných ad hoc veřejný ochránce práv dále zjistil, že v některých předpisech chybí uvedení síly léku, forma léku, velikost dávky či možnost opakování podání léku v určitém časovém rozmezí. Dále kritizoval takové předpisy, ze kterých nebylo zřejmé, který lék má sestra podat („*Tisericin při neklidu, Prothazin při neklidu a nespavosti, Tiapridal při nespavosti*“).

I zde je samozřejmě zodpovědný v první řadě lékař. Veřejný ochránce práv však doporučuje zařízením trvat na tom, aby lékař v předpisu uvedl, jaký lék konkrétně předepisuje (síla, forma), jak velká dávka léku má být podána a kolikrát je podání možné v jakém časovém rozpětí.

### 3.1.3 Nevedení záznamů o ad hoc podání tisíců léků

Aby se zařízení vyhnula podezření, že tisíc léků mohl představovat opatření omezující pohyb, je třeba věnovat pozornost i záznamům o ad hoc podáních medikace s tlumivým účinkem. V první řadě ochránce doporučuje přesně dokumentovat stav klienta, který vedl k podání léku, zaznamenávat kdo kdy podal jaké množství léku o jaké síle a jaký efekt lék měl.

---

<sup>9</sup> Z § 4 odst. 3 písm. a) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, vyplývá, že všeobecná registrovaná sestra může podávat léčivé přípravky pouze na základě indikace lékaře.

## 4. Související problémy

S nakládáním s tisíci medikací souvisí i další problémy, které mohou představovat potenciální ohrožení klienta.

### 4.1 Nebezpečné uložení léků

Veřejný ochránce práv kritizuje, pokud léky (nejen ty s tisíci účinkem) nejsou bezpečně uloženy. V několika případech léky nebyly bezpečně zamčené a měl k nim přístup veškerý, i nezdravotnický personál.

### 4.2 Skladování léků, které nepatří konkrétnímu klientovi

Dále ochránce v některých zařízeních narazil na balení léků s tisíci účinkem, která nebyla přidělena konkrétnímu klientovi, obvykle se jednalo o léky po klientech, kteří odešli nebo zemřeli. Pokud tyto léky nebyly bezpečně zamčeny a nebyl zaznamenán zůstatek v balení, vznikalo vážné podezření, že mohou být zneužívány k nesledovatelnému tlumení klientů.

### 4.3 Podání léku bez předpisu lékaře

Výjimečně bylo zjištěno, že léky jsou klientovi podávány bez předpisu lékaře, případně lék podal zaměstnanec, který k tomu nebyl oprávněn (sestra bez registrace, pracovník v sociálních službách).

## 5. Závěr

Podávání tisíci medikace osobě s demencí s sebou nese řadu negativních důsledků. Ať už uvažujeme o opatření omezujících pohyb či nikoliv, je vždy v první řadě nutné věnovat pozornost prevenci problémového chování, hledat jeho příčiny a ty odstraňovat. Pokud porucha chování nastane, je třeba se nejprve pokusit situaci řešit jinými, nefarmakologickými způsoby (pochopitelně nemám na mysli jiné omezovací prostředky). Podání tisíciho léku by v žádném případě nemělo představovat automatickou reakci personálu na určitý projev chování klienta s demencí.

Objevují se úvahy o tom, že tisíci léky zmizí ze seznamu opatření omezujících pohyb v sociálních službách. Odůvodňovány bývají velmi často tím, že ustanovení o omezujících opatřeních v zákoně o sociálních službách nereflektuje praxi v zařízeních sociálních služeb a nevyhovuje jí, že fyzická přítomnost lékaře je nereálná, neb ten je přetížen, atp. Za výmluvami na špatně nastavený systém však obvykle stojí snaha usnadnit si práci, ne zájem klienta s demencí.

I pokud by snad k legislativní změně došlo, nebude to znamenat, že lékaři budou moci nakládat s tisíci medikací dle své volné úvahy. Bude-li klient tisíci medikací omezován v pohybu preventivně, nadměrně, jako součást rutiny, v situacích, kdy to nebude nezbytné či za účelem usnadnění práce personálu, půjde o nezákonný stav. Rozdílem bude jen to, že nepůjde o správní delikt dle zákona o sociálních službách, ale bude třeba zvažovat možnosti občanskoprávní žaloby na ochranu osobnosti či trestněprávního postihu.



Doufejme ale, že odborná diskuse se i v České republice časem posune od otázky nutnosti fyzické přítomnosti lékaře při podání tišícího léku k etickým aspektům používání omezovacích prostředků u osob trpících syndromem demence.

## Seznam literatury

[1] Alzheimer Europe. *The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia*. Luxembourg: Imprimerie Centrale, 2012. p. 63–67. ISBN 978-2-9599755-6-1.

[2] Ibid., p. 62.

[3] BASSON, M. – BRUGERON, P. E. – HERSON, S. *Prise de décision, consentement et directives anticipées: approches éthiques* [on-line]. 2011. p. 17, [cit. 3. března 2014]. [http://www.espace-ethique-alzheimer.org/bibliotheque\\_rte/pdf/avril2013/Rapport\\_ALCOVE-EREMA\\_WP7\\_FR\\_FINAL.pdf](http://www.espace-ethique-alzheimer.org/bibliotheque_rte/pdf/avril2013/Rapport_ALCOVE-EREMA_WP7_FR_FINAL.pdf).

[4] HOLMEROVÁ, I. – JAROLÍMOVÁ, E. – SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. s. 84. ISBN 978-80-254-0177-4.

[5] Ibid., s. 103.

[6] *Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. s. 101. Překlad Iva Holmerová. ISBN 978-80-254-0174-3.

[7] *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2013. s. 9.

[8] Ibid., s. 10.

[9] Ibid.

[10] Veřejný ochránce práv. *Extrakty ze zpráv z návštěv zařízení pro seniory* [online]. 2013. s. 7. [citováno 27. února 2014]. [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/2013/zarizeni-socialnich-sluzeb-shrnuti.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/zarizeni-socialnich-sluzeb-shrnuti.pdf).

[11] Ibid., s. 8.

[12] VOLICER, L. – BLOOM-CHARLETTE, L. Assessment of Quality of life in Advanced Dementia. In: *Enhancing the quality of life in advanced dementia*. 1. vyd. United States of America: Taylor and Francis, 1999. p. 15 – 16. ISBN 0-87630-965-1.

# Nutriční problematika u Alzheimerovy choroby, vztah výživy a kognitivních funkcí u osob trpících demencí (výsledky výzkumu)

**MUDr. Miroslava Navrátilová, Ph.D.;**

Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno;

[mirkanavratilova@seznam.cz](mailto:mirkanavratilova@seznam.cz)

## **Klíčová slova**

Alzheimerova choroba, podvýživa, sipping, Mini Nutritional Assessment (MNA), Mini Mental State Examination (MMSE), nutriční podpora

## **Abstrakt**

Přestože názory na metabolické změny podílející se na hubnutí nemocných s Alzheimerovou chorobou nejsou dosud jednotné, příjem energie nutný pro udržení vlastní tělesné hmotnosti je jednoznačně vyšší než u normální populace. Naše studie prokázala, že včasné zahájení nutriční podpory ještě v době, kdy nemocný není malnutriční, může zabránit sekundárním komplikacím Alzheimerovy choroby, zpomalit její zhoršování a zlepšit tak její průběh. Zároveň naše studie prokázala, že nutriční podpora neovlivňuje přežívání nemocných – je tedy řeč o zlepšení kvality života pacientů, nikoli o prodloužení života v terminální fázi.

---

## **1. Alzheimerova choroba a malnutrice**

### **1.1 Úvod**

Demence je výsledkem progresivně se zhoršujícího, chronického onemocnění mozku, jehož charakteristickým rysem je celkové zhoršování vyšších korových funkcí, tedy paměti, zhoršená funkce kognitivní (poznávací), dále zhoršení funkcí sensorických a motorických, schopností sociálních kontaktů a je rovněž zhoršena kontrola emočních reakcí, dochází ke zhoršení sociálního chování nebo motivací. Vědomí však zůstává při těchto změnách zcela neporušeno. **Jde o syndrom vyskytující se u:**

- 5% populace nad 65 let (13% populace v ČR = 1,3 mil. lidí)
- 20% populace nad 80 let

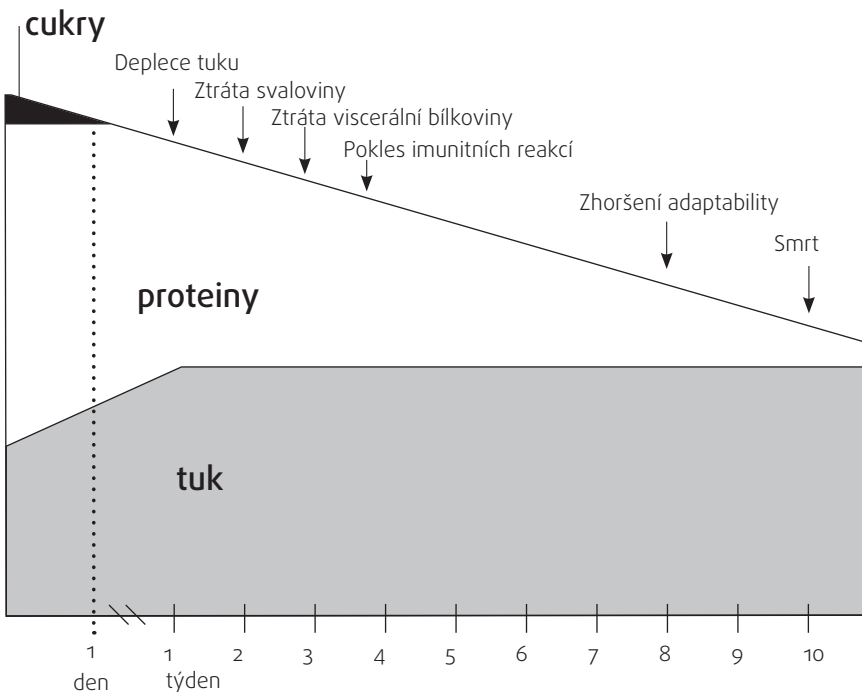
Alzheimerova choroba je jednou z nejrozšířenějších forem demence – tvoří 50–80% všech demencí a má ireverzibilní a progresivní charakter. Ischemicko-vaskulární postižení mozku tvoří zbývajících 15–30% demencí.

Alzheimerova choroba se objevuje nejčastěji po 65. roce věku, postihuje tedy jedince ve vyšším a pozdním věku.

Velkým problémem u uvedeného onemocnění je mimo jiné i **progresivní rozvoj malnutrice**, který se projevuje postupným poklesem tělesné hmotnosti, úbytkem tukové tkáně, ale zejména ztrátou svalové hmoty. Čím dříve onemocnění nastává, tím je jeho průběh malignější a tím rychlejší je i rozvoj malnutrice. Malnutrice pak zhoršuje rehabilitaci, zvyšuje riziko infekčních komplikací, výskytu proleženin a zpomaluje hojení. Tak se postupně zhoršuje kvalita života a výrazně se snižuje šance nemocných na přežití. Pokud je pokles hmotnosti větší než 5 % za rok, je pravděpodobnost fatálního konce vysoká [15] a naopak, hmotnostní přírůstek riziko mortality snižuje [3].

Dle zkušeností s hospitalizovanými nemocnými s Alzheimerovou chorobou na Jednotce intenzivní péče Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Brně (JIP PK FNB) i s ambulantními pacienty, sledovanými v Poradně pro poruchy metabolismu a výživy, progresivní rozvoj malnutrice se projevuje **výrazným poklesem tělesné hmotnosti – cca 10 kg/rok** s úbytkem tukové tkáně a se závažnou ztrátou svalové hmoty.

Graf č. 1: Průběh nekomplikovaného hladovění



## 1.2 Příčiny poklesu tělesné hmotnosti u Alzheimerovy choroby

Rozvoj malnutrice a pokles tělesné hmotnosti u Alzheimerovy choroby může mít několik příčin:

- snížený příjem potravy v důsledku poklesu kognitivních funkcí s následným snížením chuti k jídlu nebo negativní motivací k příjmu potravy [2];
- postupný pokles tělesné aktivity se snížením tělesné aktivity a následnou atrofií kosterního svalstva;
- vzestup základního energetického výdeje [1, 9, 16];
- nejasné metabolické změny, částečně podobné nádorové kachexii;
- postižení metabolismu některých mikronutrientů [10, 11].

Progredující demence prakticky vylučuje schopnost nemocného zajistit si adekvátní výživu po delší dobu. Na nutričním deficitu u seniorů s demencí se navíc mohou podílet i ostatní faktory, jako je osamělost a deprese, neschopnost obstarat si stravu, neschopnost sám se najíst, ale i poruchy polykání, defektní chrup anebo ztráta čichu a chuti [12].

Výrazný podíl na rozvoji malnutrice tvoří i nesprávně zvolená dieta. U nemocných s Alzheimerovou chorobou bývá většinou chuť k jídlu poměrně dobrá, u řady nemocných je apetit dokonce značný. U mnoha nemocných však dochází k progresivní ztrátě tělesné hmotnosti, přestože je jejich perorální příjem uspokojivý [3].

Spindler se spolupracovníky prokázali u 17 nemocných s Alzheimerovou chorobou vyšší potřebu energie k zachování tělesné hmotnosti (minimálně 35 kcal/kg/den) než u 23 kontrolních subjektů [13]. Z našich zkušeností získaných zejména na JIP Psychiatrické kliniky je zřejmé, že potřeba energie může být ještě vyšší. U některých nemocných bylo třeba dodávat až 50–80 kcal/kg na den, přičemž i přes takto vysoký energetický příjem se nám pouze podařilo zabránit poklesu tělesné hmotnosti.

Z literárních údajů i z našich klinických zkušeností je zřejmé, že přestože názory na metabolické změny podílející se na hubnutí nemocných s Alzheimerovou chorobou nejsou dosud jednotné, příjem energie nutný pro udržení vlastní tělesné hmotnosti je jednoznačně vyšší než u normální populace. Jednou z možností je dodávat vyváženou dietu mezi hlavními jídly s akcentem na proteiny a všechny nezbytné mikronutrienty.

## 1.3 Reakce na potřebu zvýšeného příjmu energie

Celkové množství energie, cukrů, tuků a bílkovin potřebné k udržení nutričního stavu je možno zvyšovat zařazováním malých jídel (svačín) mezi jídla hlavní. Tyto přídatky by měly obsahovat především potraviny kaloricky bohaté (porce bohaté na tuky a nápoje bohaté na cukry). Přídatky by měly mít výraznou chuť (změna chuti u nemocných s Alzheimerovou chorobou), dobrý vzhled tak, aby byly pro nemocné lákavé, včetně nádobí, resp. talířů s potravou (nemocní preferovali barevné talíře s pastelovými barvami ve srovnání s klasickými bílými talíři). Přídatky by měly být nemocným k dispozici tak, aby je nemocní mohli dostat v případě potřeby. V domácích i nemocničních podmínkách by měli být nemocní vybízeni k příjmu přídatků vždy, když jsou v kontaktu s příbuznými (během návštěv a podobně).

Na naší JIP PK FNB se osvědčilo podávání kompletních přípravků obsahujících všechny složky výživy ve vyrovnaném poměru (Fresubin, Renutryl, Resource a podobně). Při podání jednoho balení po deváté hodině dopolední, druhého okolo čtrnácté hodiny a jednoho v době před usnutím je možno zvýšit denní energetický příjem až o 50 %.

Výživu je možno doplnit o moduly (proteinové – zpravidla kasein, sacharidové – maltodextrin), které se přidávají do hotových jídel.

K potravinovým modulům je možno přidávat potravinové a vitaminové doplňky, vitamin C v dávce 1000 mg pro die a vitamin E v dávce 500–1250 mg pro die. Dále je vhodný dostatečný přísun všech vitaminů skupiny B a kyseliny listové.

Pokud příjem ústy není možný nebo dostatečný, pak je možné nemocné živit tenkou sondou zavedenou do žaludku nebo tenkého střeva. Do sondy je možno výživu aplikovat během nočního období tak, aby mohl být během dne příjem zajištěn normální perorální cestou. V extrémních případech a ve stavech, kdy je třeba zajistit výživu po strádání (například po prodělaném akutním onemocnění), je možno přejít na kontinuální enterální výživu sondou. V těžkých případech použijeme punkční gastrostomii nebo jejunostomii [5].

Cílem realimentace a nutrice u Alzheimerovy choroby je zpomalení mentální degenerace a tedy udržení dobré kvality života co nejdéle, nikoliv prodloužení života nemocného s Alzheimerovou chorobou v jeho terminální fázi.

Hodnocení nutričního stavu u gerontologických pacientů je nezbytnou podmínkou k tomu, aby mohla být zahájena v indikovaných případech řádná nutriční podpora.

## 2. Výsledky českého výzkumu

### 2.1 Shrnutí

Referuji o studii se 165 pacienty ze 7 zařízení v České republice, do níž bylo zařazeno celkem 100 nemocných s Alzheimerovou demencí a 65 nemocných s vaskulární demencí. [8]

Pozorovali jsme, že u nemocných s Alzheimerovou chorobou se spontánní energetický příjem (kJ) a příjem tuků (g) významně nelišil od příjmu u nemocných s vaskulárním postižením mozku. Během prvního roku studie, tedy v období bez nutriční intervence, byl energetický příjem u jedinců trpících Alzheimerovou chorobou srovnatelný s energetickým příjmem u jedinců s demencí vaskulární etiologie. Přes tuto skutečnost však byl stav výživy nemocných s Alzheimerovou chorobou signifikantně horší než u nemocných s demencí vaskulární. Tento nálezný je ve shodě s nálezy autorů, kteří pozorovali vyšší potřebu energie k zachování tělesné hmotnosti u nemocných s Alzheimerovou chorobou [13, 16] ve srovnání se zdravou populací.

Ve druhé fázi naší studie jsme proto sledovali vliv podání nutričního doplňku na průběh onemocnění. Z našich výsledků vyplývá, že nutriční podpora, podávaná formou sippingu mimo hlavní jídla, negativně neovlivnila spontánní příjem potravy. Naopak jsme zjistili, že jedinci, kteří dostávali nutriční doplněk ve formě sippingu, nejen svůj spontánní příjem nesnížili, ale dokonce jej mírně, avšak statisticky signifikantně zvýšili. To je ve shodě se studiemi a meta-analýzami, v nichž bylo prokázáno, že nutriční doplňky vedou ke zlepšení celkového příjmu energie u seniorů [11].

Překvapivě však ani zvýšení příjmu energie formou sippingu nevedlo k ovlivnění mortality u nemocných s Alzheimerovou chorobou. Tento zdánlivý paradox je možno vysvětlit i tím, že mortalitu nemocných ovlivňují spíše komplikující onemocnění než průběh choroby samotné.

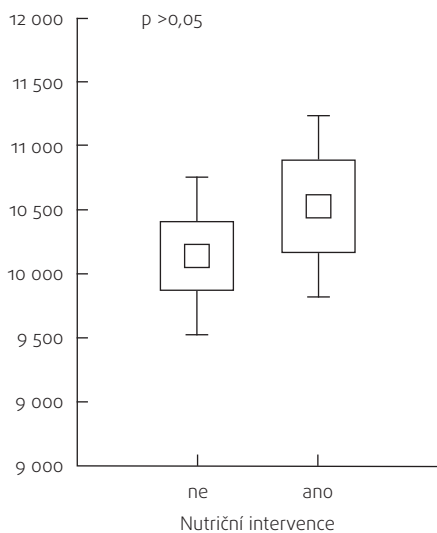
Významné je naše pozorování, že nutriční podpora nemocných formou nutričních doplňků zpomalila postupné zhoršování mentálních funkcí u nemocných trpících Alzheimerovou chorobou.

Z literárních údajů i z naší osobní zkušenosti je tedy zřejmé, že přestože názory na metabolické změny podílející se na hubnutí nemocných s Alzheimerovou chorobou nejsou dosud jednotné, příjem energie nutný pro udržení vlastní tělesné hmotnosti je jednoznačně vyšší než u normální populace.

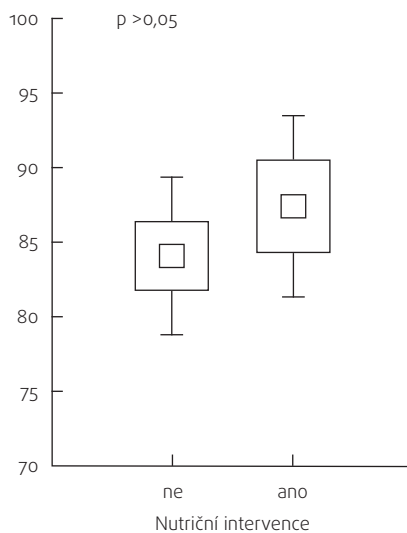
## **2.2 Vliv nutriční intervence na spontánní příjem potravy**

Nutriční intervence nevede u pacientů s Alzheimerovou chorobou ke sníženému spontánnímu příjmu potravy. Prokázali jsme naopak, že u těch jedinců, kteří sipping dostávají, je spontánní příjem výživy mírně, ale statisticky významně zvýšen (graf č. 2).

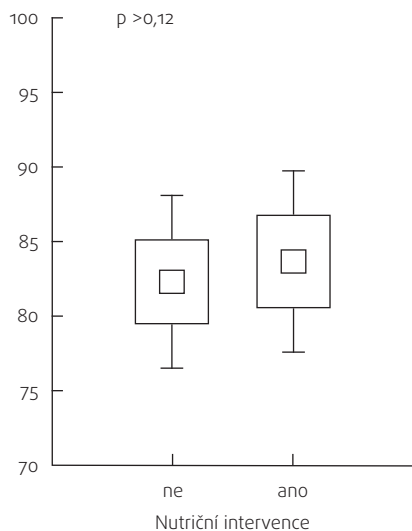
## Energetický příjem (kJ)



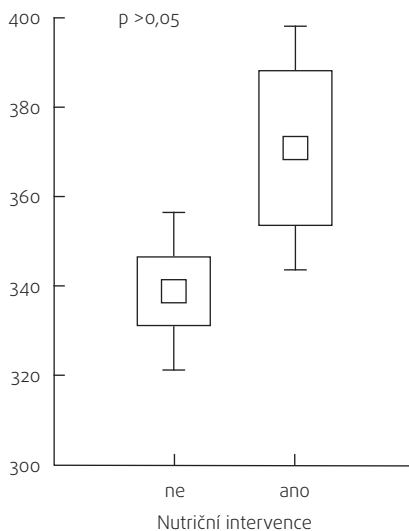
## Proteiny (g)



## Lipidy (g)



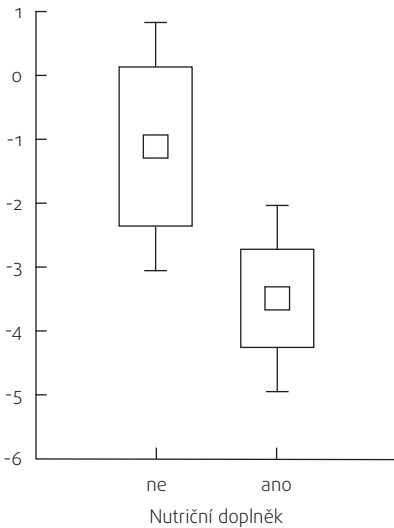
## Sacharidy (g)



Graf č. 2: Spontánní příjem energie, cukrů, tuků a bílkovin u nemocných s Alzheimerovou chorobou v závislosti na nutriční intervenci ( $p < 0,05$ ).

## 2.3 Vliv na spontánní příjem potravy

Velmi důležitým je fakt, že u jedinců s nutriční podporou podávanou formou sippingu bylo zaznamenáno zpomalení progresu úpadku mentálních funkcí hodnocených pomocí Mini Mental State Examination (MMSE; graf č. 3). Toto zjištění je velmi významné, neboť naše výsledky svědčí o tom, že nutriční podpora může být jednou z metod používaných pro prodloužení kvality života, resp. zpomalení deteriorace duševních funkcí u pacientů s Alzheimerovou chorobou.



Graf č. 3: Změna MMSE u nemocných s Alzheimerovou chorobou, kteří dostávali nutriční podporu a nemocných bez nutriční podpory ( $p < 0,05$ ).

## 2.4 Závěry

- Nejvýznamnějším nálezem bylo zjištění, že **nutriční intervence** provedená formou sippingu (600 kcal denně) vedla **k signifikantnímu zpomalení progresu mentálního postižení u Alzheimerovy choroby**. Intervenční studie tohoto typu a rozsahu nebyla dosud v dostupné literatuře popsána, náš nález je v tomto smyslu unikátní.
- Nutriční podpora vedla rovněž **ke stabilizaci tělesné hmotnosti a zabránila jejímu dalšímu snižování**. Její podávání **nenavýšilo tělesnou hmotnost, ale zabránilo rozvoji malnutrice se všemi dalšími jejími důsledky**. Znamená to tedy, že včasné zahájení nutriční podpory ještě v době, kdy nemocný není malnutriční, může zabránit sekundárním komplikacím Alzheimerovy choroby, zpomalit její zhoršování a zlepšit tak její průběh.



- Výsledky naší studie prokázaly, že nutriční podpora může zpomalit progresi demence u Alzheimerovy choroby, přičemž neovlivňuje přežívání nemocných. Tyto výsledky jsou významné zejména proto, že nutriční podpora by tak mohla zlepšit kvalitu života pacientů s Alzheimerovou chorobou, aniž by prodlužovala jejich život v terminální fázi.

Je tak naprosto oprávněné považovat nutriční podporu za nedílnou součást péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou.

## Seznam literatury

[1] DVORAK, R. V. – POEHLMAN, E. T. Appendicle skeletal muscle mass, physical activity, and cognitive status in patients with Alzheimer's disease. *Neurology*, 1998, vol. 51, no. 5, p. 1386-1390. ISSN 0028-3878.

[2] GALANOS, A. N. – PIPER, C. F. – CORNONI-HUNTLEY, J. C. et al. Nutrition and function. Is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly? *Journal of the American Geriatrics Society*, 1994, vol. 42, no. 4, p. 368-373. ISSN 1532-5415.

[3] GUYONNET, S. – NOURHASHEMI F. – OUSSET P. J. et al. Alzheimer's disease and nutrition. *Revue Neurologique*, 1999, vol.155, no. 5, p. 343-349. ISSN 0035-3787

[4] NAVRÁTILOVÁ, M. – SOBOTKA, L. – HAMROVÁ, E. – FEKETOVÁ, J. – ČEŠKOVÁ, E. Etiologie malnutrice u pacientů s demencí – srovnání pacientů s Alzheimerovou chorobou a vaskulární demencí v multicentrické studii. *Psychiatrie*, 2003, roč. 7, č. 1, s. 34. ISSN 122-7579.

[5] NAVRÁTILOVÁ, M. – ČEŠKOVÁ, E. – SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000, s. 195-199, 61-77. ISBN 80-85912-33-3.

[6] NAVRÁTILOVÁ, M. – JARKOVSKÝ, J. – HANRROVÁ, M. – LEONARD, B. – VAŠKŮ, A. – SOBOTKA, L. Nutritional intervention significantly decreased the progression of deterioration mental function of the patients with Alzheimer disease – results of multicentric study on 156 patients.

[7] NAVRÁTILOVÁ, M. – JARKOVSKÝ, J. – HANRROVÁ, M. – LEONARD, B. – VAŠKŮ, A. – SOBOTKA, L. Alzheimer disease: Malnutrition and Nutritional Support. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 2007, vol. 34, suppl. 1, p. 11-13. ISSN 0305-1870.

[8] NAVRÁTILOVÁ, M. – JARKOVSKÝ, J. – KALEDOVÁ, M. – SOBOTKA, L. – LEONARD, B. *Alzheimerova choroba: Malnutrice a nutriční podpora*. Studie byla podpořena grantem Ministerstva zdravotnictví České republiky XD/7964-3.

- [9] NISKANEN, L. – PIIRAINEN, M. – KOLJONEN, M. et. al. Resting energy expenditure in relation to energy intake in patients with Alzheimer's disease, multi-infarct dementia and in control women. *Age Ageing*, 1993, vol. 22, no. 2, p. 132-137. ISSN 0002-0729.
- [10] RIVIERE, S. – BIRLOUEZ – ARAGON, I. – NOURHASHEMI, F. – VELLAS, B. Low plasma vitamin C in Alzheimer patients despite an adequate diet. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998, vol. 13, no. 11, p. 749-754.
- [11] RENVALL, M. J. – SPINDLER, A. A. – RAMSDELL, J. W. – PASKVAN, M. Nutritional status of free-living Alzheimer's patients. *American Journal Medical Sciences*, 1989, vol. 298, no. 1, p. 20-27. ISSN 002-9629.
- [12] STANGA, Z. – ALLISON, S. P. – VANDEWOUDE M. *Nutrition in the elderly. Basics in Clinical Nutrition*. 3rd ed. Prague: Galen, 2004, p. 363-383. ISBN 8072622927.
- [13] SPINDLER, A. A. – RENVALL, M. J. – NICHOLS, J. F. – RAMSDELL, J. W. Nutritional status of patients with Alzheimer's disease: a 1-year study. *Journal of the American Dietetic Association*, 1996, vol. 96, no. 10, p. 1013-1018.
- [14] VOLKERT, D. – BERNER, Y. N. – BERRY, E. et. al. Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition*, 2006, vol. 25, no. 2, p. 330-360. ISBN 80-7262-292-7.
- [15] WHITE, H. – PIEPER, C. – SCHMADER, K. The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: a longitudinal analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, vol. 46, no. 10, p. 1223-1227. ISSN 1532-5415.
- [16] WOLF-KLEIN, G. P. – SILVERSTONE, F. A. – LEVY, A. P. Nutritional patterns and weight change in Alzheimer patients. *International Psychogeriatrics*, 1992, vol. 4, no. 1, p. 103-118. ISSN 1041-6102.

# Poskytování stravy osobám s demencí v zařízeních sociálních služeb

Mgr. et Mgr. Ladislav Tomeček;

Kancelář veřejného ochránce práv

[tomecek@ochrance.cz](mailto:tomecek@ochrance.cz)

## Klíčová slova

Individuálně určené potřeby, základní činnosti, nutriční screening, nutriční terapeut, malnutrice

## Abstrakt

Veřejný ochránce práv provádí systematické návštěvy zařízení sociálních služeb s cílem posílit ochranu klientů před špatným zacházením. Jednou ze základních činností při poskytování pobytové sociální služby je i poskytování stravy. Poskytování stravy, jež není uzpůsobená potřebám uživatelů s demencí či její poskytování nevhodným způsobem, může představovat zásah do důstojnosti člověka. V krajním případě může negativně ovlivnit zdravotní stav. Návštěvy ochránce se zaměřují i na to, zda je věnována pozornost riziku malnutrice. V centru pozornosti je také společenská a estetická rovina stolování a podávání stravy osobám s demencí.

---

## 1. Veřejný ochránce práv a ochrana osob omezených na svobodě

Na základě § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, provádí ochránce systematické návštěvy míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě v důsledku závislosti na poskytované péči, zejména zařízení sociálních služeb, s cílem **posílit ochranu těchto osob před špatným zacházením**. Návštěvy tedy mají primárně preventivní charakter. Špatným zacházením je třeba rozumět jednání, které obecně řečeno nerespektuje **lidskou důstojnost** či představuje zásah do základních práv. Po návštěvě konkrétního zařízení vypracuje ochránce zprávu o svých zjištěních. Její součástí mohou být doporučení nebo návrhy opatření k nápravě. Ochránce vyzve zařízení, aby se k jeho zprávě a doporučením vyjádřilo. Takto může ochránce vyzvat i zřizovatele zařízení nebo příslušné úřady. Shledá-li ochránce jejich vyjádření dostatečnými, zařízení, popřípadě jeho zřizovatele nebo příslušné úřady, o tom vyrozumí. Jinak ochránce v rámci sankční pravomoci může o svých zjištěních vyrozumět vládu nebo informovat veřejnost. Tuto možnost v souvislosti s poskytovateli sociálních služeb či jinými obdobnými zařízeními využil např. v roce 2012 v případě dvou zařízení. [1]

V roce 2013 navštívil ochránce celkem 14 domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, mezi jejichž klienty byli lidé trpící syndromem demence. Návštěvy a z nich vycházející doporučení byly zaměřeny právě na osoby trpící syndromem demence, ochranu jejich práv a přizpůsobení služby jejich specifickým potřebám. Všechna doporučení adresovaná ochráncem jednotlivým zařízením ohledně poskytování stravy osobám s demencí vycházejí z níže uvedené právní úpravy a reflektují obecné zásady týkající poskytování stravy osobám s demencí.

## 2. Právní úprava poskytování stravy v sociálních službách, specifika lidí s demencí

Poskytnutí stravy představuje v domovech pro seniory<sup>10</sup> a v domovech se zvláštním režimem<sup>11</sup> jednu ze základních činností. Poskytnutím stravy se rozumí zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.<sup>12</sup> Poskytování stravy musí vycházet z **individuálně určených potřeb** osob. Poskytování stravy je součástí sociální služby, a musí být tudíž poskytováno v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv, což jsou jedny ze základních zásad při poskytování sociálních služeb.<sup>13</sup> Zařízení sociálních služeb musí při poskytování stravy osobám s demencí **vzít v úvahu jejich specifika**. Například to, že Alzheimerova demence je energeticky náročná choroba, a proto je nutné zajistit nemocným zvýšený příjem energie a živin. Dále, že osoby s demencí nemají pocit žízně, a proto je třeba jim zajistit pitný režim, nebo že mohou mít problém s polykáním. [2]

Další zásady nutriční péče o osoby trpící demencí dle odborné literatury spočívají v následujícím: „*Včas rozpoznat snížení zájmu pacienta o jídlo; sledovat v čase tělesnou hmotnost a svalovou sílu; dodržovat pravidelnost a řád v příjmu potravy, dělit ji do hlavních a vedlejších jídel; zachovávat úroveň a styl stolování; respektovat chuť nemocného, je-li to možné (pozor na tučná a sladká jídla); dbát na správné složení potravy; dbát na dostatečnou a kontinuální přísun tekutin; mít objektivní přehled o skutečné konzumaci stravy; motivovat a zapojit nemocného do přípravy jídla a stolování.*“ [3]

10 Ust. § 49 odst. 2 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

11 Ust. § 50 odst. 2 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

12 Ust. § 15 odst. 1 písm. b) a § 16 odst. 1 písm. b) vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

13 Ust. § 2 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

### 3. Poskytování stravy jako základní činnost

Maximální výše úhrady za celodenní stravu v domovech pro seniory<sup>14</sup> a v domovech se zvláštním režimem<sup>15</sup> činí 170 Kč. Tato maximální částka musí postačovat k zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování. Poskytnutí stravy, jakožto základní činnosti ze zákona, nemůže být pojmáno a vykazováno jako fakultativní činnost. „*Chybným postupem poskytovatele sociální služby je účtování základní činnosti svého druhu služby jako činnosti fakultativní*“. [4] Jinými slovy, maximální výše úhrady musí dostačovat k poskytování stravy, která odpovídá nutričním a energetickým potřebám uživatelů, jejich stravovacím zvyklostem včetně individuálních úprav a v případě potřeby i nutričních doplňků, když běžná strava nestačí, anebo není uživatel schopen sníst potřebné množství stravy běžným způsobem. Prostřednictvím fakultativních služeb nelze zužovat rozsah poskytovaných základních činností, mezi které stravování patří. Zpoplatnění druhé večeře, výživné svačiny u diabetiků a poskytování stravy jako fakultativní činnosti je v rozporu se zákonem. **Ochránce doporučuje poskytovat v rámci základních činností (a tedy platby max. 170,- Kč za den) takové množství stravy, které zcela splňuje nutriční a energetické požadavky uživatele a zohledňuje jeho zdravotní stav.**

### 4. Malnutrice

Ochránce upozornil zařízení na pochybení spočívající v tom, že neidentifikují nutriční stav uživatelů a nevěnují pozornost riziku malnutrice. [5] Pro vyhledání nutričně rizikových klientů je nezbytné provádět nutriční screening. [6] Vhodným nástrojem je např. dotazník Mini Nutritional Assessment. Bohužel, byť je screening snadný, v mnoha zařízeních není zaveden. V jednom zařízení nezjišťovali výšku klientů, neboť klienti prý už nerostou, a s hodnotou Body Mass Index jako indikátorem malnutrice tak vůbec neppracují. V mnoha zařízeních nebyl personál obeznámen s tím, že vážení klientů, kteří se na váhu nepostaví, má alternativu v měření obvodu paže. **Ochránce doporučuje důsledně sledovat váhu klientů a systematicky hodnotit případné váhové úbytky.** U klientů, kteří nejsou schopni postavit se na váhu, doporučuje sledovat případný úbytek hmotnosti alternativními metodami.

Dále ochránce musel často konstatovat, že sledování denního příjmu stravy a tekutin je nesystematické a neobjektivní. Údaje typu „*jedl málo*“ nemají žádnou vypovídající hodnotu a neumožňují provést posouzení výživového stavu klienta. Záznamy je nutno vést v objektivizované formě, např. pomocí formulářů sledování denního příjmu stravy a tekutin, do nichž se značí sněžení čtvrt, půl či celé porce. **Ochránce doporučuje stanovit kritéria, dle kterých má být určeno, u kterého z klientů má být příjem stravy preventivně sledován, a tento zaznamenávat pomocí objektivizovaných záznamů. Ty musí pravidelně vyhodnocovat nutriční terapeut, případně lékař, a stanovit navazující postup.**

---

14 Ust. § 15 odst. 2 písm. b) vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

15 Ust. § 16 odst. 2 písm. b) vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Příkladem **intuitivního avšak neprofesionálního** řešení deficitu příjmu stravy je nevhodné podávání nutridrinků. V jednom zařízení tak někteří klienti nedostávali běžnou večeři, ale pouze nutridrink s tím, že jsou ohroženi malnutricí a že nutridrink jako doplněk stravy zcela nahradí pravidelnou večeři.

Bylo zjištěno, že u mnohých klientů není sledován příjem tekutin, a to ani tehdy, když jsou v pokročilém stádiu demence. Přitom si takoví klienti nejsou schopni pitný režim zajistit sami. V dokumentaci se lze setkat s údaji „*hydratována dostatečně*“ nebo naopak „*pije málo*“. Jedná se ale o záznamy subjektivního vnímání. Klienti tak mohou být dehydratováni, což se i reálně děje. Je to prokazatelné, když následně dochází k přemístění klienta na zdravotnické lůžko z důvodu dehydratace. **Ochránce doporučuje systematicky sledovat příjem tekutin.**

## 5. Nutriční terapeut

Stravování není pojímáno jako součást poskytování komplexní odborné péče a některá zařízení nemají vytvořen dietní systém. Přitom se v každém zařízení nacházejí klienti, kteří mají lékařem indikovanou nějakou dietu. Ochránce upozorňuje, že sestavovat jídelní plány a předpis stravy pro jednotlivé diety, včetně propočtů biologické a energetické hodnoty diet, může pouze nutriční terapeut.<sup>16</sup> Léčebná výživa je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a rizika z nekvalitně a neprofesionálně poskytnuté výživy jsou u dané cílové skupiny srovnatelná s nekvalitně poskytnutou léčbou. **Proto ochránce doporučuje, aby součástí multidisciplinárního týmu, který pečuje o osoby s demencí, byl vždy nutriční terapeut.**<sup>17</sup> Dále doporučuje vytvořit v zařízení dietní systém odpovídající potřebám cílové skupiny strávníků, jehož součástí musí být charakteristika konkrétní diety, její složení (energie, množství bílkovin, tuků a sacharidů) a také energetický obsah živin. Dále pak sestavovat jídelníčky dle vytvořeného dietního systému, včetně dodržení stanovených nutričních hodnot.

Ochránce dal posoudit nutričním terapeutem jídelníčky z jednoho navštíveného zařízení. V zařízení se používá sedm týdenních jídelníčků, které se neustále opakují. Nutriční terapeut našel v jídelničních zásadní chyby. Obsahují velké množství jídel, kde se vyskytuje častá nesnášenlivost u některých jedinců (luštěniny, sladká jídla, vnitřnosti...), přičemž **chybí možnost výběru jiného jídla**. Zcela nedostatečný je podíl zeleniny a ovoce, obdobně i mléčných výrobků. Naopak, příliš je zde sladkých jídel (celkem devětkrát je zde sladká večeře, mj. těstoviny se skořicí), často se objevuje sladká odpolední svačina a pak i večeře (například makový šáteček a rýžová kaše, tvarohový šáteček a těstoviny s mákem, vánočka a krupicová kaše). Nedostatečný je podíl masa, naopak nadbytečný podíl uzenin.

<sup>16</sup> Dle § 15 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, se za výkon povolání nutričního terapeuta považuje činnost v rámci preventivní péče na úseku klinická výživa a specifické ošetrovatelské péče zaměřené na uspokojování nutričních potřeb. Dále se nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem podílí na léčebné a diagnostické péči v oboru klinická výživa. Dle § 14 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, poskytuje nutriční terapeut specifickou ošetrovatelskou péči při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy. Dále např. zpracovává a vyhodnocuje nutriční anamnézu, navrhuje změny v předepsané dietě, způsobu přijímání stravy či doplnění potravinovými doplňky, provádí vyšetření nutná ke zjištění stavu výživy pacientů a organizuje přípravu stravy v souladu s poznatky zdravé a léčebné výživy.

<sup>17</sup> Ust. § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ve spojení s § 14 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Chybí pestrost – jako příklad uvádí gulášovou polévku na oběd a bramborový guláš k večeři tentýž den. Celkově je označil za nevyhovující, neplnohodnotné, nedostatečně pestré a nevhodně sestavené. **Ochránce doporučuje zajistit možnost výběru jídla, mapovat nutriční zvyky a individuálně přizpůsobit jídelníček zvykům klientů a vytvářet jídelníčky, jež odpovídají zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.**

## 6. Úprava a podávání stravy

Strava je pro některé klienty mechanicky upravována, např. je krájena na kousky, mleta či mixována. Mixování stravy by měl být až ten nejzazší způsob úpravy, mletí má mít přednost. Přejedání na mechanicky upravenou stravu je totiž pro klienta zásadní životní změnou, neboť vnímá postupnou ztrátu svých schopností a soběstačnosti a přichází o plnou kvalitu stravy, respektive prožitek z její konzumace. **Ochránce doporučuje zaznamenat rozhodnutí o mechanické úpravě stravy v dokumentaci klientů (nutriční plán) tak, aby bylo patrné, kdo toto rozhodnutí přijal, kdy a jaké byly důvody.** Několikrát bylo zjištěno, že mixovaná strava je smíchána dohromady, což ve výsledku působí značně neesteticky a až nechutně a nemůže klientovi přinést žádný požitek. **Ochránce doporučuje upravovat jednotlivé složky stravy zvlášť a nikdy je společně nesmíchávat.**

Některým klientům je třeba s podáním stravy dopomoci a krmit je. Často bylo upozorováno, že pracovníci zařízení krmili klienty vestoje a nebyli tak s nimi v očním kontaktu. Jindy klienty k příjmu stravy dostatečně nepřipravili, začali je krmit, aniž by na ně mluvili a sdělili jim, že je čas podávání jídla, o jaké jídlo se jedná atd. **Ochránce doporučuje podávat stravu tak, aby se pečovatel nacházel ve stejné výškové úrovni jako klient a klienta na podání stravy řádně připravil (informace o podávaném jídle atd.).**

Ochránce upozornil i na nevhodně připravenou či zvolenou stravu, kdy konzistence či textura jídla neumožňovala klientům, aby ho pokousali. Taktéž upozornil na pochybení, když klientům nebylo jídlo krájeno na menší kousky či nebylo namleto a bylo zřejmé, že běžně podávané jídlo nejsou schopni sami přijímat. Za nepřijatelné označil ochránce **přidávání drcených léků do rozmixované stravy.** Rozdrcený lék může změnit chuť jídla, což může vést klienta k odmítání jídla jako takového. Dále není při tomto postupu možné zjistit, kolik léku klient ve výsledku přijal.

Je potřeba vzít v úvahu fakt, že *„osoby s demencí potřebují pro příjem potravy více času, potřebují být naváděny a povzbuzovány. Nadto mohou mít problém s koordinací či polykáním. Doba jídla představuje pro pečovatele velké časové zaneprázdnění. Krmení osoby s demencí může klidně trvat až 40 minut.“* [7] **Ochránce doporučuje přizpůsobit dobu trvání krmení potřebě klienta.**

V jednom zařízení byli klienti napomínáni za to, že jídlo z talíře brali do ruky a vkládali si ho do úst. Zde je na místě upozornit, že současný trend péče o osoby s demencí naopak zdůrazňuje výhody **tzv. jídla do ruky**, včetně masa, zeleniny, ovoce a příloh. [8]

Provozní záležitosti související s přípravou a podáváním jídla musí být přizpůsobeny klientům a nesmí tomu být naopak. V této souvislosti je potřeba označit níže popsany případ za výraz *„stolovacího cynismu“*. Klientka, která běžně jí spolu s ostatními klienty, seděla a čekala na svou dietu (z důvodu alergie nemohla jíst krupičnou kaši) 30 minut, zatímco ostatní klienti večeřeli. Nakonec byla klientka bez večeře přemístěna do svého pokoje s tím, že v kuchyni *„nestíhají“* a že jí večeře bude podána později na pokoji.

## 7. Prostředí, vybavení, nádobí

V jednom zařízení rozděleném na dvě oddělení dle podlaží, byla jídelna pouze v jednom podlaží a prostorově stěžejně dostačovala klientům z onoho podlaží. Všichni klienti z druhého podlaží jedli pouze na svých pokojích. **Ochránce doporučuje, aby v každém zařízení byl dostatek vhodných jídelen, v nichž by se mohli klienti stravovat.**

V jiném zařízení se nachází jídelna pro 190 klientů a není nikterak členěna. Během podávání oběda či večeře byly zapnuty tři televize. Intenzita zvuku byla velmi vysoká. Stolování by však mělo skýtat prostor pro běžnou komunikaci, personál by se měl s uživateli bavit, ptát se, jak jim chutná, povzbudit je. Zařízení by mělo důsledně zvažovat, zda z hluku televizního vysílání mohou klienti profitovat, nebo zda jde spíše o kulisu pro personál. **Ochránce musí také upozornit, že velké a vhodně nečleněné prostory a hluk jsou pro osoby s demencí zejména při podávání stravy zcela nevhodné.**

Za zcela nepřipustnou praxi označil ochránce stravování na pokoji, kdy místo stolu (sloužil jako podstavec pro televizor), respektive místo pojízdného jídelního stolku (ty nebyly v zařízení používány), sloužila klientce jako stůl běžná židle. V tomto případě se zcela jistě nedá hovořit o kultuře stolování, ale o degradaci stolování. Ochránce také upozornil na to, že není vhodné, aby během stolování na pokoji byly zároveň v pokoji umístěné přenosné toaletní židle. **Stolování musí pro osobu s demencí představovat zásadně důležitou událost a prostředí ho musí umožňovat či podporovat.**

V některých zařízeních byla velká část klientů krmena v lůžku a nebyla vysazována ke stolu. Nebylo možno zjistit, kdo, kdy a z jakého důvodu tak rozhodl, personál nebyl schopen podat žádné vysvětlení kromě věty „*je to přání klienta*“, „*prostě to tak děláme*“. S takovou praxí ochránce nesouhlasí. Jen výrazně špatný zdravotní stav odůvodňuje, aby člověk trávil celý den v lůžku a prožíval tam i tak významnou činnost, jako je stolování. Ochránce upozornil také na nevhodnou praxi krmení v lůžku, kdy nebyli klienti vertikalizováni, respektive jedli doslova vleže. [9] **V lůžku by měla být strava podávána jen tehdy, rozhodne-li o tom pečující tým společně s lékařem či fyzioterapeutem.**

Pokud jde o otázku společného stolování, v prvé řadě je třeba ptát se klienta, a není-li schopen úsudku, snažit se, aby klienti stolovali ve společném prostředí jídelny. **Konzumace jídla na pokoji zvyšuje jejich izolovanost, která je již tak v důsledku syndromu demence značná.**

Za zcela nevhodný označuje ochránce plošný přístup, kdy uživatelé s demencí nemají k dispozici příbory a mají pouze lžice. Taktéž upozorňuje na nepřipustnost používání kojeneckých láhví s dudlíkem. Dalším excesem, proti němuž se ochránce ohradil, bylo běžné používání plastových kelímků od jogurtů místo sklenic či hrnků. **Je na místě zajistit klientům s demencí vhodné nádobí**, např. hrnky se dvěma uchy či ve tvaru tulipánu či s hubičkou případně opatřit hrnky víky s náustkem, talíře se zvednutým okrajem atd.

## 8. Příklady dobré praxe

Ochránce upozorňuje zařízení na příklady dobré praxe, které zjistil během návštěv v jiných zařízeních. Tím je např. **stálá dostupnost jídla**. Dále **dohřívání jídla** v případě, kdy klient jí pomalu a jídlo mu vychladlo. Za dobrou praxi považuje ochránce také to, když existuje jídelniček také ve **fotografické podobě**. V jednom zařízení vystavují porci jídla;



klient tak má názornou ukázkou jídla a ví, jak má jeho porce vypadat a případně s tím porovnat, co dostal naservírováno na talíř. Vystavená je i porce mleté stravy, kde je každá složka rozmělněna zvlášť, a nedochází k vytváření neurčité homogenní hmoty, která by ztratila vzezření jídla.

## 9. Závěr

Výše uvedená zjištění a doporučení se netýkají všech zařízení. Nejedná se ani o všechna zjištění a doporučení týkající se zajištění stravy. Společného jmenovatele při péči o osoby s demencí v zařízeních sociálních služeb, včetně poskytování stravy, představuje zjištění, že je nutno překonat jistý stereotyp spočívající ve zdůrazňování a spoléhání se na autonomii vůle klienta. V jisté fázi progredujícího onemocnění musí multidisciplinární tým převzít zodpovědnost za klienta a činit společně s ním rozhodnutí či plánovat průběh poskytování služby a zohlednit **zásadu ochrany lidské důstojnosti** každého jednoho klienta. Poskytování stravy, jež není uzpůsobená potřebám uživatelů s demencí, či poskytování stravy nevhodným způsobem, může představovat či představuje zásah do důstojnosti těchto osob. V krajním případě však může i negativně ovlivnit **zdravotní stav uživatelů**.

## Seznam literatury

- [1] Veřejný ochránce práv. *Ochrana osob omezených na svobodě* [online]. 2012 [cit. 19. února 2014]. <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/sankce/>
- [2] HOLMEROVÁ, I. – JAROLÍMOVÁ, E. – SUCHÁ J. a kol.: *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, s. 113-116. ISBN 978-80-254-0177-4.
- [3] PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 160. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [4] Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Doporučený postup č. 4/2013. Doporučený postup k zajišťování fakultativních činností při poskytování sociálních služeb* [online]. 2013. [cit. 19. února 2014]. [http://www.mpsv.cz/files/clanky/15749/DP\\_fakultativni\\_sluzby\\_final.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15749/DP_fakultativni_sluzby_final.pdf)
- [5] Veřejný ochránce práv. *Malnutrice – riziko a možnosti ochrany v zařízeních sociálních a zdravotních služeb* [online]. 2014 [cit. 19. února 2014]. <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/malnutrice/>.
- [6] GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 45-47. ISBN 978-80-247-1868-2.
- [7] *Nutrition and dementia. A review of available research*. 1st. Ed. London: Alzheimer's Disease International, 2014, p. 12.

[8] ZGOLA, J. – BORDILLON, G. *Bon appetit: radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2013, s. 108-117. ISBN 978-80-86541-32-7.

[9] HOLMEROVÁ, I. – JAROLÍMOVÁ, E. – SUCHÁ J. a kol.: *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, s. 115. ISBN 978-80-254-0177-4.

# Jak se dobře najíst v dlouhodobé péči: autonomie v činnostech každodenního života

**Mgr. Dana Hradcová;**

Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

[dana.hradcova@ecn.cz](mailto:dana.hradcova@ecn.cz)

## **Klíčová slova**

Autonomie, demence, dlouhodobá péče, jídlo

## **Abstrakt**

Omezení kognitivních schopností, schopnosti racionálně rozhodovat a snížení soběstačnosti nedělají člověka méně člověkem. Abstraktní ideál autonomie, který se často pojí se schopností racionálně volit a (relativně) nezávisle rozhodovat, nabývá zcela konkrétní podoby v prostých každodenních činnostech. Autonomie každého člověka je vždy znovu vyjednávána v síti vztahů. Jídlo a činnosti s ním spojené nabízejí kromě výživy také příležitost k podpoře identity, důstojnosti a soběstačnosti každého člověka, prostor k budování a upevňování vztahů. Je-li stravování pojímáno jako integrální součást péče, může být jednou z nejsmysluplnějších činností běžného dne.

---

S rozvojem syndromu demence dochází k postupnému omezení soběstačnosti nejprve v takzvaných instrumentálních aktivitách denního života. S ohledem na činnosti spojené s jídlem sem patří například schopnost připravit z potravin nějaký pokrm. Později dochází k omezení základních sebeobslužných aktivit. Lidé s demencí mohou mít problém samostatně sníst již připravené a naservírované jídlo, napít se nápoje, který stojí před nimi na stole. V pozdějších fázích onemocnění se zpravidla přidávají ještě další komplikace spojené se změnami koordinace a regulace, které vedou k tomu, že se zhoršuje jak příprava a zpracování sousta v ústech, tak jeho správné polykání [2].

Schopnost jíst samostatně způsobem, jakým byli lidé zvyklí, se ve fázi rozvinutého syndromu demence snižuje. Člověk s demencí zvládá jídlo sám jen do určité doby, postupně však potřebuje podporu a pomoc pečujících – připomenutí, jak zacházet s předměty na stole, s jídlem na talíři apod. Schopnost najíst se sám je důležitou součástí soběstačnosti, pocitu člověka, že danou situaci zvládá. Proto bychom schopnost najíst se sám, a to jakýmkoli důstojným a zvládnutelným způsobem (například rukou), měli upřednostnit před podáváním jídla do úst.

Míra autonomie se v konkrétních situacích do určité míry vždy znovu vyjednává opírajíc se o existující strategie, které pomáhají udržet určité pozice, prosazovat vůli, ale výsledek není nikdy jistý. Rozhodování a činnosti, které člověk vykonává, jsou součástí rozsáhlé sítě vztahů, zcela konkrétních interakcí v určitém prostředí a čase [1, 3, 4]. Jsou

produktem této sítě. V každodenní rutině člověk nepřemýšlí primárně o ideálu autonomie, ale když to zvládne, dělá věci sám, a když ne, přemýšlí o tom, co bude dál a jestli mu někdo pomůže. Toto jsou situace, které stojí za to sledovat, zkoumat a přemýšlet o nich, zajímá-li nás, jak, kdo a nakolik uplatňuje svoji vůli a k čemu, jaké strategie k tomu požívá, jaké podoby má autonomie v dlouhodobé péči. Těžiště je v detailu běžných denních činností. Proto je dobré zabývat se jídlem, činností a věcí s ním spojených.

Jídlo, jeho příprava, jeho sdílení a požívání vnáší do našeho života mnohem víc než jen nutnou výživu těla. Jídlo hraje klíčovou úlohu při utváření našich individuálních kulturních a sociálních rolí. Je prostředkem vytváření a utužování vztahů. Jídlo ve společnosti nám milého člověka nebo milých lidí má léčivou moc. Lidé, kteří žijí v pobytovém zařízení sociálních služeb nebo v jiném typu zařízení poskytujících dlouhodobou péči, mají právo žít v nejvyšší možné míře normálním osobním a společenským životem. Ten zahrnuje také přípravu pokrmů, stolování, volný přístup k potravinám a sdílení jídla s bližními [5].

Pro podporu autonomie je nesmírně důležité, aby pracovníci dlouhodobé péče dobře znali zvyklosti klientů, věděli, jakou roli obvykle ve spojení s jídlem plnili (například zda u jídla obsluhovali či byli obsluhováni, vařili či jen ochutnávali), dále aby se seznámili s tím, jakým způsobem prožívali všední a sváteční jídla, čím jedli, na jakém místě, co mají nejraději, co vůbec nejedí apod. V každé fázi poskytování služby (při vstupním šetření, příjmu a pobytu v zařízení) je třeba informace doplňovat a aktualizovat. Kromě chutí a zvyklostí se mění také schopnosti klientů. Bez skvělé znalosti míry soběstačnosti není možné plně využít možností, které člověk s demencí má, a tak podporovat jeho důstojnost. Informace týkající se stravování a stolování jsou důležitou součástí životních příběhů, které pracovníci postupně vytvářejí.

Česká alzheimerovská společnost pozvala v roce 2012 čtyři zařízení poskytující službu domov se zvláštním režimem a domov pro seniory k realizaci programu Bon appetit – radost z jídla v dlouhodobé péči. Autory programu jsou ergoterapeutka Jitka Zgola a specialista v oboru gastronomie Gilbert Bordillon. Pracovníci těchto a posléze dalších deseti zařízení vytvořili interdisciplinární týmy, zhodnotili situaci a zaměřili se na rozvoj aspektů důležitých pro stravování a stolování s ohledem na potřeby osob s demencí.

Speciální pozornost je v programu věnována samotnému jídlu. Je třeba zajistit, aby jídlo bylo přitažlivé, chutné, výživné, vhodné konzistence, dostupné tehdy, kdy je potřeba, a v úpravě, kterou strávnik sám zvládne. To samozřejmě znamená, že každého strávnicka musíme dobře znát. Nejen nutriční terapeutka, ale i ostatní pracovníci postupně doplňují důležité informace o lidech, pro které vaří a kterým servírují jídlo. Žije-li v zařízení osmdesát až sto lidí, může to být velká výzva. Nutriční terapeutka jednoho z domovů se řídí heslem „Nevaříme anonymně!“ a snaží se pečlivě zaznamenávat chutě a preference klientů.

### **Příklady poznámek nutriční terapeutky k individuální úpravě jídelníčku:**

**Pan G.:** nahradit máslem obyčejným, nepodávat pomazánky (kromě škvarkové), vyloučen špenát, vyloučeny sardinky a tuňák ve vlastní šťávě, vyloučen sýr Eidam strouhaný – je možno podat jako plátky, vyloučeny tavené sýry, vyloučeny měkké salámy na snídani, vyloučena bramborová kaše – nahradit bramborami vařenými.

**Pan N.:** místo podmáslí k večeři mléko (nepodávat ho teplé), kuře podávat celé – nemlít, vyloučena vločková kaše – nahradit kaší krupicovou, na snídaně polévky – vývary s kapáním, jemnými těstovinami, rozkvedlaným vejcem, jídelníček dále individuálně upravován dle stavu uživatele.

**Paní L.:** vyloučeno zelí dušené, zelné saláty a ostatní pokrmy se zelím podávat, nedávat oplatky, sušenky, vyloučeny zavináče a rybí pomazánka, sardinky i tuňák, místo kynutých knedlíků podávat dietní, vyloučen angraš – kompot, vyloučeny zapečené brambory (selské, se sýrem, francouzské) – nahradit např. brambory + vaječná omeleta, dušená karotka apod., vyloučen croissant sýrový, vyloučen jogurt – nahradit ovocem, z kuřete podávat pouze stehno.

Neméně důležitou součástí zlepšení kvality stravování a zážitku z jídla je úprava prostředí, ve kterém lidé jedí. Přes počáteční přesvědčení, že jídelny jsou pěkné, nábytek i nádobí jsou naprosto vyhovující, všichni, kdo jedí na pokoji sami, si to přejí a musí to tak zůstat, se většinou po pár týdnech práce v programu mnohé změnilo. Pracovnice se začaly na lidi i věci dívat jinýma očima, mnohé si samy vyzkoušely. Začaly si všimnout, jak může být pro někoho těžké jíst z nádobí a příbory, které mají k dispozici, jak náročné je dopravit lžičku se soustem k ústům, když člověk sedí příliš daleko od stolu anebo se sesouvá z židle či vozíku směrem dolů. Ke změnám v interiéru a přizpůsobení nádobí a příborů, snížení hluku v místnostech, kde se stoluje, přibýly také postřehy k chování a atmosféře. Každé fázi jídla – přípravě, konzumaci i ukončení – je třeba věnovat potřebný čas a pozornost. Doprovod do jídelny, nalezení správné polohy, úvodní kontakt se spolustolovníky, pár slov o jídle, které se podává, pobídka anebo přímo podávání jídla, stejně jako sklizení špinavého nádobí a posezení a poklábosení po obědě, to všechno mohou být významné detaily, příjemně prožité chvíle.

*„Jednotlivé „maličkosti“, drobnosti, lehce přehlédnutelné okamžiky, kterým zdravý člověk nepřikládá až tak velkou důležitost, mnohdy znamenají pro starého, nemocného člověka téměř nepřekonatelnou překážku. „Maličkosti“ se učíme hledat – vnímat obtížné situace pro klienta. Později s nimi pracujeme (nápad pracovníka, společná diskuse v týmu). Přemýšlíme, jakým způsobem můžeme obtížnou situaci pro seniora zjednodušit, uzpůsobit jeho možnostem a schopnostem (ptáme se, pozorujeme, nabízíme). Nebojíme se nového, zkoušíme různé alternativy (předáváme si, co se nám osvědčilo).“*

(Z prezentace koordinátorky programu na konferenci Bon appetit – radost z jídla)

Díky smyslu pro detail a ochotě mnohých pracovnic a pracovníků v přímé péči podívat se na věci jinak a zároveň díky podpoře vedoucích, kteří jsou připraveni změnit harmonogram prací i pracovní postupy jednotlivých úseků či celého zařízení, se v některých případech stalo jídlo radostnějším. Zásah do systému byl v některých případech nutným například proto, aby „na jídlo bylo více času“. Je marné debatovat s pracovníky v přímé péči o důstojnosti, individualizaci, vytváření příjemné atmosféry, podporovat je v rozvoji dovedností spojených s asistencí při jídle, když spěchají, protože musí včas odevzdat špinavé nádoby do kuchyně a běžet na svůj oběd, aby ho stihli předtím, než budou muset vykonávat další činnosti.

Program na zlepšení stravování v zařízeních poskytujících dlouhodobou péči se na počátku neobejde bez konkrétní představy o tom, jak by stravování mělo vypadat, jak by mělo probíhat. Na mnoha místech se týmy pro zlepšení stravování, jejichž členy jsou

vedoucí jednotlivých oddělení a úseků, dohodly i na jednoznačných pravidlech týkajících se chování, přípravy a způsobu podávání jídla. Úspěšné jsou týmy jen v těch zařízeních, kde zavedly pravidelné vzdělávání, sledování pobíhajících změn a vymyslely jednoduchý a účinný způsob poskytování zpětné vazby mezi pracovníky na odděleních a mezi úseky. Aspekt interprofesionální spolupráce je v programu velmi důležitý. Je nutné, aby kuchařky věděly, pro KOHO vaří. Nevaří (jen) pro pracovníky v přímé péči, kteří si jídlo v kuchyni převezmou a jedou s ním na oddělení. Potřebují znát svoje strážníky, vědět, s čím se musejí kvůli nemoci vyrovnat. Lépe tak pochopí „požadavky a připomínky *seshora* (oddělení)“. Provázanost zdravotní a sociální péče snad ani netřeba zmiňovat. A nemusí jít hned například o bolest nebo depresi: i vhodná poloha a rada, jak správně podávat jídlo, zda je možné místo „mixu“ začít s podáváním vhodně upraveného jídla do ruky, může přinést radost z jídla strážníkům i pečujícím. Společné přemýšlení, domlouvání a hledání cest k lepší provázanosti a vzájemné podpoře v oblasti stravování může mít širší dopad na život organizace.

*„Program Bon appetit vnímám jako další významný díl do mozaiky lepší kvality péče [...] v našem zařízení. Přes svoji počáteční skepsi jsme vděční [...] za realizaci tohoto programu. Mě osobně překvapil přesah programu Bon appetit a vůbec problematiky stolování do jiných oblastí péče. Očekávali jsme, že změníme a zvýšíme kvalitu a úroveň stravování, ale posunuli jsme ji i tam, kde jsme to nečekali. Bon appetit v našem zařízení propojil, a musím říct, že i profesně a lidsky spojil, jednotlivé úseky, tak jako dosud žádný předchozí program. Jako klíč k úspěchu vnímám šťastný výběr koordinátorů programu a pracovní skupiny zaměstnanců napříč profesemi, kteří pochopili jeho význam a přesvědčili nejen ostatní zaměstnance, ale i mě, jako ředitele, ke změnám, kterým jsem se dříve bránil a nedohlédl jejich dosah a přesah. Takže Bon appetit nás vlastně tak trochu změnil všechny.“*

Promarníme-li potenciál stolování, chuť k jídlu se postupně vytrácí, atmosféra v jídelně se zhoršuje, společenských příležitostí ubývá. Strážníkům se nedostává potřebné výživy, jejich soběstačnost, důstojnost a radost z jídla mizí nejen kvůli nemoci, ale také v důsledku přístupu a organizace stravování v zařízení. Přitom není třeba mnoho. Stačí přiznat jídlu a věcem s ním spojeným patřičnou důležitost a pevně je ukotvit do sítě péče.

## Seznam literatury

[1] AGICH, G. J. *Dependence and Autonomy in Old Age: An Ethical Framework for Long Term Care*. 2003. Cambridge: Cambridge University Press. 207 p. ISBN 0-521-00920-0.

[2] HOLMEROVÁ, I. – JAROLÍMOVÁ, E. – SUCHÁ J. a kol.: *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

[3] MOL, A. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. 2008. 1st. Ed. Abingdon, Oxon: Routledge. 160 p., ISBN 978-0415-4534-31.; LATOUR, B. The powers of association. In LAW, J. *Power, action and belief: A new sociology of knowledge?* 1987, London: Routledge and Kegan Paul, p. 264-280. ISBN 978-0710-2080-26.

[4] LAW, J. *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*. 1991. London: Sociological review monograph 38, 273 p. ISBN 0-415-07139-9.

[5] ZGOLA, J. – BORDILLON, G. *Bon appetit: radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2013, 300 s. ISBN 978-80-86541-32-7.

# Stravování jako důležitá součást komplexní péče o osoby s demencí

## Případová studie realizace programu Bon appetit

**Mgr. Dana Hradcová;**

Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

[dana.hradcova@ecn.cz](mailto:dana.hradcova@ecn.cz)

### **Klíčová slova**

Stravování, péče, demence, interprofesionální spolupráce

### **Abstrakt**

Případová studie realizace programu Bon appetit.

---

Sedím na svém oblíbeném kanapi, tentokrát se o něj dělím s Jitkou, autorkou programu Bon appetit. Přijela na návštěvu po půl roce a tentokrát jsme se rozjely přímo do zařízení, abychom si mohly s lidmi povídat o konkrétních situacích. Sedíme poblíž stolu na pravé straně jídelny. Pan Kudrna, vysoký, velmi štíhlý člověk, sedí na židli u stolu a před ním je talíř s mixovanou stravou. K velkému talíři, na němž jsou od sebe odděleny pokrmy hlavního chodu, patří ještě rozmixovaný rajčatový salát. Panu Kudrnovi pomáhá Tereza. Laskavě a mile mu podává jídlo lžící. Možná ani nevnímá to, co my vidíme zpovzdálí. Pan Kudrna se jemně zaklání, rukou odstrkuje, nebo chytá – těžko říci – ruku Terezy. Obě si to, co vidíme, vykládáme tak, že panu Kudrnovi jídlo moc radosti nedělá. Jitka se ke mně naklání: *„Zajímalo by mě, proč má mixované jídlo.“* *„Nechci jí do toho zasahovat,“* podívá se směrem k Tereze, *„nic o tom muži nevím, je to protivné.“* Tenhle pocit sdílím. Věčně se někomu koukat pod ruce, dívat se, co dělá, poslouchat, co říká. Snad jsme si tu na sebe zvykli, a tak odpovídám: *„Zeptej se, Tereza to unese.“* Jitka se k Tereze s úsměvem naklání a tiše se ptá: *„Proč podáváte mixované jídlo, má ten muž nějaké potíže s polykáním?“* Zatímco pan Kudrna zpracovává sousto, Tereza říká: *„Já nevím, pan Kudrna je tu jen pár dní, nedávno přišel z nemocnice.“* Jitka sleduje pana Kudrna, hodnotí obalené růžičky květáku na talířích spolustolovníků a navrhuje: *„Zeptejte se a zkuste přinést květák.“* V několika minutách stojí před panem Kudrnou talíř s obalovanými růžičkami květáku. Ta vůně! Okraj talíře, na kterém je květák naservírován, je příliš vysoký. Pan Kudrna chvíli váhá, nevidí dobře, co je na talíři, a také ne úplně snadno se mu pro to sahá. Za okamžik se ale ukazuje, že překážky nejsou příliš vážné. Bere do ruky první růžičku a dává si ji do pusy. To potěšení, ta radost. Olízne si prsty a sahá pro další. S chutí jí. Z rohu kanape je vidět celý stůl. Kromě Terezy sedí u stolu ještě další dvě pečovatelky a dění u stolu sleduje také jedna pracovnice, která pomáhá s rozdáváním jídla. Po očku pozorují, co se děje, a když si pan Kudrna začne pochutnávat na květáku, všechny se



rozzáří. Píšu si poznámky, zaznamenávám slova a výrazy tváří. Odpoledne se k tomu při setkání s pracovníci určitě vrátíme.

V duchu si v hlavě rovnám, co se děje, jak se tu dělá péče. Místní tým zformuloval ideál, ke kterému směřují: „*stravování, které odpovídá potřebám klientů při zachování důstojnosti a jedinečnosti a aktuálnímu zohledňování měnících se potřeb jednotlivých uživatelů.*“ Dohodli si zásady a pravidla správného podávání stravy: „*Při podávání jídla pracovník sedí v pravém úhlu k uživateli, sdělí mu, co se podává...*“ Pokud jsme měly možnost vidět, Tereza tato pravidla zná a snažila se je upravovat a dodržovat ku prospěchu pana Kudrny. Celý tým domova pracuje na tom, aby každý jedl to, co má rád, v nejvhodnější možné úpravě, vhodným způsobem. „*Pracovníci na oddělení a v jídelnách musí vědět...*“ Společně jsme teď přišli na to, že s panem Kudrnou to při dnešním obědě nevyšlo. Možná žije v domově ještě někdo, komu se dnes oběd úplně nepovedl, i když pro desítky lidí možná systém funguje dobře. Možná by stálo za to popřemýšlet o přípravě jídla do ruky pro více lidí. U stolu s panem Kudrnou sedělo osm lidí. Pět z nich jedlo květák rukou. Co bude tahle zkušenost znamenat pro pana Kudrnu, Terezu a další pracovníce? Ovlivní nějak způsob, jakým se dělá péče? To vše bude záviset na mnoha dalších lidech, okolnostech, zdrojích, na dalších věcech.

Na odpoledním setkání se o zážitek podělíme s ostatními pracovníky a pracovníky. Na začátku si připomeneme, co se v zařízení děje, co uplynulé měsíce přinesly, a shodneme se, že některé věci se osvědčily. Tak například dneska. „*Terezo, mohli bychom se podělit o to, co se dnes dělo při obědě? Ano? Díky, co kdybyste začala?*“ Tereza věděla, že pan Kudrna má speciálně upravené jídlo. Věděla, že je pravák, přisedla z pravé strany. Věděla, že sám se lžící nenají, ale pokoušela se, aby ji položením své ruky na její vedl. Snažila se, aby jeho zážitek z jídla byl co nejpříjemnější. Dívala se na něj, mluvila s ním. Přidávám citaci z poznámek: „*Pane Kudrno, dáte si salát?*“ Z reakce nepoznala odpověď, a tak pokračovala: „*Dám vám ochutnat.*“ Postupovala, jak nejlépe uměla. Pokračujeme s Jitkou ve vyprávění, dělíme se o to, co jsme viděly, co jsme prožívaly. Pokládáme otázky a společně se pokoušíme na ně odpovědět: Proč má pan Kudrna mixovanou stravu? Jsou k tomu zdravotní důvody? Jak dlouho žije v domově, co víme o jeho vlastnostech, historii? Jak probíhá zjišťování potřeb a schopností, kdo se ho účastní, jak probíhá adaptace... Zdravotní sestry, pečovatelky, nutriční terapeutka, sociální pracovníce, ředitelka, ti všichni k tomu mají co říct. Aktivní role pana Kudrny je během našeho setkání s pracovníky pouze zprostředkovaná – neverbálně Tereze sdělil, že raději než mechanicky upravenou stravu sní rukou obalovaný květák. Pan Kudrna si sám nesestaví plán péče, velmi pravděpodobně ani nevysloví, co potřebuje a co by si přál. Bude zapotřebí celého týmu – a rodiny, bude-li ochotná a bude-li mít čím přispět – aby mohl žít dobrý život navzdory všem omezením. Možná by bylo dobré, kdyby teď po pobytu v nemocnici zesílil a přibral. Možná. Jíst chce, to nám jednoznačně sdělil. S květákem to šlo dnes velmi dobře. Zítra je kuře, na to budeme patrně muset jít jinak. Pomalu končíme debatu. Vybavuje se mi reakce, kterou v podobných okamžicích někdy slýchám: „*No jo, ale to bychom museli každý den u každého přemýšlet a chystat jídlo pokaždé jinak. Na to prostě nemáme čas, na to je nás málo.*“ Váhám, snažím se odhadnout, jestli je na místě se o tuto zkušenost podělit. Nakonec se rozhodnu myšlenku zahnat, zvítězí vzpomínka na to, co se dnes dělo při obědě. Nezapomenutelný na tomto příběhu není jen samotný fakt, že pan Kudrna dnes odešel od stolu nasycený a ještě si pochutnal, ale také radost, kterou tím způsobil přítomným pracovnícům. S tím se tedy rozcházíme.

Narazily jsme ten den na dvě věci, které jsme považovaly za velmi důležité. Zprvė to byla schopnost uznat, že věci nejdu tak, jak bychom chtěli, jak jsme si naplánovali a předepsali, ale tak, jak se to zrovna „udělá“ v spletité síti vztahů tvořících péči. Zadržé jsme objevily radost z radosti – očividné potěšení pracovnic z toho, že panu Kudrnovi bylo dobře, že se najedl s chutí a svýma rukama a že nejspíš zesílí po pobytu v nemocnici. Plánování, vzdělávání, vymyšlení postupů, dohledu a kontrole jejich dodržování věnují členky týmu Bon appetit hodně úsilí. V jednom z prvních zápisů ze setkání týmu Bon appetit se objevilo: *„Je třeba připomínat zaměstnancům, že téměř u každého pravidla existuje výjimka, pokud to bude v zájmu uživatele (samozřejmě v rámci platné legislativy). Zaměstnanec však musí vědět, z jakého důvodu určitý druh činnosti provádí jinak, než je běžné.“* Pravidla říkají, co dělat máme a co dělat nesmíme. Pracovnice, se kterými jsme se dnes setkaly, vykonávaly činnost – pečovaly – podle těchto pravidel. Zda jejich jednání je kromě pravidel, která řídí jejich bezprostřední konání, vedeno také zájmem o dobrý a důstojný život obyvatel domova, vědět s jistotou nemůžeme. Přesto není důvod tomu v tomto konkrétním případě nevěřit.

Vraťme se do jídelny v době oběda. Pan Kudrna jí svůj květák, je nás mnoho, kdo pozorujeme, co se děje. Tereza se soustředí na pana Kudrna. Talíř s květákem stojí na prostírání na stole. Prostírání po desce stolu klouže a pro neklidné, třesoucí se ruce pana Kudrny je tak obtížnější brát si jednotlivé růžičky. Tereza odebírá prostírání a pevně přísavkou přichytí talíř k desce stolu: *„Takhle to budete mít lepší.“*

Tereza možná předá svou zkušenost dál, možná se tématem pro další týdný stane jídlo do ruky a možná zůstane jen u dnešní zkušenosti a pan Kudrna bude mít zítra k obědu mechanicky upravenou stravu a jídla budou dál připravována jako dosud. Nevíme.

Je těžké popsat a vymezit, jak se dělá dobrá péče. Obecná vymezení daná zákonem, metodikou a pravidly nemohou dostatečně konkrétně, jedinečně zohlednit každou situaci. Ani program Bon appetit není vyčerpávajícím předpisem na radost z jídla. Smysluplný vztah, dobré a dobře upravené jídlo, správná poloha, vhodné pomůcky, to všechno musí být na místě, ale je toho ještě tolik, co my všichni, kdo péči společně tvoříme, musíme rozhodnout, udělat, změnit, zkusit, často v nelehkých a nejednoznačných momentech, kdy není jasné, jestli to, co zrovna děláme, je správné. Dobré a špatné, vhodné a nevhodné se v péči stírdá, proměňuje. To všechno je velká morální i praktická výzva pro pečující profesionály i pro lidi, kteří jejich péči přijímají. Každé jídlo – jedna z nejběžnějších a nejdůležitějších činností, které v životě děláme – má podobu experimentu, v němž podstatnou (možná nejpodstatnější?) roli hraje zájem o co nejlepší život toho druhého.

*Případová studie je součástí doslovu D. Hradcové českému vydání knihy Jitky Zgola a Gilberta Bordillona **Bon appetit, radost z jídla v dlouhodobé péči**. Knihu v roce 2013 vydala Česká alzheimerská společnost.*

# Křehcí a nepochopení

**MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.;**  
Clinicum Praha

[z.kalvach@seznam.cz](mailto:z.kalvach@seznam.cz)

## **Klíčová slova**

Geriatrická křehkost (frailty), zdraví ve stáří, demedicalizace, dignitogeneze, dlouhověkost, negativní kompetenční konflikt

## **Abstrakt**

Příspěvek pojednává o nepochopení křehkých geriatrických pacientů a klientů a o jejich ohrožení ve zdravotnických i sociálních službách. Upozorňuje na změnu povahy zdravotních problémů ve stáří, na rizika zanedbání potřebné péče z neznalosti, na diskriminační vytěsňování ze zdravotnické kompetence včetně nepřiměřených změn v kvalifikační struktuře personálu i na existenci závažných negativních kompetenčních konfliktů. Zmiňuje problematiku banálního zla v souvislosti s rozostřenou zodpovědností, chybným nastavením systému a přeceněním externalizace kontroly a vyzývá k cílevědomé ochraně lidských práv v souvislosti s pojetím a implementací dlouhodobé péče v ČR s nutností dignitogeneze.

---

## **1. Institucionální „elder abuse“**

Ke zbytečnému utrpení či dokonce ke zbytečnému ohrožení života může ve zdravotních a sociálních službách docházet z různých důvodů v několika úrovních. Z gerontologického hlediska jde o strukturu příčin institucionálního „elder abuse“, násilného a nevhodného zacházení se starými lidmi. V zásadě může jít o:

- Násilí, kriminální činy asociálních jedinců, které jsou často medializovány jako „mediální pěna dní“, i když nejsou vesměs systémově zobecnitelné.
- Individuální odborné chyby – prohřešky proti profesním postupům „lege artis“, nedodržení standardů, diagnostická a léčebná/ošetrovatelská pochybení, nedbalostní zanedbání.
- Nezáměr o pacienty/klienty a jejich problémy, nevstřícnost, lidskou neslušnost, simplexní hrubost personálu vytvářející chladnou, nepřátelskou atmosféru, mnohdy v souvislosti se syndromem vyhoření.
- Nevhodné zacházení podmíněné systémovými, resp. institucionálními poměry a zvyklostmi, např. způsobem financování, výší úhrad, rozostřením zodpovědnosti, počtem personálu a jeho kvalifikační strukturou, počtem pracovníků ve směnách – může jít též

o diskriminační pojetí, např. ageistické, o despekt k domněle „marným“ lidem, někdy vyvěrající z hlubinných proudů obecného povědomí a despektu.

- Neznalost, nepochopení určité problematiky, kdy jednotliví pracovníci ani systém „nevědí, že nevědí“.

## 2. Myšlenkové koncepty přístupu ke stáří

Vůči seniorům jde dnes především o dva okruhy systémově myšlenkových (ideových) pochybení. Prvním je podcenění nástupu a potřeb dlouhodobé společnosti, nezbytnosti překonat překonané stereotypizace, překonaná nastavení služeb (zdravotnických i sociálních), které vznikly v podmínkách společnosti krátkověké s převážně krátkým a funkčně nezdatným životem ve stáří [1]. Co je při tom například podceněno:

- Potenciál úspěšného stárnutí a aktivního stáří – setrvalé zlepšování zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucích generací, kterému by měl odpovídat přesun těžiště zájmu od „péče“ konzervující neschopnost k „podpoře“, k podpurným intervencím pro obnovu původního funkčního stavu – soběstačnosti, svébytnosti.
- Problematika změněné povahy zdraví ve stáří včetně smysluplnosti podporovat relativní zdraví lidí chronicky nemocných, jejich zdatnost, odolnost, adaptabilitu.
- Trvajících kompetence zdravotnických služeb vůči klientům dlouhodobé péče a ústavů sociálních služeb i dodržování základních lidských práv těchto lidí včetně práva na zdravotní péči.
- Problematika geriatrické křehkosti a jejích klinických konsekvencí, uvolňování geriatrické disability i zdravotních problémů z vazby na indexové choroby.

Druhý okruh systémově myšlenkových pochybení souvisí s jakýmsi redukcionistickým despektem vůči křehkým, často multimorbidním lidem s ohroženou či ztracenou soběstačností, kteří jsou nahlíženi převážně jako biologické systémy a s důrazem na úspornost přístupů. Důsledkem je například:

- Zpochybnění obecné platnosti Maslowovy pyramidy potřeb, jejích vyšších úrovní. [5]
- Priorita pouhé biologické zabezpečení.
- Despekt k autonomii a vůli těchto lidí, k samotnému smyslu života se závažnými funkčními deficity (V. E. Frankl). [2]
- Podcenění rizika indukce závislosti a ztráty soběstačnosti, preference ústavní péče před komunitní.
- Přecenění potřeby úsporných opatření a ekonomizace péče.

V úsilí o překonání těchto negativně redukcionistických názorů se lze opřít o několik obecně přijímaných humanistických konceptů, které je třeba rozpracovat do gerontologických aplikací. Patří k nim zvláště:

- Koncept zdraví (WHO), podle něhož je zdraví více než nepřítomnost chorob (A. Antonovsky) a patologie je tedy více než přítomnost indexových chorob – může jít též o stav organismu.
- Koncept bio-psycho-socio-spirituální ucelenosti člověka, jehož nelze redukovat na biologický systém.
- Koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří (WHO), podle něhož disabilita ztrácí často ve stáří vazbu na choroby, zůstává však preventibilním a intervenovatelným zdravotnickým problémem.
- Pyramida lidských potřeb (A. Maslow), do níž kromě základních potřeb biologických patří též vyšší potřeby psychosociální a nejvyšší potřeby spirituálně existenciální s potřebou seberealizace. [5]
- Formulování univerzální nejvyšší lidské potřeby být pozitivně přijímán jako jedinečná lidská bytost s nepozbytnou důstojností chápaná v kontinuitě osobnostního vývoje a životního příběhu.
- Ontogenetický úkol pro období stáří, kterým je zachování osobnostní integrity proti bezradě, zoufalství a strachu ze smrti (E. Erikson).
- Principy společenské podpory znevýhodněných starých lidí (OSN, 1991), kterými jsou kromě zabezpečení (základní biologické potřeby) také a především důstojnost, svébytnost (autonomie), seberealizace (smysluplnost) a společenská participace.
- Koncept geriatrické křehkosti (frailty) jako specifického pojetí zdraví a nemoci na nízké úrovni potenciálu zdraví chápaného jako provázání zdatnosti, odolnosti a adaptability – na nízké úrovni se zvyšuje výskyt „banálních“ bio-psycho-socio-spirituálních stresorů schopných organismus a jeho dynamickou rovnováhu dekompenzovat.
- Koncept intervenování všech faktorů funkčního zdraví – biologických i nebiologických (M. Tinetti), nemá-li docházet k diskriminačnímu vylučování „atypických“ geriatrických pacientů ze zdravotnických kompetencí. [6]

### 3. Koncept dlouhodobé péče

České zdravotnictví ve snaze o úspory a zvýšení účelnosti výdajů dlouhodobě odmítá medicinalizaci „přirozeného“ stáří včetně zdravotnických kompetencí při řešení zdravotních problémů geriatrických pacientů bez vazby na indexové choroby. Takové pacienty v nemocnicích často označuje za „sociální případy“, takzvané „casus sociales“, které

neoprávněně blokují nemocniční lůžka (tzv. bed blockers). Takovými se pak stávají nejen lidé potřebující sociální pomoc (např. azylové přístřeší), ale také lidé s ohroženou či ztracenou soběstačností, jejichž zdravotně sociální problémy nebyly vůbec popsány, zhodnoceny, pochopeny např. v rámci uceleného geriatrického hodnocení (comprehensive geriatric assessment – CGA) či geriatrického posouzení se stanovením uceleného postupu (geriatric evaluation and management – GEM). Někdy jsou tak apriorně označováni nemocní lidé s pouhým rizikem delšího a komplikovanějšího nemocničního stonání – pacienti „příliš“ staří, zanedbaní, nezdatní (křehcí), neoblíbení a nechtění (v beletristické knize Dům páně označování pojmem „pacoch“ – padej, co tu chceš). [9]

V mezinárodním společenství se v 80. letech 20. století zformulovaly představy o reformě podpory lidí, především seniorů, respektive křehkých geriatrických pacientů, s dlouhodobě ohroženou či ztracenou soběstačností. Oproti dosavadní péči orientované na ústavní ošetřování s řadou závažných psychických, etických i ekonomických problémů požadovaly zvláště:

- **de-institucionalizaci** – orientaci na komunitní služby a podporu umožňující stárnutí i umírání ve známém a přirozeném prostředí domova a domácí komunity (ageing in place, dying in place), v případě nezbytně nutných ústavů pak jejich otevření jako součásti přirozeného komunitního prostoru;
- **de-sektorializaci** – prolomení resortních i profesních bariér se zvýšením flexibility systému i komfortu pacientů/klientů, jejichž potřeby jsou obvykle multioborové a přirozeně zdravotně sociální;
- **de-profesionalizaci** – přijetí laiků, především pečujících rodin, ale také přátel, sousedů, dobrovolníků jako členů týmu, kteří jsou schopni po zacvičení a pod supervizí provádět řadu úkonů, především ošetřovatelských a rehabilitačních, s podstatně větší frekvencí a flexibilitou konvenující potřebám klienta než profesionálové;
- **humanistickou de-medicinalizaci** – zcivilnění služeb, nadřazení kvality života, účelnosti péče, přirozených lidských práv léčení, „honu“ na choroby, nemocničnímu režimu, doživotní roli pacienta.

Z těchto priorit humanizace a ekonomické udržitelnosti kvalitní péče a pomoci se posléze vyvinul (s významnou fiskální iniciativou OECD) koncept tzv. dlouhodobé péče (long-term care, LTC) jako zdravotně sociálního svorníku a třetího pilíře doplňujícího zdravotní péči a sociální pomoc. [1, 3]

Tato účelná a pozitivní opatření však mohou být velmi závažně, doslova „smrtečně nebezpečně“ diskriminačně deformována v úsilí o maximalizaci ekonomických úspor při stlačení výdajů na dlouhodobou péči, na její nadměrné vytlačení ze zdravotnických kompetencí a úhrad z veřejných solidárních zdrojů, včetně všeobecného zdravotního pojištění, v zájmu stability veřejných rozpočtů a mandatorních výdajů. K rizikům patří například:

- de-institucionalizace bez příprav komunity („vyhnání z ústavů“);

- de-profesionalizace ve smyslu zpřimitivnění, snížení kvalifikační struktury, neoprávněných přesunů kompetencí na nekvalifikovaný personál;
- ekonomicko-redukcionistická de-medicinalizace – nadměrné snížení výdajů, neoprávněné odstupování od léčby, nadměrná a neetická pseudopaliativizace péče (paliativizace „marných“ lidí), omezování kontaktu s lékaři, případně i s ošetrovatelským personálem, diskriminační zhoršování dostupnosti potřebné zdravotní péče především v ústavech.

Argumentačně jde o jakýsi mýtus zdravých chroniků, jejichž stav základní choroby je sice již medicínsky nezlepšitelný (např. stav po cévní mozkové příhodě CMP), což však pochopitelně nevylučuje přítomnost další komorbidity v labilním stavu (ve stáří velmi častá situace) ani výskyt akutních onemocnění a komplikací (ochrnutí po CMP jistě nechrání před akutním srdečním infarktem, žlučnickovou kolikou či dekompenzací arteriální hypertenze). Přesto je zjevná ochota k vytváření prakticky „bezlékařských velkokapacitních ghatt“ ústavní dlouhodobé péče, která nemohou být reálně zvládnuta místními praktickými lékaři.

## 4. Negativní kompetenční konflikt

Velmi nebezpečným jevem je přetrvávání závažných a frekventních negativních kompetenčních konfliktů, území nikoho, která kompetenčně, zodpovědností nikomu nepatří (deficit de-sektorializace). Mnozí křehcí lidé se tak stávají nechtěnými, bez dovolání i podpory, neboť jde o souběh:

- diskriminační de-medicinalizace – pro zdravotnické služby jsou příliš sociální (casus sociales, nemocniční „bed blockers“);
- de-socializace – pro sociální služby, zvláště pobytová zařízení (ústavy sociální péče) jsou příliš nemocní (jsou odmítnuti, nebo vystaveni nedostupnosti, závažnému ztížení dostupnosti či hrubému snížení kvality potřebné zdravotní péče, především lékařské);
- de-municipalizace – z hlediska obcí neexistuje domovské právo, obcím chybí kompetence, finance i zájem o řešení těchto záležitostí.

Navíc se projevuje ageistický despekt společenského nezájmu o takto vyloučené (sociálně exkludované, „nechtěné“) lidi na pokraji společnosti a de-personalizace – faktické popření lidské jedinečnosti a svébytnosti s prosazováním schematicky uniformní ústavní péče s jen velmi formální pseudo-individualizací. Jde o nepřijatelné přitakávání „přestárlosti“ a nepotřebnosti početné skupiny lidí, tomu, že se stali „společenským břemenem“. Souhrnně lze současnou situaci charakterizovat takto:

- Existuje početná skupina zvláště starých lidí s omezenou či ztracenou soběstačností a kombinací zdravotně sociálních potřeb.
- Jsou křehcí, mají zvláštní rizika i potřeby, atypické zdravotní projevy.
- Často jsou odborně nepochopení, a proto poškození včetně geriatrického hospitalismu – zbytečných komplikací nemocničních pobytů bez zajištění bezpečného režimu schopného předejít očekavatelným komplikacím, včetně indukce ztráty soběstačnosti

(prodlení v nízkonákladových intervencích, nadměrné pohybové omezování, malnutrice, „non lege artis“ postup při prevenci a zvládnání delirií apod.).

- Vzhledem k despektu ke kvalitě a hodnotě jejich života to obecně příliš nevadí – jsou to „k zanedbání ponechaní lidé“.
- V nemocnicích dochází k nedostatečné výživě, neoprávněnému omezování, ke zbytečné ztrátě soběstačnosti, k nadměrnému indukování potřeby následné péče.
- Je tendence umisťovat tyto občany, mnohdy předčasně, v nestabilizovaném stavu, do zařízení deformovaně chápané následné či dlouhodobé péče s omezenou dostupností lékařů i zdravotních sester a s neúměrným omezováním výdajů na léky, zdravotní a ošetrovatelské pomůcky i diagnostické výkony.
- Je tendence tato zařízení metodicky i jinak nadměrně spojovat s tzv. paliativní péčí.
- Hrozí tak reálné nebezpečí nedostupnosti potřebné zdravotní péče o početnou skupinu pacientů/klientů.
- Roste ohroženost nekvalifikovaných profesí přejímáním (vnucováním) nepřiměřených kompetencí, což přináší jak stres, tak hrozbu právních důsledků neoprávněných rozhodnutí.
- V těchto následných a dlouhodobých zařízeních i v nemocnicích jsou znovu deformovaně jedinou prioritou biomedicína, biologická zabezpečení, paternalismus.
- Personál přijímá status quo, neoprávněné kompetence, škodlivé postupy, dochází ke ztotožnění se systémem, nikoliv k ochraně klientů.
- Sektorializace péče roste – ubývá týmová spolupráce, koordinace, osobní zodpovědnost.
- Nevytvářejí se podmínky pro rozvoj komunitní péče/podpory a tím prevence institucionalizace podle M. Chába jako „sítě služeb pro lidi ohrožené institucionalizací“.
- Standardy kvality se často mění ve formální klišé („Ctrl C, Ctrl V“) a byrokratickou zátěž odvádějící od práce s klienty a snižující osobní zodpovědnost.
- Omezení pitev od roku 2014 sníží záchyt odborných pochybení i v nemocnicích, natož v zařízeních následné a dlouhodobé péče, a přispěje k diskriminační demedicalizaci, omezení potřebné péče.
- Selhání společenských systémů jsou závažnější než individuální selhání pečujících profesí.

Souhrnně je dnes velmi často geriatrický pacient/klient:

- stereotypizovaný,
- nepochopený,
- podceňovaný,
- ohrožený,
- odepsaný,
- vytlačovaný z akutní zdravotní péče,
- ztotožněný s demedicalizovanou „dlouhodobou péčí“, která je ztotožněna s ústavou a paliativní péčí.

Rizika nových kompetencí nejasně formulované dlouhodobé péče a jejího nelékařského personálu jsou značná:



- problematické (ne)převzetí primární zodpovědnosti – plnění fiktivních indikací fiktivních lékařů;
- simplifikace zdravotních problémů a intervencí na pečování, případně bazální ošetřování;
- simplifikace umírání na ošetřovatelství, i když home care u umírajícího není ucelená paliativní péče, není to domácí hospic!
- konzervování nepřijatelných systémových poměrů.

## 5. Současná nebezpečí ve zdravotní a sociální oblasti

Konzervování nebezpečných poměrů zahrnuje ve zdravotnictví například:

- trvající absenci ucelené geriatrické diagnostiky CGA, GEM;
- renesanci omezovacích prostředků s desenzibilizací veřejnosti, úvahami o informovaném souhlasu s kurtováním (omezováním) předem při přijetí či s použitím omezovacích prostředků i v rámci domácí péče – home care;
- zhoršování nutrice během pobytu v ústavní péči;
- zbytečné a tím neoprávněné zavádění močových katetrů pro inkontinenci;
- masivní farmakologické tlumení delirií i poruch chování a neškodně zneklidňujícího chování při syndromu demence místo režimových opatření;
- odstupování od léčby s minimalizací farmakoterapie místo ucelené paliativní péče s animací reziduálního života;
- omezování lidských práv rozhodnutím primářů i sester ve službě.

Konzervování nebezpečných poměrů zahrnuje v sociální a dlouhodobé péči například to, že:

- lékař není členem týmu;
- neexistuje ucelená dokumentace a není jasné, jaká je hierarchie té stávající roztržité;
- není jasné, kdo má skutečnou zodpovědnost za klienta;
- není jasné, kdo rozhoduje při změně zdravotního stavu, kdo ji hodnotí.

Tuto situaci usnadňují na celospolečenské úrovni například:

- hyperekonomizace společnosti;
- změna společenského paradigmatu s pádem apriorních hodnot (víra, vyšší princip mravní) – „Bůh je mrtev, Hippokrates je mrtev“;
- symbolicky posun od „bojovníků se smrtí“ k „průkopníkům udržitelného zdravotnictví“;
- neomaltuziánské obavy z „přemnožení“ lidstva a jeho stárnutí, demografický alarmismus, gerontofobie, ageismus;
- eugenické podvědomí lékařů (O. Motejl);
- antihipokratovská kolaborace pečujících (od lékaře po pečovatelku) se systémem;
- selhání akademické obce a lékařských fakult, které přispívají k fragmentaci medicíny, geriatrické negramotnosti a jednostranné orientaci na výzkum s exploatací pacientů místo jejich celostního chápání a doprovázení. [4]

Rozostření osobní zodpovědnosti, relativizace tradičních hodnot, hyperekonomizace společenského života, rostoucí vliv izolovaných pokynů autorit a byrokratická externalizace kontroly nadměrnou standardizací navíc posilují obecné šíření „banálního zla“ (Ph. Zimbardo) ve společnosti i v pečujících profesích [7, 8].

## Seznam literatury

- [1] ČEVELA, R. – KALVACH, Z. – ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie – úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [2] FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: vybrané otázky o logoterapii*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006, 212 s. ISBN 80-7295-084-3.
- [3] KALVACH, Z. – ČELEDVÁ, L. – HOLMEROVÁ, I. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – WIJA, P. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [4] KALVACH, Z. Univerzalita, singularita, paradigma medicíny a demografická změna. In Fischerová, S., Beran, A. (Ed.) *Medicína mezi jedinečným a univerzálním*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2012, 305 s. ISBN 978-80-7465-052-9.
- [5] MASLOW, A. H. *O psychologii bytí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, 317 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
- [6] TINETTI, M. – FRIED, T. The end of disease era. *American Journal of Medicine*, 2004, vol. 116, no. 3, p. 179-185.
- [7] ZIMBARDO, Ph. G. *Moc a zlo – Sociálně psychologický pohled na svět*. 1. vyd. Břeclav: Moraviapress, 2005, 199 s. ISBN 80-86181-80-4.
- [8] ZIMBARDO, Ph. G. *Luciferův efekt – Jak se z dobrých lidí stávají lidé zlí*. 1. vyd. Praha: Academia, 2014, 625 s. ISBN 978-80-200-2346-9.
- [9] SHEM, S. *The House of God*. (česky *Dům Páně*). 1. vyd. Praha: Argo, 1999, 340 s. ISBN: 80-7203-230-6.

# Role praktického lékaře v péči o seniora v instituci, léčba bolesti

**MUDr. Martina Mašátová;**

Praktický lékař, ordinace Pacov, Hořepník, Želiv

[martina.masatova@tiscali.cz](mailto:martina.masatova@tiscali.cz)

## Klíčová slova

Praktický lékař, zařízení pro seniory, celková bolest, neklid

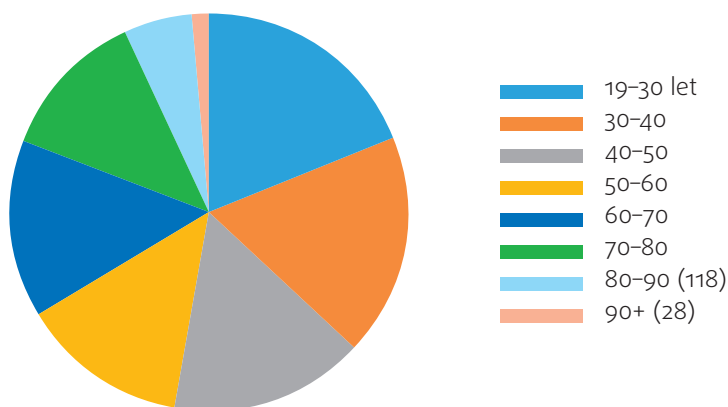
## Abstrakt

Příspěvek pojednává o specifikách péče praktického lékaře o seniory a seniory, kteří žijí v instituci, zvláště. Autorka představuje komplexnost problémů svých pacientů, možnosti i nároky na komunikaci s personálem a s rodinami pacientů. Konkrétně se zamýšlí nad tím, jak lze řešit bolest nebo akutní stavy neklidu.

## 1. Senioři v péči praktického lékaře

Při přípravě svého sdělení jsem si nejdříve položila otázku, kolik domovů pro seniory je v mém okolí. V okruhu do 30 km jsem jich napočítala šest: v Pacově, v Proseči u Pošné, v Chýnově, v Pelhřimově, v Onšově a v Humpolci. Z toho ve třech z těchto šesti zařízení jsou specializovaná lůžka (se zvláštním režimem) pro seniory s Alzheimerovou demencí. Spočítala jsem si také věkovou skladbu klientely, kterou mám v péči.

*Procentuelní podíl klientely podle věku*



Z grafu vidíme, že klienti nad 60 let věku tvoří 33 % struktury ordinace.

Náplň práce praktického lékaře je pro různé věkové kategorie různá. V mladším věku, cca do 40 let, se zaměřuji na primární prevenci. Přibývá věk, objevují se nemoci, ke kurativě akutních stavů přistupuje také sekundární prevence, screening onkologických onemocnění a další. Nastupují také komplikace různých onemocnění.

Seniora ale nepoznámé pouze podle věku. Jsou různěvěcí lidé a v různé tělesné a psychické kondici. Někdy vidím, že v 70 letech je člověk aktivní, jezdí na kole a je velkým obohacením pro svoje okolí. Jindy naopak po 50. roce věku pozoruji, jak ubývají fyzické síly nebo přijde nemoc (např. CMP) a poměrně mladý člověk se stává závislý na péči svého okolí.

Pokud posoudím svoji klientelu, v jakých situacích se se mnou pacienti rozloučí a odcházejí do instituce, pak jsou to tyto příčiny:

- Zhoršení zdravotního stavu, například výše citovaná centrální mozková příhoda, progresse srdečního selhání, diabetické komplikace, aj.
- Progrese prosté geriatrické symptomatologie, tuto situaci vidím dosti často. Člověk žije na vesnici, v rodinném domku, děti bydlí ve městě. Nakonec, když ztratí sílu se o sebe a domácnost postarat v důsledku geriatrických změn (zhoršená mobilita, sklony k pádům, geriatrická křehkost), bývá umístěn v zařízení pro seniory.
- Ztráta osoby, která se do té doby starala, například úmrtí manžela, onemocnění dosud pečující dcery apod.
- Sociální důvody. Např. se manželský pár rozhodne strávit zbytek života s menšími starostmi a ubytuje se v domově pro seniory. Takových případů vidím velmi málo.

Velmi často vidím, jak přijde dcera s matkou – seniorkou, nebo i sama, když má rodiče např. v nemocnici, a pláče, protože si myslela, že se o ně ve stáří postará. Ale bojí se opustit zaměstnání. Neví, na jak dlouho, neví, zda pak v 58 letech ještě nějakou práci najde. Pokládá to za velké selhání, že rodiče musí umístit v instituci, když by se tak ráda postarala. Táži se sama sebe, zda bychom jako děti neměly mít také právo se o svoje rodiče postarat.

Pokud spolupracuji s institucí pro seniory, je to nejčastěji Domov seniorů – domov důchodců Pacov. Zde je následující struktura lůžek:

- část dům s pečovatelskou službou – 56 bytů,
- část domov pro seniory – 52 míst,
- část domov se zvláštním režimem – 28 míst.

Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem jsou v péči jednoho praktického lékaře. Při předpokladu, že praktický lékař registruje 2000 klientů, zaujímá 80 lůžek domova nevelká 4% z celkového počtu registrovaných pacientů. Skupina snad početně nevelká, avšak jistě vyžadující zvláštní čas a energii.

## 2. Jak řeším bolest

Vycházejme z předpokladu, že bolest je nedělitelná. Řešíme zde tzv. total pain – tedy celkovou bolest, která má složku fyzické bolesti, psychické, ale také sociální a spirituální. Jestliže senior upadl, asi ho opravdu bolí např. koleno. Ale jsou bolesti v bedrech např. vertebrogenního původu (somatické), nebo se o víkend nepohodl s dcerou, a tak se mu problém nyní projeví psychosomatickou formou? A možná, že je prožitek ještě hlubší a musíme se zabývat otázkami, které jsou pro pacienta až spirituálního charakteru.

Při hodnocení zhoršení zdravotního stavu je důležitou součástí anamnéza, tedy co nám pacient poví. Nejen kde a jak ho bolí, a také jak rychle bolest vznikla. Jaká byla celá dynamika procesu? U seniorů, zvláště pak s Alzheimerovou demencí, se často o anamnestické údaje nelze zcela spolehlivě opřít. Je pak důležité, co mi o nemocném sdělí sestřička nebo ošetřovatelský personál. Vznikl stav náhle, nebo s určitou dlouhodobou progresí? Jaký byl stav včera nebo před týdnem? Může se jednat o akutní interkurentní onemocnění, které zkreslilo celkový obraz, a jeho řešení je docela snadno přístupné, nebo se jedná o progresi základního onemocnění? Mám také možnost dalších vyšetření (sono, laboratoř, RTG, EKG) a event. konziliárního vyšetření specialistou?

K pacientovi vždy přistupujeme s tím, že má možnost autonomně se rozhodnout, pokud může danou situaci posoudit. Vždy to ale závisí na kvalitách lékaře nebo týmu, jaké možnosti je schopen nemocnému nabídnout.

Dalším problémem může být komunikace – mezi lékařem a týmem, nebo také mezi lékařem a rodinou pacienta. Vždy to vyžaduje jistou dávku empatie, času a komunikačních dovedností.

### 2.1 Somatická bolest

Je mnoho situací, které jsou dobře ovlivnitelné, a přitom mohou výrazně zhoršit celkový klinický obraz nemocného. Na prvním místě bych uvedla infekce – projevy infekčních onemocnění mají v geriatrici své specifika. Horečky se objeví minimálně, případně pouze lehké zvýšení teplot. Infekt se může projevit např. bolestí hlavy, točením hlavy, celkovou svalovou slabostí, bolestmi v dolních či horních končetinách aj. Zhoršení kardiálního onemocnění s sebou velmi často nese poruchy kognice.

Celkový zdravotní stav mohou výrazně zhoršit poruchy glukózového metabolismu, hyper- nebo hypoglykémie, záněty dýchacích cest a chronická obstrukční plicní nemoc, dále dehydratace a poruchy vnitřního prostředí s rozladou minerálů, anemie, icterus a jaterní onemocnění, uremie, intrakraniální hypertenze, těžké depresivní stavy. Zvláštní jednotkou jsou lékové interakce nebo nežádoucí účinky medikamentů.

## 2.2 Psychická bolest a psychologická podpora

Nevím, do jaké míry lze vyřešit psychologické potřeby každého jedince při návštěvě lékaře u lůžka. Lze je ale jistě do značné míry ovlivnit. Uvědomme si, jakou sílu má slovo. Slovem můžeme velmi zranit, ale také přinést naději, povzbudit, minimálně ubezpečit, že se danou situací a problémem hodláme zabývat s plným nasazením. Jistě ne vždy jsme v takové skvělé kondici a ne vždy jsme schopni domyslet všechny aspekty svého chování. Jsou situace, kdy je pacient z nějakého důvodu raněn např. emocionálně, a tak naše racionální důvody vůbec nemusí slyšet! Jsme-li v silných emocích, je těžké slyšet, co na to rozum. A ležet bolavý na lůžku, to je jistě silně emocionální chvíle. Jsou to okamžiky, kdy jednáme s nejlepším úmyslem, ale zůstaneme zcela nepochopeni.

Přes současnou zátěž celého zdravotně sociálního personálu se jaksi předpokládá, že si každý pečující, do menší či větší míry odborně zdatný, dokáže pomoci se svými psychickými starostmi sám. Máloco je menší pravdou. Péče o psychohygienu „pomáhačských“ profesí je velká výzva pro jejich profesní organizace.

## 2.3 Sociální a sociálně ekonomická složka bolesti

Musíme si také uvědomit, že senioři jsou často vytrženi ze svého prostředí, mají zpřetrhané sociální vazby a vztahy, o které se do té doby opírali. Je velká škoda, že neexistuje systém, který by podporoval pečující rodinu. Často by se ráda postarala, ale má třeba obavy, že péči o nemocného nebude zvládat. Ten, kdo pečuje, přijde o práci, o kontakty s přáteli, a tak se z pečující osoby stane „sociální mrtvola“. Pak je návrat do zaměstnání, udržení koníčků jako vlastních sociálních vazeb, pro pečujícího nemožné. Bylo by výborné, kdyby sociální systém dokázal zabezpečit, že se pečující osoba bude moci do zaměstnání vrátit, jako např. po mateřské dovolené. Zůstat s nemocným doma a vzdát se těchto vlastních sociálních vazeb je volba, kterou je velmi obtížné rozhodnout.

## 2.4 Spirituální bolest

Do posouzení celkové bolesti patří také její spirituální rozměr. Znamená to plné respektování osobnosti nemocného v kontextu celého bytí. Jaké byly vztahy v rodině? Letité zvyky? Scházela se celá rodina? Jaké byly rodinné tradice, systém hodnot?

Velký rozměr do chápání těchto potřeb dokážeme vnést, pokud máme vlastní prožitky a zkušenosti s péčí o dlouhodobě nemocné v rodině. Každý jsme vyrůstal v nějaké oblasti, která je charakteristická zvyklostmi svého regionu a také charakterem krajiny. O vlivu krajiny na prožívání a formování charakteru osobnosti a člověka jako základní součásti společnosti již bylo napsáno mnohé.

## 2.5 Kazuistiky

**Kazuistika I:** Paní L. S., nar. 1922. Žije v rodině, vzorně se stará zeť. Jednoho dne telefonuje, že pacientka v noci vůbec nespala, byla zmatená, neklidná, křičela celou noc. Po návštěvě v bytě podle poslechového nálezu se jednalo o pravostrannou bronchopneumonii. Paní neměla teploty, nekašlala. Onemocnění se projevilo akutním neklidem. Lékem volby byla antibiotika. Po týdnu nastalo výrazné zlepšení stavu, paní spala dobře, seděla v lůžku, veselá, plně orientovaná.

**Kazuistika II:** Paní J. N., nar. 1926, v anamnéze ischemická choroba srdeční a hluchota. Žije v zařízení pro seniory. Jednoho dne nastala zmatenost, pacientka vykřikuje, má

vizuální halucinace. Na cílené dotazy se od sestřičky dozvídám, že je po infarktu myokardu, byla resuscitovaná. Diagnostikují organický psychosyndrom při akceleraci aterosklerózy mozku, která nastala v důsledku přechodné ischemie při bezvědomí. Lékem volby jsou antipsychotika.

### 3. Praktika

Po zhodnocení všech symptomů a akceptaci celého lidského rozměru a autonomie seniora nastává preskripcí medikace. Je třeba postupovat lege artis, ale přitom vzít do úvahy a respektovat také preskripční omezení a limity, stanovené sazebníkem. Některé skupiny léků může předepsat pouze specialista (neurolog, psychiatr), některé léky mohou indikovat specialisté a delegovat preskripci na praktické lékaře, za podmínky pravidelných kontrol lékařem – specialistou.

Při preskripci inkontinenčních pomůcek je třeba dodržovat finanční limity stanovené pro I. (450,-Kč/1 měsíc), II. (900Kč,-/1 měsíc), nebo III. stupeň (1 700,-Kč/1 měsíc) inkontinence. Pomůcky pro různé stupně inkontinence nelze slučovat.

### 4. Závěr

V závěru bych chtěla říct, že péče lékaře o seniora, který žije v instituci, je práce týmová. Lékař je zde pouze součástí. Opírá se z velké části o informace, které dostává od personálu o seniora pečujícího, zvláště pak v péči o klienty s demencí. Těmto informacím důvěřuje, spoléhá na ně, ale pak musí pacienta vyšetřit, odhalit a nalézt pravou příčinu eventuálního zhoršení zdravotního stavu. Stává se součástí managementu péče. Dosáhnout konzilia ambulantních specialistů bývá někdy organizačně obtížné, ale podaří-li se, je to vítaný člen do týmové práce a rozhodování.

Péče praktického lékaře o seniora v instituci tvoří nepočtenou, ale náročnou součást celkové činnosti praktického lékaře. Z péče o autonomního seniora se s vývojem času stane paliativní péče. Nemí to tak, že by senior šel prožít hezké stáří do instituce a při zhoršení zdravotního stavu a závislosti na péči se vrátil domů. Naprosto vždy se klient dostává do instituce, když se jeho zdravotní stav a sociální (není tím myšleno sociálně-ekonomická) situace zhorší natolik, že již nemůže zůstat doma.

Příčiny a léčba bolesti nebo akutního neklidu mají svoje zákoutí, tajemství a specifika a při jejich řešení je nutný aktivní přístup. Práce v kompletním týmu je snem a ve svém důsledku je pozhánáním pro všechny zúčastněné, nutná je ale soustavná péče o tým.

# Spolupráce zaměstnanců v sociálních službách, předávání informací

**Mgr. Lenka Dražilová;**

SENIOR centrum Blansko, p. o.

[drazilova.lenka@ddblansko.cz](mailto:drazilova.lenka@ddblansko.cz)

## **Klíčová slova**

Předávání informací, porady týmu, úsek, adaptační doba

## **Abstrakt**

Příspěvek na příkladu konkrétního zařízení sociálních služeb pro seniory pojednává o nutnosti úzké spolupráce mezi všemi zaměstnanci zařízení, především mezi zaměstnanci v přímé péči a zdravotními sestrami. Jedním z jejích předpokladů je nastavení jasných pravidel předávání informací mezi jednotlivými profesemi.

---

## **1. Úvod**

SENIOR centrum Blansko je příspěvkovou organizací Jihomoravského kraje, která poskytuje pobytové sociální služby seniorům od roku 2002.

V současné době provozujeme 2 služby: domov pro seniory s kapacitou 70 lůžek a domov se zvláštním režimem s kapacitou 74 lůžek. Významným mezníkem pro činnost organizace byl rok 2007, kdy hned s účinností zákona o sociálních službách byla zaregistrována nová služba domov se zvláštním režimem, a rok 2013, kdy jsme završili naše dlouholeté úsilí získáním certifikátů Vážka, Nutriční péče a Pracoviště bazální stimulace. Nejvyšším oceněním bylo získání certifikátu Značka kvality v sociálních službách s dosud nejvyšším počtem udělených bodů.

Dosažení těchto úspěchů bylo výsledkem dlouhodobé týmové práce na celkovém rozvoji obou služeb. Prošli jsme si zkušenostmi dobrými a špatnými, o které bych se chtěla podělit.

## **2. Organizační struktura zařízení**

Až do konce roku 2007 byl v organizační struktuře vedle úseků ekonomického, stravování a technickohospodářského také úsek zdravotní a sociální péče, se třemi odděleními: sociální a zdravotní péče, oddělením rehabilitace a oddělením aktivizace. Sociální pracovnice byly přímo řízeny ředitelkou zařízení. V tomto roce jsme také naši péči rozšířili o druhou registrovanou službu, domov se zvláštním režimem.

V roce 2008 došlo k rozdělení úseku zdravotní a sociální péče na úsek zdravotní a rehabilitační péče, kde zůstaly pouze zdravotní sestry a rehabilitační pracovnice, a úsek



sociální péče, kam byly začleněny sociální pracovníce, pracovníce přímé obslužné péče (dále jen pečovatelky) a aktivizační pracovníce.

Díky pochopení zřizovatele jsme podstatně rozšířili počet pečovatelek, protože péče o klienty, kteří trpí demencí, je mnohem náročnější, klienti musí být pečovatelkou vedeni, nebo o ně musí být pečováno opravdu celých 24 hodin. Ukázalo se, že dobře funguje **úsek zdravotní a rehabilitační péče**, zdravotní sestry se mohly věnovat opravdu jen zdravotním úkonům a administrativním úkonům ve vztahu k pojišťovnám, stejně tak rehabilitační sestry prováděly pouze rehabilitační úkony, jak formou přístrojové, tak formou léčebné tělesné rehabilitace.

Úsek sociální péče byl velmi početný, a proto došlo po dvou letech fungování k jeho rozdělení na **úsek sociální péče**, kam jsou zařazeny dvě sociální pracovníce, manažer kvality a aktivizační pracovníce, a **úsek přímé obslužné péče**, kde pracuje v současné době již 46 pečovatelek.

### 3. Zkušenosti s rozdělením úseků

Dále se již chci věnovat pouze náplní práce zdravotních sester a pečovatelek, protože se na první pohled může zdát, že toto rozdělení nemůže fungovat, a vím, že má v jiných zařízeních i mnoho odpůrců. U nás se ale velmi osvědčilo.

Samozřejmě musí bezpodmínečně fungovat předávání informací mezi oběma úseky, tomu se budu věnovat níže. Oddělením práce zdravotních sester a pečovatelek mohlo dojít k tomu, že se snížil počet zdravotních sester, ty ale přestaly vykonávat práci pečovatelek (krmení, koupání, doprovody apod.) a vytvořil se jim prostor pro jejich odbornou práci. Díky tomuto snížení jsme naopak mohli navýšit počet pečovatelek, které se dnes mohou skutečně individuálně věnovat našim uživatelům.

Jsou to pečovatelky, které jsou v neustálém kontaktu s uživatelem a tedy první, kdo si všimne změny jeho zdravotního stavu, protože i když slovně nekomunikuje, znají jeho reakce. Na zdravotní problém mají „laický“ pohled jako rodinný příslušník, nemůže tak dojít k přehlížení či dokonce bagatelizování změny zdravotního stavu uživatele, že to patří k jeho věku a onemocnění.

Spolupráce mezi oběma úseky je nyní již nadstandardní, ale samozřejmě si prošla různými úskalími. Dnes jsou pečovatelky na pravidelných setkáváních seznamovány jednotlivými zdravotními sestrami s různými oblastmi péče a projevy onemocnění. Naopak zdravotní sestry si jsou vědomy nenahraditelné zpětné vazby od pečovatelek o zdravotních stavech uživatelů a jejich reakcích na nastavenou léčbu.

### 4. Předávání informací

Nic by však nefungovalo bez důsledného předávání informací a spolupráce všech úseků jako jednoho týmu. K předávání informací dochází následovně:

- ranní předání služby noční zdravotní sestrou vedoucí úseku zdravotní a rehabilitační péče (10min. porada zdravotních a rehabilitačních sester ve službě);

- denní porada koordinátorek služby domov pro seniory a domov se zvláštním režimem s vedoucí úseku přímé obslužné péče (15 minut);
- vzájemné předání informací vedoucími úseků zdravotního a přímé obslužné péče: pondělí (po víkendu), úterý a pátek (po ordinaci lékaře);
- pravidelné pondělní porady týmu: ředitelka, vedoucí zdravotního úseku, nutriční terapeutka, rehabilitační pracovnice, vedoucí úseku přímé obslužné péče, koordinátorky služby domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, vedoucí úseku sociální péče a sociální pracovnice;
- informační tabule na odděleních – zapisování důležitých aktuálních informací (datum, podpis, po 14 dnech se odstraňují).

#### 4.1 Informační systém CYGNUS

Organizace má zakoupeny a tudíž propojeny všechny moduly systému CYGNUS. Prostřednictvím přidělených přístupových práv se každý zaměstnanec dozví o uživateli všechno, co potřebuje z pohledu své náplně práce. Do přehledů denních záznamů péče zapisují jak zdravotní sestry, rehabilitační pracovnice, tak nutriční terapeutka, pečovatelky a aktivizační pracovnice.

Osvědčilo se písemné upozornění pečovatelky v systému na problém uživatele, na které musí zdravotní sestra reagovat, jakým způsobem ho vyřešila. Předejde se tak obviňování, kdo co zapomněl nahlásit či řešit. Samozřejmě to obnáší znalost práce na počítači všech pečovatelek, neboť v našem zařízení se pracuje i se čtečkami, které znamenávají všechny úkony, které byly s uživatelem provedeny.

### 5. Role sociálních pracovníků v přednástupním jednání

Sociální pracovnice plní nezastupitelnou roli před nástupem uživatele do našeho zařízení. V pracovním týmu jsme si vyjasnili, co všechno potřebujeme vědět před nástupem uživatele do našeho zařízení, aby se péče o něho přiblížila co nejvíce jeho dosavadním zvyklostem. Všem nám jde o to, aby nemusel měnit svoje návyky a přechod do našeho zařízení byl pro něho co nejméně stresující.

V ideálním případě se přijde do našeho zařízení před nástupem za doprovodu rodiny podívat, mnohem častěji je však zná alespoň z fotografií a povídání o životě u nás. Seniorům je vyvráceno jejich očekávání, že jdou do zdravotního zařízení s nastaveným režimem, kde je bude moci rodina navštívit jen v návštěvní hodiny a budou to oni, kdo se musí přizpůsobit.

Naopak, formou společného vyplňování formulářů se sociální pracovníci se tato co nejvíce dozvídá o jeho fyzických možnostech a způsobu trávení dne. S budoucím uživatelem vyplňuje Tabulku míry podpory, pomoci a péče, Monitoring denních činností, Monitoring stravování, Obecné informace pro zdravotní sestry a předá budoucím uživatelům Osnovu životního příběhu k sepsání toho, co považuje ze svého života za důležité nám sdělit.

## 6. Nástup uživatele do zařízení

Dojde-li před nástupem uživatele k předání všech výše popsaných informací, **zdravotní sestry** znají základní diagnózu a ví, jakou péči bude uživatel pravděpodobně potřebovat, **nutriční terapeutka** zná dietní omezení a jeho zvyklosti ve stravování, **pečovatelky** znají životní příběh nového uživatele a způsob trávení dne, potřeby jeho podpory nebo péče, **aktivizační pracovnice** znají záliby z minulosti, zda se jedná o člověka aktivního či pasivního, společenského, věřícího apod., a **rehabilitační pracovnice** tuší potřeby rehabilitace.

## 7. Adaptační doba

Tak jako v ostatních zařízeních i u nás je vytvořen systém klíčových pracovníků, kterými jsou pečovatelky. Ty mají za úkol zejména v průběhu adaptační doby srovnat poskytnuté údaje o uživateli s realitou, nastavit potřebnou péči a denní rytmus podle individuálního přání a potřeb. V této fázi musí proto navštěvovat uživatele při každé své službě.

Po skončení adaptační lhůty (po 3 měsících) dochází k vyhodnocení adaptace pracovním týmem, který tvoří: klíčový pracovník a ostatní pečovatelky ve službě, koordinátorka služby domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, zdravotní sestra, rehabilitační pracovnice, aktivizační pracovnice a sociální pracovnice.

## 8. Příklady dobré praxe

Ráda bych se také podělila o ostatní způsoby předávání informací, které se v našem zařízení osvědčily. Jsou to například Deníčky pro vzájemné vzkazy s rodinami, uložené na pokojích uživatelů. Protože ne vždy se setká klíčový pracovník a rodina, zrovna když to potřebují, předávají si vzkazy touto písemnou formou. Sociálním pracovníkům se osvědčila emailová komunikace, 80 % rodinných příslušníků již komunikuje tímto způsobem. Čtyřikrát ročně pořádáme setkání s rodinami, kde hodnotíme uplynulé období, promítáme videa a fotografie z uspořádaných akcí.

Kvalitní péče o naše uživatele by samozřejmě nešla bez dobré spolupráce s lékaři. Vysvětlením problémů našich obyvatel při pro ně stresujících převozech sanitkami k vyšetření, nehledě na nevhodnost finančních prostředků, jsme docílili toho, že v našem zařízení pravidelně ordinuje 2x týdně praktický lékař, 1x měsíčně psychiatr, neurolog, logoped a kožní lékař, 1x za dva měsíce ortoped a 2x ročně diabetolog.

# Závislost ve stáří

Dr. Ivo Šelner, MAS;  
Caritas Vorarlberg

[ivo.selner@caritas.at](mailto:ivo.selner@caritas.at)

## Klíčová slova

Závislost, alkohol, senioři, škodlivé užívání, léčba závislosti

## Abstrakt

Příspěvek nejprve představuje problém závislosti z pohledu historického, nabízí jeho definici a členění. Dále pojednává o tom, jak společnosti, rodině, pracovníkům v zařízení scházejí strategie, jaké řešení lze (nejen) stárnoucímu člověku konzumujícímu alkohol nabídnout. Ne každý konzument alkoholu je již závislý a každý konzument potřebuje v určité fázi jinou – vhodnou – formu pomoci.

*...„závislost někdy začne a nikdy neskončí“... (Reinhard Haller)*

---

## 1. Úvod

Závislost nelze degradovat na záležitost chtění nebo vůle, neboť nemoc je projevem poruchy biologického, psychického a sociálního zdravotního stavu osoby závislé i nejbližšího okolí (definice WHO).

Závislé, resp. návykové chování a konzumace látek se obvykle odehrává aktivně ve společnosti. Konzum bývá zpravidla určitou reakcí na nespokojenost, na negativní jednání okolí, špatný psychický stav a neschopnost se s frustrací vyrovnat. Člověk má problém, často neřešitelnou osobní situaci, a jako únik hledá něco jiného, co mu (alespoň na čas) pomůže. Tragické na věci je, že mu konzum skutečně v počátku pomůže. Během a v důsledku konzumace je mu dobře, cítí se uvolněn, odpočat a vlastně se těší na pokračování. Tento stav někdy všichni prožíváme, stačí pomyslet na ranní šálek kávy. Problematickou se situace stane, pokud neřešené problémy trvají delší dobu, stávají se chronickými, konzum roste, dávky se zvětšují a původní užívání se stává závislostí. Proces, který někdy trvá léta. Proces, který se projevuje ve všech společenských vrstvách a nezávisle na věku.

Zatímco konzumace byla dlouho spojována s užíváním různých substancí, jako alkohol, kokain, tabák, medikamenty, hašiš, marihuana a další, musíme dnes bohužel konstatovat, že rejstřík návykového chování a potenciál závislosti můžeme najít v řadě dalších lidských činností, které jsou na substancích nezávislé. Je to zejména hráčství, závislost na práci, nakupování jako forma závislého chování, v neposlední řadě počítačové hry, užívání internetu ap. Patří sem rovněž poruchy příjmu potravy.

Intenzita návykového chování ve společnosti narůstá a přináší s sebou řadu společenských, finančních i mezilidských problémů.

Závislé chování je těžká psychická a chronická nemoc a nikoli známka slabého charakteru – toto je nutno zpočátku zdůraznit, neboť v minulosti byla závislost považována za charakterový deficit a morální slabost či chybné jednání. Z tohoto hlediska vyžaduje závislost profesionální pomoc při překonání této choroby, jakož i spolupráci konzumenta. Tato pomoc je možná pouze v rámci mezioborové spolupráce: zdravotní i sociální sféry.

## 2. Exkurz do historie

Po léta slyšíme opakující se výpovědi, že drogová politika selhala, stále více lidí konzumuje drogy (to bychom museli být už všichni infikováni drogami) nebo jsou konzumenti stále mladší. I to neplatí stoprocentně. Nechci ale problém bagatelizovat. Proto nebude na škodu na tomto místě udělat malý historický výlet do historie drog a konzumu. Všeobecně můžeme konstatovat, že každá kultura kdysi jednu drogu akceptovala a ty další zakázala. A k problémům došlo vždy, když do země přišly jiné, cizí kultury a přinesly si s sebou svoji (novou) drogu.

Podíváme-li se zpět do historie, tak musíme konstatovat, že všechny substance mají někde svůj kulturní původ: koka rostliny v jižní a střední Americe, opium v Mongolsku a asijských zemích. Tabák se původně pěstoval v jižní a severní Americe.

Alkohol měl velkou kulturní tradici v arabských zemích do doby, než jej Mohamed zakázal. Byl ale znám v Číně, v dávnověku jej znali Sumerové, ve starých egyptských pramenech se hovoří o odměně za práci v podobě chleba a piva, nutno také připomenout boha vína Bacchuse nebo vinohrady v různých koutech Evropy založené Římany. Ve Starém zákoně najdeme zmínky o alkoholických nápojích, stejně jako v Eposu o Gilgamešovi. Význam alkoholu v dějinách podtrhuje v prvé řadě způsob pití alkoholických nápojů během bohoslužebných obřadů – „tzv. raus“ napomáhal k dosažení stavu extáze, meditace, poblouznění ap. Tyto stavy pod vlivem alkoholu (ale i jiných drog) působily jako vstupní brána do světa svatých.

Výroba alkoholu a jeho použití se táhne dějinami jako červená nit. Alkohol byl vyráběn jako potravina, nápoj pro uhašení žízně u privilegovaných vrstev a nápoj působil jako zprostředkovatel společenského života – tato psychosociální funkce byla zpočátku vyhrazena jenom některým. Ale i když alkohol nebyl pravidelně mnoha lidem dostupný, následky nadměrného konzumu i jeho nebezpečí byly v dějinách známy. Již v antice varoval Platon, Cicero nebo Seneca před nadměrným požitkem vína. Již tehdy se vědělo, že existují lidé, kteří neumějí s pitím přestat – a byli morálně odsuzováni. Ze strany státu se objevila čas od času opatření, která měla šíření alkoholu a jeho výrobu brzdit. První zákazy pití alkoholu dokládají prameny z Číny (8. století před Kristem), většího úspěchu však dosáhl islám a buddhismus. Mezi nejznámější státní – mocenské – zásahy patřila prohibice ve třicátých letech v USA. Opatření však nepřinesla očekávané výsledky, určitý dopad je dnes praktikován v podobě uzákonění, kde a co, resp. kdo může kdy alkohol pít (např. v Německu a Rakousku osoby starší 16 let mohou pít pivo, teprve od 18 let silnější alkohol). Ve Švédsku je prodej alkoholu v rukou státu, některé druhy alkoholu jsou nebo byly zakázány – např. absint, řidiči nesmějí alkohol pít vůbec nebo v některých státech s omezením, ap.

Excesivně rozšířený konzum alkoholu v Evropě lze zaznamenat teprve koncem středověku a na počátku novověku – jednak ve formě odměny za práci nebo udělení licence

k výrobě, prodeji ap. Zejména v době průmyslové revoluce se konzum rapidně zvýšil a s ním nastalo i rozšíření alkoholismu tak, jak jej známe dnes. Zejména pivo v různých formách patřilo (ve střední a severní Evropě) k základním potravinám. I ke snídani se podávala pивní polévka, dokonce i dětem. Dnes je alkohol – s výjimkou islámských zemí – téměř všude bez problémů k dostání a přístupný a výroba alkoholu patří mezi významné hospodářské a daňové faktory první kategorie.

### 3. Formy závislého chování

Všeobecně rozeznáváme dvě formy návykového chování: ta první je spojena s konzumem substancí. Mezi tzv. legální patří alkohol, tabák a medikamenty. K ilegálním pak řadíme například marihuanu, kokain, morfium, extázi apod. Závislost bez konzumace určité substance je spojena například s hráčstvím, nakupováním, mediálními formami (internet, telefonování), závislostí na práci a v neposlední řadě poruchami příjmu potravy. Názory a legislativa na jednotlivé formy a užívání látek se liší nejen v jednotlivých zemích, ale i u jedinců – od demonizování až po nekritický souhlas neuznávající nebezpečnost konzumu. Jedno však platí vždy – drogy jsou substance, které působí na nervové buňky a mají účinky jako jed. Ne nadarmo se dříve alkohol a drogy prodávaly v drogérii (stejně jako jed na zvířata atd.).

V souvislosti s vlivem substance na organismus rozlišujeme u drog obvykle tři momenty, na základě kterých se jednotlivé látky substance dělí a podle kterých se posuzují:

- jaký má substance psychický a fyzický účinek,
- jak dlouho trvá, než vyvolá rauš,
- jak rychle se může v důsledku konzumu člověk stát závislým.

Pro všechny formy závislosti platí: stane-li se centrálním bodem celého dne pouze otázka touhy po konzumaci (bažení) – kdy, jak, kde, co – pak se jedná jasně o závislost. Závislost – návykové chování se vyskytuje u lidí, kteří nejsou schopni řídit touhu konzumace určité nebo více substancí (alkohol, cigarety, tzv. ilegální drogy aj.) nebo nejsou schopni kontrolovat touhu po excesivním jednání (tzv. návykové chování nezávislé na substancích: hráčství, poruchy příjmu potravy, internet, nakupování, sex aj.).

Ten, kdo jednou zkusil a naučil se nálady a pocity pomocí (pozdějších) drog řídit a koordinovat, upadne lehce do pokušení toto dělat stále častěji. Časové proluky mezi konzumací se zkracují, a tak se pozitivní efekt mění v hledání stále častějších možností znovu si určitou drogu vzít. Schopnost i ochota reagovat na nepříznivé psychické stavy „přirozenou cestou“, tj. aktivní reakce a hledání řešení se mění na pasivní konzum. Duševní absence se rozšiřuje a připojuje se pocit špatného jednání – psychický stav se zhoršuje a vyrovnává se další konzumací s klamnou nadějí: konzumace se odůvodňuje špatným zdravotním – psychickým a tělesným – stavem, a proto je třeba dále konzumovat. Člověk se dostává do spirály, ze které není úniku.

Jedno mají lidé se závislostmi společně – na základě konzumace ztratili svobodu vlastního jednání. Svoji závislost dlouho zakrývají, své okolí a nejbližší klamou, reagují agresivně, pokud jejich okolí nemoc odhalí (dříve nebo později vždy). Proč se stane člověk závislým na alkoholu, drogách, hráčství, kuřákem atd.? Do dneška se nepodařilo na tuto otázku najít uspokojivou a vědecky podloženou odpověď.

Vždy existuje celá řada na sobě závislých faktorů, které se v tomto dlouhodobém procesu navzájem podněcují a vyvíjejí. Proč se někdo stane závislým (a jiný ne), vyžaduje intenzivní konfrontaci s vývojem člověka a jeho životní cestou. Zatěžující jsou sociální faktory nebo rodinná situace, krizové události, traumata, násilí, stejně jako mohou hrát důležitou roli vzory nebo genetické predispozice. U jiných to může být vliv (tlak) okolí, snaha poznávat něco jiného nebo únik z nějaké situace, ale i nuda, bolest nebo pocit ublížení atd.

## 4. Senioři a závislost

Závislost se nevyhýbá ani starým lidem, zejména osamocení závislost podporuje. Užívání ilegálních drog není u seniorů rozšířené, obdobně jako návykové chování bez substancí. Závislost u seniorů se nejčastěji projevuje v kouření a pití alkoholu v kombinaci s užíváním medikamentů. Ale pozor, samozřejmě ne každý, kdo drogu okusí, se stane okamžitě alkoholikem, kuřákem atd. Závislost spojuje řetězec mnoha faktorů, které tvoří malou skupinu lidí – zhruba 5 % obyvatelstva je závislých, ale skupina je i tak dost velká ve své komplexnosti.

Kouření si senioři s sebou většinou přinášejí z dřívější doby, jedná se tedy často o dlouhodobé kuřáky. Víme, že kuřáci starší 60 let mají dvojnásobně vyšší úmrtnost v porovnání s nekuřáky. Kuřáci žijí často v domnění, že na změnu a abstinenci tabáku je už v jejich věku příliš pozdě. Řada dlouhodobých studií (1987–2011 USA, Austrálie) dokazuje, že pokud kuřáci s dlouhodobou kariérou ve věku 60 let přestanou konzumovat, koeficient úmrtnosti se rychle snižuje až na 1,3. Je to tím, že tělo se hned po poslední cigaretě začíná zotavovat. Hladina kysličníku uhelnatého v krvi klesá, prokrvení organismu se zlepšuje. I když zvýšené nebezpečí onemocnění rakovinou plic zůstává delší dobu, již 24 hodin po poslední cigaretě má bývalý kuřák šanci na snížení nebezpečí infarktu.

Více než čtvrtinu seniorů starších 65 let lze zařadit mezi tzv. riskantní konzumenty alkoholu, protože konzumované množství přesahuje tzv. moderátní množství (údaje z Německa a Rakouska). Vcelku existují dvě skupiny konzumentů – seniorů. Jedni pijí již dlouho, mají dlouholetou kariéru. Další senioři začnou později, hovoříme o tzv. pozdní manifestaci. Senioři nebyli předtím závislí, ale v důsledku jiných podnětů se projevilo problémové užívání: smrt partnera, snaha o překonání bolesti, vrstevníci umírají, ztráta fyzických sil, stejně jako se zmenšuje zájem o dění kolem sebe nebo život „ztrácí smysl“. Nebo je život nějakými pravidly (v zařízení či na tlak rodiny) omezen. V detailu pak můžeme vlivy podporující konzum alkoholu u seniorů rozdělit na sociální a individuální:

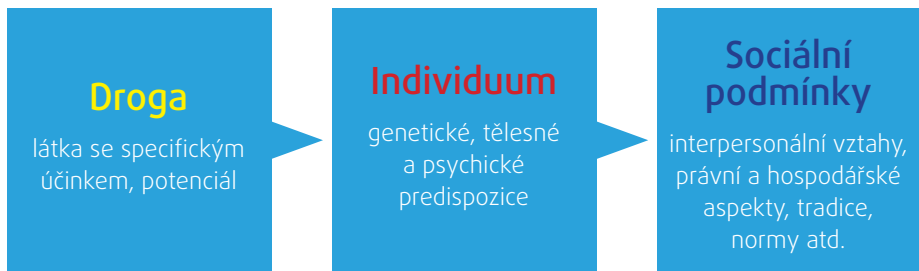
### Sociální vlivy

- děti se osamostatnily, jsou nezávislé
- nevyrovnání se s novou životní situací (penze)
- ztráta partnera, přátel vlastní generace
- rozchod s partnerem, rodinou
- nevyrovnání se se změnou prostředí, ztráta životních perspektiv
- vliv okolí a přátel

### Individuální vlivy

- vrozená impulzivita, agresivita, zvýšená senzibilita
- genetické předpoklady
- traumatické zážitky, osamocení
- pocit bezmocnosti, násilí ze strany okolí
- depresivní stavy
- ztráta zájmu na osobním vývoji, chybějící zájem v privátním a společenském životě
- komorbidita – deprese, bolest, interní problémy, celkově zhoršený zdravotní stav
- nesprávná léčba nějaké nemoci spojené se stářím

Shrneme-li to, v souvislosti s návykovým jednáním se prolínají tři faktory, které se navzájem ovlivňují: substance drogy nebo určitá činnost, predispozice individua a sociální podmínky.



Základní princip veškerého závislého jednání je stejný – u lidí, u zvířat, dětí nebo dospělých – tím je ODMĚNA. A konzumace v součinnosti všech tří faktorů nám určitou odměnu zprostředkovává. Nervové buňky při konzumu stimulují hormon dopamin, který pravděpodobně sehrává klíčovou roli – odměňuje nás a funguje jako centrální motivace pro závislé chování. Ve většině případů se sáhne po láhvi, aby se člověk krátkodobě cítil lépe, zapomenul. V pití se nalézá únik jako strategie k překonání problému. Pití jej odměňuje.

Okolí závislost vesměs neregistruje, jednak je téma rodinou i personálem v zařízení tabuizováno, dále se pak projevy alkoholismu, pokud se objeví, přisuzují stáří, depresi, začínající demenci apod., což někdy irituje i odborníky. Hlavně je to proto, neboť senioři nepijí tzv. excesivně (jako mladší), ale spíše se stahují do samoty a pijí tajně, nenápadně.

Konzum alkoholu je o to kritičtější, neboť u seniorů je spojena rovněž závislost s medikamenty: v domovech konzumuje na 40 % obyvatel uklidňující prostředky, psychofarmaka jsou v zařízení předepisována u 2/3 obyvatel starších 65 let. Což znamená pro seniora nebezpečný koktejl alkoholu a medikamentů, které z velké části bývají předepisovány lékařem.

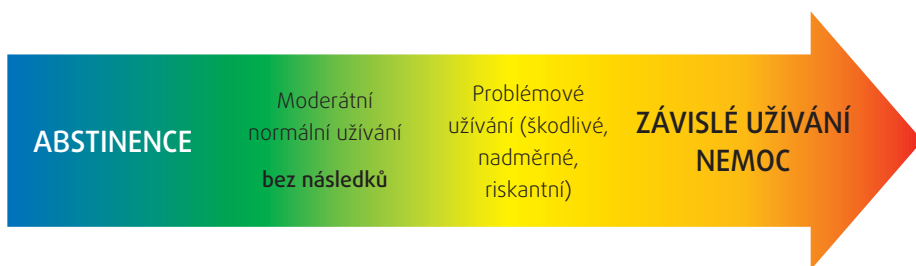
Posoudíme-li důvody vedoucí k závislé konzumaci, pak rychle dojdeme k příčinám, co dotyčnému schází/scházelo. Jedná se ale vždy o souhrn mnoha faktorů, tím nejdůležitějším je samozřejmě člověk jako individuum. Roli hraje výběr a účinek drogy a také postoj a reakce společnosti. Ale pozor, ne každý, kdo alkohol pije, se automaticky stane alkoholikem. Než se člověk stane závislým na alkoholu, existuje řada mezistupňů.



Závislost bývá zpravidla diagnostikována tehdy, jestliže lze zaznamenat během posledních 12 měsíců nejméně tři faktory z šesti uvedených symptomů:

- Existuje dlouhodobě silný, neudržitelný tlak, touha nebo přání konzumace (bažení / craving).
- Existuje snížená schopnost sebeovládání a kontroly konzumace (začátek nebo konec) v souvislosti s konzumovaným množstvím.
- Pokud pacient nekonzumuje, vyskytnou se u něj tělesné detoxikační projevy (např. třes rukou, deprese, neklid, nespavost, epileptický záchvat atd.).
- Hranice tolerance se zvyšuje, tzn. je zapotřebí větší dávky, aby bylo dosaženo stavu uspokojení, kterého bylo dříve dosaženo s nižší dávkou.
- Ostatní zájmy, kontakty, potěšení a činnosti jsou v důsledku konzumace zanedbávány, více času se věnuje konzumaci, obstarání substance atd.
- Pokračování v konzumu alkoholu i přes známé a viditelné negativní tělesné, psychické a sociální důsledky (např. nedostatek peněz, ztráta zaměstnání, přátel aj.).

Alkohol je droga s vysokým potenciálem nebezpečnosti. Konzum je ve většině zemí dovolen a rozšířen, je relativně lehké a neomezeně dostupný, je levný, konzumace je IN ve všech společenských vrstvách a téměř při všech příležitostech. Bylo by ale mylné se domnívat, že člověk, pokud alkohol konzumuje, se hned – brzy stane alkoholikem. Tak jednoduchý a černobílý tento proces není. V kariéře alkoholika existuje několik stupňů a podle osobního projevu můžeme v praxi konzum diagnostikovat. Cesta k závislosti je ale delší. Obvykle mluvíme o několika stupních.



**Moderátní užívání** je neškodný, nerizikový konzum – to je situace, kdy se množství konzumovaného alkoholu denně pohybuje pod hranicí slabého rizika. Tento limit bývá u mužů 20 gramů (u žen pak 16 gramů) alkoholu denně (tj. jedno pivo nebo dvě deci vína), dva dny v týdnu jsou abstinenční.

Za **problémové, rizikové užívání** se považuje konzum alkoholu, pokud dávky překročí 60 g (u žen 40 gramů) denně, působí jako náhražka – mám určitý problém a alkohol mně „pomáhá“ tento problém překlenout. Rizikové užívání se mnohdy mění na tzv. **škodlivé užívání** – člověk konzumuje, když má nějakou příčinu, kterou neřeší. Pokud se

prvotní problém vyřeší, konzum se redukuje. Jestliže škodlivé užívání trvá dlouho (nejméně jeden měsíc nebo se opakuje během několika měsíců), pak se stane chronickým užíváním, tedy závislostí. Dochází k určitému návyku, kdy se vytvoří určitý rituál a pravidelnost. Dávky se zvyšují, aby bylo dosaženo určitého požitku. Nadměrný rizikový konzum vede dále k tělesnému i psychickému poškození organismu.

**Závislost** – trvalá kontinuita, pokud se nekonzumuje, objevují se abstinční příznaky. Pro návykové chování, konzumaci návykové látky platí jedno – čím déle konzumuji, tím více se zvyšuje dávka, abych dosáhl požadovaného původního pocitu. To znamená, že musím zvedat dávky, protože když vynechám, dostávám syndrom odvykání.

U seniorů se setkáváme často se škodlivým užíváním. Tato situace nastává tehdy, pokud senior konzumuje, protože má nějakou příčinu, kterou neřeší (např. bolest, trauma, dluhy). Pokud se tento problém vyřeší, konzum se přirozeně redukuje.

## 5. Terapie závislosti – specifikum u seniorů

Všeobecně platí pravidlo, že bez odborné pomoci lékařů, terapeutů, sociálních pracovníků, poradců v oblasti závislosti či psychologů se podaří jenom velmi malému procentu pacientů se závislostmi odpoutat se od nemoci. Neexistuje ale pouhá věcná terapie – něco se podnikne a problém zmizí (já půjdu na kliniku, nechám se vyléčit, a vše bude o.k.), a pak mohu začít znovu pít. Všeobecně platí, že se vždy jedná o týmovou interdisciplinární (mezioborovou) spolupráci odborníků více profesí. Stejně jako u jiných nemocí i u alkoholismu se jedná o individuální klinický průběh a komplexní léčebné principy.

Vedle profesionální pomoci je však nutné aktivní jednání ze strany pacientů: oni jsou za své jednání sami zodpovědní a přání změnit vlastní jednání a stanovení vlastních cílů je nutným předpokladem pro život bez drog, alkoholu ap.

Skutečnost, že řada alkoholiků trpí psychickými poruchami a dvě třetiny z nich žijí v existenční nouzi, terapii a léčbu ztěžuje. Proto se někdy (ze strany terapeutů) deklarované cíle terapie mijejí účinkem a nejsou vždy prioritní. My všichni potřebujeme v životě cíle. Ale musejí být konkrétní a reálné. Cíle terapie jsou vždy závislé na vzájemné kooperaci: ve správný moment se musí nabídnout správná metoda. Pracujeme vždy s pacientovým ANO.

Pacient musí pochopit, že závislost není žádné chybné chování, nýbrž nemoc – podobně jako diabetes nebo vysoký tlak musí být léčena. Optimální situaci tvoří návaznost na okolí pacienta – partner/partnerka, rodina, eventuálně zaměstnavatel nebo pracovníci domova apod. Při terapeutické intervenci se vychází z motivace pacienta: ne že chce přestat pít (toto je jen malé procento), ale z motivace něco změnit ve svém životě. Změnit zvyklosti chování, což je velmi obtížné, neboť vzdá-li se člověk určité substance, mnohdy ztrácí to jediné v životě, čemu důvěřuje, co jej dělá spokojeným.

V prvé řadě si ale konzument musí uvědomit, že je na něčem závislý. Toto je nutno zdůraznit, neboť v minulosti byla závislost považována za charakterový deficit a morální slabost či chybné jednání, a to vede k tomu, že se člověk automaticky brání si nemoc přiznat. Závislost je nemoc, odpovědnost za další život konzumenta leží v jeho rukou a léčba, poradenství a terapie je obdobná jako u mladších ročníků. U seniorů se setkáváme s odmítáním terapeutických postupů, a to z těchto mnoha důvodů:

- **nedostatek vhodné motivace** a strategie v důsledku nedostačujících informací,
- **příliš velký tlak terapeuta při rozhodování o dalším postupu,**
- **nedostačující komunikace** se specializovanými zařízeními, nedostatek těchto zařízení nebo **slabá dostupnost** (rozšířenost),
- **negativní postoj vůči alkoholikům jako pacientům** (despekt) ze strany lékařského personálu i veřejnosti, politiků, nemocenské pokladny aj.,
- **stigmatizující kladení důrazu na vlastní zavinění** v porovnání s jinými ne vlastní vinou „zaviněnými“ nemocemi (infarkt, onkologická onemocnění aj.),
- **bagatelizování** problému ze strany veřejnosti i odborníků (u lékařů 2,5 vyšší koeficient),
- **60 % pacientů na klinikách později uvádí, že již před zahájením léčby nepovažovali abstinenci za to nejlepší řešení,**
- **chybějící vhodné léčebné koncepty.**

Dalším problémem bývá představa alkoholika o tom, jak bude muset žít v abstinenci. Mnohdy nebývá pro konzumenta jiná nabídka, nebo tito mají málo strategie k zachování abstinence či abstinenci nechtějí, protože abstinence ovlivní negativně jejich subjektivní kvalitu života. Ale abstinence má ještě mezistupně. Abstinence totální, částečná (např. vynechání jedné substance), plánovaná (např. období půstu) apod.

Ale i ti, kteří se pro abstinenci rozhodnou a později ji nezvládnou (mají tzv. relaps), potřebují odbornou pomoc, terapeutickou intervenci, a ne odsuzování. Relaps se může pravidelně opakovat, ale i to k nemoci patří. Dnes víme, že například ve stadiu nadměrného konzumu, jde u konzumenta mnohdy spíše o nabytí psychické rovnováhy, eventuálně redukce konzumu, a teprve pak stojí abstinence v popředí jako hlavní cíl.

Zejména u seniorů hraje motivace „něco v životě změnit a najít nový životní cíl“ velkou roli. Často je pro ně navrhnutá abstinence tím největším problémem. Proto je nutno seniorům nabídnout i jiné metody a možnosti, aby byl konzum alkoholu alespoň redukován, když už je abstinence odmítána. Aby nebyl (kvůli „rezistenci“) kontakt s terapeutem ukončen. Co lze navrhnout: psychoterapii, změnu stravy, intervenci při problematických situacích doma, v domově, s příbuznými aj., léčbu jiných nemocí, zabezpečení proti úrazu. Dále lze zabránit osamocení (alkoholici žijí v ústraní), jinak organizovat strukturu dne, možnost mít s někým kontakty, upravit organizační řády (otázka, nakolik mají základy smysl) aj.

## 6. Rekapitulace

Konzum drog, závislé chování se odehrává ve společnosti na mnoha úrovních lidského dění a zde musíme zdůraznit úskalí závislosti – neexistuje žádný způsob jak problém závislosti stoprocentně vyřešit.

Pokud někdo tvrdí, že celkové řešení existuje, že má tento patent a je schopen problém závislosti plně vyřešit, pak jednoduše nemluví pravdu nebo je mimo realitu, případně neví, o čem mluví. Neexistuje celospolečenské řešení problému drog, závislosti a s ní spojenou konzumací.

Co ale existuje, to je celospolečenská regulace, obdobně jako regulace v silničním provozu. Co také existuje, je individuální řešení.

Kdybychom si tohoto byli vědomi, pak bychom třeba pochopili, že drogová válka odehrávající se v Kolumbii nebo Afgánistánu či jinde ve světě (dnes také v Mexiku) nevede k očekávanému výsledku a nemá v podstatě smysl, protože se neřeší problém jednotlivce v celém řetězci koncepčně. Neexistuje individuální řešení pro jednotlivce v celém řetězci od producenta až po konzumenta.

Člověk všeobecně nechce být závislý na drogách, alkoholu. Chce žít radostně, bez obav, ale je konfrontován s faktem – musím pít. V pozadí každé závislosti stojí v podvědomí přání „chci žít“.

Teprve když se podaří narušit konzum ve smyslu řešitele konfliktů, teprve když se podaří přerušit tento uzavřený kruh, je úspěch dosažitelný. Pacientům trvá někdy dlouho, než se zorientují: teprve když se člověku daří zle, položí si otázku smyslu života, co by mohl změnit. Že by si měl tuto otázku položit dříve, je někdy teoretický sen.

# Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence

**Marie Báňová;**

Domov pro seniory Zastávka, p. o.

[dszastavka.banova@seznam.cz](mailto:dszastavka.banova@seznam.cz)

## **Klíčová slova**

Demence, individuální plán, kvalita života, otázka proč, bazální stimulace, orientace, komunikace, aktivizace

## **Abstrakt**

Příspěvek pojednává o tématech: Základní zásady k vytvoření podmínek pro důstojný život klientů a pro poskytování kvalitní sociální služby, a zvláště význam individuálního plánování průběhu sociální služby. Popis komplikací, které provázejí stav klienta se syndromem demence. Hlavní zásady komunikace. Podmínky pro práci s klientem s demencí na pracovišti autorky – organizace služeb na oddělení, dvoufázové sociální šetření, péče o klienta v adaptačním období, způsoby aktivizace klientů v adaptačním období i po něm, bazální stimulace jako forma komunikace s nekomunikujícím klientem, způsob předávání informací o stavech klientů mezi členy pracovních týmů.

---

## **1. Význam individuálního přístupu pro klienta a jak ho chápat**

Individuální přístup ke klientům je základním předpokladem pro zajištění kvality jejich života, pro vytvoření jejich vztahu důvěry s personálem, zachování důstojnosti a vzájemného respektu.

Individuálním přístupem chráníme důvěru klienta k okolí a jeho pocit, že má kontrolu nad svými věcmi. Objevujeme schopnosti, které mu zůstaly, hledáme významy skryté za chováním klienta, udržujeme a rozvíjíme partnerství. Tyto informace personál získává z pozorování, neustálého hledání a objevování zájmů klienta a to i v případech, kdy komunikace klienta je omezena.

Bezcenný je neprofesionální a povrchní individuální přístup, kdy pracovník plánuje a pracuje s klientem podle svých představ o tom, co je pro klienta dobré, co podle jeho soudu potřebuje, co mu podle něho přináší užitek a uspokojení. Takový přístup staví klienta do role pasivního příjemce péče, nebere ho jako partnera, neuspokojuje jeho základní, ani motivační potřeby. Pracovník Domova musí být průvodcem, který klientovi předkládá k výběru možnosti, nikoliv tím, kdo za něj rozhoduje.

Přístupovat ke klientovi na základě jeho skutečných potřeb a zájmů je pro ošetřující personál náročné. Má před sebou člověka, který často verbálně nekomunikuje, neudrží

oční kontakt, neodporuje. Je plně fyzicky a emocionálně závislý na svém okolí. Pracovník, byť v dobrém úmyslu, může za klienta rozhodovat a řídit ho. Přitom nebere na vědomí, že klient s kognitivní poruchou je dospělým člověkem s dospělými reakcemi, získal dospělé zkušenosti, a přestože ztrácí dovednosti, udržuje si o sobě představu jako o dospělém. A to musíme respektovat.

Ke klientovi přistupujeme s vědomím, že každé naše setkání s ním má vliv na to, jak se bude cítit a chovat, jak nám bude věřit. Jeho důvěru můžeme snadno ztratit. V každodenní praxi mnohdy dochází k příhodám, které tuto důvěru podkopávají, např. říkáme klientovi, že je vše v pořádku, a ono tomu tak není, oslovujeme ho zdrobnělinou, vstupujeme do jeho osobního prostoru bez předešlého souhlasu, odnášíme talíře, hrnky bez jeho souhlasu, přemísťujeme lidi na vozíčku, aniž by věděli proč atp.

Každý z nás by si měl položit otázku: „*Věřil bych sám někomu, kdo mi něco takového udělal nebo řekl?*“ Když nám klient přestane věřit, zůstane sám a zranitelný. Pak se začne bránit oblékání, koupání, přijímání léků. Nedůvěřivý člověk vznáší obvinění, nebo říká, že chce jít domů atd. Vzájemnou důvěru s klientem budujeme i svým přístupem.

*Příklad: Doléváme čaj. Můžeme to udělat beze slov, bez oslovení, bez očního kontaktu. Vzkaz, který našim chováním vysíláme, je: „Nemám na tebe čas, nejsi pro mě důležitý.“ Pokud ale klienta oslovíme, požádáme, aby nám šálek podal, vzkaz může znít „Jsem tu pro vás, jste pro mne důležitý.“*

## 2. Co všechno potřebuje ošetřující personál vzít na vědomí, aby s klientem pracoval individuálně

Aby ošetřující personál pochopil, proč je při všech činnostech nutné dodržovat individuální přístup ke klientovi, musí vědět, kdo je jeho klient.

Člověk, jehož život a chování ovlivňují poruchy kognitivních funkcí, nemá abstraktní myšlení, může mít pocit, že ztratil přehled nad svými věcmi, prožívá nejistotu a je velmi zranitelný. Za jeho změněným chováním musíme vidět syndrom demence, ne schválnost, a klienta přijmout takového jaký je, bez výhrad. Ani v případě, kdy zjevně nereaguje, nemůžeme předpokládat, že nevnímá city, které jsou mu proječovány, a že nevyvolají žádnou odezvu.

Pro pochopení zásadní role individuálního přístupu ke klientům s demencí je nutné, aby personál Domova vnímal následující skutečnosti a problémy, které mají v demenci příčinu.

### 2.1 Co tvoří kvalitu života člověka s demencí

Důsledné dodržování individuálního přístupu při všech činnostech, tj. využívání jeho zachovalých zdrojů, stereotypní opakování prováděných činností, aktivní zapojování do denních aktivit, využívání vrozených dovedností (např. podání ruky), zachovávání jeho důstojnosti, projevování uznání, pochvala jeho úspěchů.

### 2.2 Postižení paměti zejména krátkodobé a pracovní.

Nelze počítat s tím, že klient s narušenou poznávací funkcí si bude pamatovat naše instrukce, připomínky a věci, které se právě staly. Otevřené otázky absolutně nejsou na místě, např. „*Co jste měl k obědu?*“ Mnohem vhodnější je zeptat se: „*Už jste obědval?*“

Čím více budeme vysvětlovat, tím méně si bude klient věřit, protože nechápe, co po něm chceme, a řekne NE! Musíme počítat s tím, že klient výpadek krátkodobé paměti kompenzuje opakovanými dotazy. Vyžaduje to velkou trpělivost od personálu, musíme odpověď opakovat, nebo odvést pozornost jinam.

### 2.3 Problémy v komunikaci

Je třeba minimalizovat závislost na mluveném slovu. Člověk s demencí je stále schopen rozumět především řeči našeho těla, naší náladě, upřímnosti. To, co říkáme, podporujeme vhodnými gesty, např. pokud chceme, aby se posadil, ukažme na židli, na předmět, o kterém hovoříme. Pečující personál musí přijmout odpovědnost za to, že rozumí klientovi a klient rozumí jemu. Cokoliv klient říká, má nějaký význam. Proto nejčastější otázku, kterou si musíme pokládat, je **Proč?** Co mi svým chováním chce klient říct?

*Příklad: Klient je při manipulaci podrážděný, brání se dotekům. Pokud si ošetřující personál nepoloží otázku, proč se takto chová, může nastat situace, kdy klient je označen za agresivního, je mu nasazena medikace na zklidnění, která však neodstraní příčinu, např. bolest. Klient se uzavře, přestane nám nevěřit. Pokud si ošetřující personál otázku „Proč“ položí, tedy proč se klient takto chová, pak začíná hledat příčinu.*

Při komunikaci s klientem je třeba přijmout základní zásady komunikace. Klient je pro nás především rovnocenným partnerem, musíme vědět, jak s klientem komunikovali do této chvíle jiní lidé, zejména rodina, jak se jim komunikace dařila, zjišťovat, zda bude při komunikaci nutné využít nějaké pomůcky, zjistit, zda klient trpí smyslovým postižením, zda má funkční brýle, zda dobře funguje sluchadlo atd. Vždy musíme udržovat oční kontakt, mluvit zřetelně a pomalu, nepoužívat cizí výrazy, mluvit v jednoduchých větách, ptát se jen na jednu věc, dbát na to, aby hovor nebyl rušen (rádiem, televizí) a nebyla neodvážena pozornost. Otázky klást tak, aby klient mohl odpovídat ANO – NE, věnovat pozornost řeči těla. Jednání přerušit, pokud nám klient přestal věnovat pozornost. Základem úspěšné komunikace je aktivní naslouchání.

Abychom u klienta vzbudili zájem komunikovat, přistupujeme k němu vždy otevřeně, přátelsky a laskavě, a to i v případech, kdy nemáme dobrou náladu. Na začátku rozhovoru oslovujeme klienta vždy jménem a ujistíme se, že nám věnuje pozornost. I my věnujeme probíhajícímu rozhovoru pozornost a nenecháme se nikým a ničím vyrušovat. To pomůže klientovi soustředit se. Při každém setkání s klientem se znovu představíme, nespolehneme na to, že nás klient poznává. Je nutné přiblížit cíl návštěvy stručnými větami a přitom hojně používat řeč těla. Jestliže klient reaguje negativně nebo je nervózní, nezačínáme spor a vyhýbáme se domluvám. Je důležité, aby v nás klient neviděl protivníka, ale zdroj pohody a bezpečí.

### 2.4 Problém s orientací

Klient trpící syndromem demence nemusí být orientovaný osobou, místem, časem. Podporu klienta řeší prostorové nápovědy (označení koupelny, jídelny, výtahu). Důležité je používat symboly, které klient pozná. Na stěnách by neměly chybět velké hodiny a kalendáře. Nic neříkající orientací pro klienta je jeho fotografie ze současnosti, protože už nemusí poznat svoji tvář. Jedním z nejužitečnějších prostředků orientace je zavést do denního režimu klienta pravidelnost, činnosti opakovat stejným způsobem. Nevhodné je měnit zařízení pokoje, ve kterém žije, zbytečně stěhovat klienta.

## 2.5 Poruchy pozornosti

Je třeba vzít na vědomí, že člověk s demencí neudrží v pozornosti více věcí. Např. při podávání stravy je na stole váza s květinami, klienta zaujmou květiny, nevěnuje se jídlu. Jiný příklad: servírujeme všechny chody současně – klient pak neví, čemu se má věnovat, a nejí.

Nechtěně i my narušujeme pozornost klienta při podávání stravy např. tím, že pokud klient přestane jíst, neustále ho pobízíme a vysvětlujeme, proč by měl jíst, jak je to zdravé atp., a tím byt' nevědomky odvádíme jeho pozornost od jídla. K přesměrování klienta by přitom stačil pouhý dotyk ramene nebo ruky. Taková pobídka nespotřebuje velké množství pozornosti, přitom však může úspěšně přesměrovat klienta k jídlu.

## 2.6 Poruchy zrakového vnímání

Mají nesmírný dopad na schopnost člověka fungovat a na jeho schopnost rozlišovat předměty a pozadí. Tato porucha může způsobit, že neuvidí příbor na bílém ubruse, může nevidět v bílé koupelně bílou toaletu a místo toalety použít dobře viditelný barevný odpadkový koš. Člověk může mít problémy s rozeznáním známých předmětů, např. si může učesat vlasy kartáčkem na zuby, nebo s rozeznáváním tváří. Jestliže nedokáže identifikovat věci ve svém okolí, má sklon ke klamným představám, k prožívání bludů, např. stíny může považovat za postavy atp.

## 2.7 Klient potřebuje pocit, že má kontrolu nad svým tělem

Klient chce mít pocit důležitosti a užitečnosti. Příkladem může být podávání tekutin u imobilního klienta dvěma způsoby. Pokud klienta nezapojíme do činnosti, může mít pocit, že někdo jiný rozhoduje o tom, kolik vody vypije, jak rychle musí pít, aby oděv zůstal suchý.

Při stejném úkonu však můžeme položit ruku klienta na naši a on si může řídit tok vody, držení sklenice; není jen pasivním příjemcem péče, má pocit kontroly, uspokojení z vlastních schopností. Takovýto postup můžeme uplatnit při jakékoliv aktivitě, např. při hygienické péči – požádat, aby klient držel mýdlo nebo žinku, požádat, aby zvedl ruku, společně se podívat do zrcadla a přitom pochválit účes atp.

# 3. Potřeby personálu pro individuální práci s klientem

Aby ošetřující personál mohl individuálně přistupovat ke klientovi při každé činnosti, potřebuje mít dostatek informací o klientovi, systém kontinuálního vzdělávání, které reaguje na měnící se potřeby klientů i pracovníků a vhodné podmínky pro práci. To všechno je nutné zajistit, protože jenom vzdělaný a empatický pracovník, který má dostatek informací o svém klientovi, zná jeho biografii, životní příběh, je zárukou zpracování takového individuálního plánu průběhu sociální služby, který je nutným předpokladem pro zajištění kvalitního života člověka s demencí. Jen takový pracovník je schopen s klientem vybudovat a udržet vztah založený na důvěře, respektu a zachování důstojnosti.

Informace o klientovi musí být přesné a plynule aktualizované. Musíme poznat způsob života klienta, jeho zájmy, zvyky, profesi, které se v životě věnoval. To vše najdeme v jeho biografii a v jeho životním příběhu.



Pokud klient již není schopen tyto informace poskytnout, zůstává důležitým zdrojem informací rodina. Kolik z nás však může říct, že zná své rodiče dokonale? Biografie vyplněná rodinou nemusí odpovídat současným potřebám a zájmům klienta. Proto je důležité, aby si z pozorování klienta klíčový pracovník průběžně biografii doplňoval.

*Příklad: Zájem rodiny odlišný od zájmu klienta. Přijali jsme klientku s Alzheimerovou demencí, která byla uznávaná módní návrhářka, práce byla jejím koníčkem. Dcera, která se o maminku před umístěním do domova vzorně starala, si přála, abychom její zálibu v malování dál podporovali. Klíčovou pracovníci při komunikaci s klientkou zaujala zmínka, že s maminkou hovořila německy, vracela se k panence, se kterou si ráda hrála. Klíčová pracovníce si zájem klientky ověřila sama – klientka nejvíce reagovala na realistickou panenku, obdivovala modrou barvu jejich očí a s velkou láskou ji pokládala k sobě do postele. Na papír sice něco málo nakreslila, ale stále se vracela a radovala z panenky. Bavil ji i překlad jednoduchých slov do němčiny. Vyplněná biografie a přání rodiny tak neodpovídala současným zájmům klientky. Akceptovat přání dcery by znamenalo, že klientka bude provádět činnosti, o které již ztratila zájem a při kterých by nezažívala pocit úspěchu. Ten zažívala při překladech do němčiny.*

## 4. Podmínky pro práci v našem Domově

### 4.1 Organizace služeb na oddělení

Nerozhoduje vždy jen počet pracovníků. Práci je nutné dobře organizovat. Podle rozpisu služeb jsou pracovníkům rozděleny i pokoje klientů. Rozpis zná každý člen pracovního týmu měsíc dopředu. Za důležité považujeme konání porad týmu oddělení dvakrát denně, a to:

- 7:00 – 7:15 předávání informací z noční služby
- 14:00 – 14:30 aktuální informace, které mají dopad na další průběh sociální služby u jednotlivých klientů.

Jednou týdně se na každém oddělení odpolední porady zúčastní fyzioterapeut a nutriční terapeutka. Nemáme časové harmonogramy, pouze doporučené časy výdeje stravy. Pracovní tempo udává klient.

### 4.2 Neoddělujeme sociální a zdravotní úsek

Všichni členové pracovního týmu musí mít kompletní informace o každém klientovi, znát individuální plán, připomínkovat formu nastavené péče podle jejich měnících se schopností.

Na odděleních přímé péče pracují multidisciplinární týmy složené ze všeobecných sester, pracovníků přímé péče a pracovníků úklidu pod vedením všeobecné sestry ve funkci vedoucí oddělení.

### 4.3 Žádné oddělení není uzavřené

Všichni klienti mají volný pohyb po celém areálu Domova, systém bran umožňuje volný odchod klientů z Domova a současně nedovolí opustit areál klientům se ztrátou orientace. V případě, že takový klient chce areál opustit, zjišťujeme, co měl v úmyslu, a pokud šlo o cílený záměr, např. nákup, umožníme mu ho realizovat v doprovodu pracovníka Domova.

## 4.4 Sběr informací a poznatků o klientovi

Aby měl klíčový pracovník co nejvíce informací o svém klientovi, provádíme před nástupem do Domova dvě sociální šetření. První informace získá klíčový pracovník ze žádosti o přijetí a od účastníků prvního sociálního šetření v domácnosti budoucího klienta (sociální pracovnice).

Sám klíčový pracovník se zúčastní druhého sociálního šetření. Při této návštěvě obdrží od klienta, případně od jeho rodinných příslušníků, vyplněný základní biografický list a jeho životní příběh. Vidí klienta v jeho přirozeném prostředí, kde se cítí bezpečně, je obklopen vším, co je mu známo, má pocit jistoty. Má možnost vidět jeho dosud zachované schopnosti a určit předpokládanou formu podpory. Pokud by viděl svého klienta až při nástupu do Domova, jeho představa o zachovaných schopnostech by byla zcela jiná, míra podpory by mohla být nadhodnocena.

## 4.5 Adaptační období po nástupu klienta do Domova

Během tohoto období se klient adaptuje na nové prostředí. Proto je třeba vše co nejvíce přizpůsobit tomu, na co byl zvyklý. Jde o přizpůsobení pokoje jeho představám – lůžkoviny, obrazy, fotografie, drobné předměty denní potřeby jako hrneček, lžička atd.; o spolupráci je požádána rodina. Současně je třeba zahájit podrobnější plánování průběhu sociální služby. Nikoliv o klientovi, ale vždy s klientem, za jeho aktivní účasti, podle jeho zájmů, přání a potřeb.

Během adaptačního období dodržíme některé zásady, které umožní co nejrychlejší adaptaci v Domově. Klíčový pracovník má dva dny po příchodu klienta do Domova službu u něj, aby si znovu ověřil, co je schopen provést sám, při jaké činnosti potřebuje podporu, jaká je míra rizika. Na základě svých poznatků a informací ze sociálního šetření vypracuje do pěti dnů od nástupu klienta Individuální adaptační plán, který je po dobu adaptačního období závazný pro všechny členy týmu oddělení. Plán je upravován podle poznatků o měnících se schopnostech klienta, které vyplývají z denního mapování personálem. Každá změna v tomto předběžném plánu se projednává na poradě týmu a výsledky projednání se zapisují do deníku Vzkazy pro klíčové pracovníky. Informace o klientovi se projednávají denně na poradě týmu oddělení – referuje pracovník, který měl u klienta službu, jednou týdně na schůzce u vedoucí sekce Přímá obslužná péče – referují vedoucí sestry oddělení, jednou týdně na poradě vedení Domova – referuje vedoucí sekce Přímá obslužná péče.

Informační tabule s režimem dne u lůžka klienta slouží k tomu, aby všichni členové týmu postupovali stejným způsobem, dodržovali určenou formu podpory a aktivní zapojení klienta. Za aktualizaci odpovídá klíčový pracovník klienta.

Uspádněním práce pracovníků je zaznamenávání několika činností do jednoho formuláře: polohování, péče o kůži, mapování tekutin, nutriční péče, sipping, příjem stravy, vyprazdňování. Informační tabule na ošetrovně slouží k rychlé orientaci v oblasti rehabilitace, stravování, upozorňuje na alergie klientů. Za aktuálnost odpovídá vedoucí oddělení.

V adaptačním období zpracuje klíčový pracovník spolu s klientem jeho stravovací zvyklosti, oblíbená, neoblíbená jídla, dopomoc při stolování, problémy s polykáním. To vše zaznamená do formuláře Nutriční anamnéza klienta a předá k doplnění nutriční terapeutce, která zjišťuje nutriční stav klienta. Klientům s potvrzeným nutričním rizikem se zajistí adekvátní nutriční péče, na které se podílí nutriční terapeut, personál oddělení, lékař, příbuzní klienta.

## 4.6 Podávání stravy

Forma stravy se přizpůsobuje potřebám klientů. Cílem je nejen stravu podat, ale umožnit zážitek z jídla, umožnit, aby všichni klienti jedli důstojně a bez obtíží, např. jídlo do ruky, servírování na dvojitém talíři, obsluha postupně podle stolů (podobně jako v restauraci), při servírování je důležité oslovení klienta, udržování očního kontaktu, přání dobré chuti. Rodinám je nabídnuto, že mohou poobědvat se svým příbuzným ve všední dny. Musí to však dva dny dopředu nahlásit vedoucí oddělení Stravování.

## 4.7 Aktivizace klientů

Individuální i skupinová aktivizace se provádí na základě biografie a schopností klienta a z vypořizovaných zájmů a schopností. Individuální aktivizaci provádí všichni pracovníci s klienty na určených pokojích aktivním zapojením klienta do všech denních sebeobslužných činností, což je nejpřirozenější způsob aktivizace. Pracovník, který má službu na pokoji, má k dispozici kufr vzpomínek, tj. soubor nejrůznějších drobných předmětů denní potřeby (hrníček, fotografie, obrázky atd.), ke kterým má klient osobní vztah a které mu budou dávat i odpověď na otázky, jako např. kým byl, jak žil, čeho v životě dosáhl atp. Tyto předměty jsou prostředkem k navazování komunikace klienta s personálem i pomůckou pro procvičování paměti.

## 4.8 Podpora smyslového vnímání

U klientů s pokročilým stadiem demence je nutné vycházet ze zálib, tedy z toho co měl rád (zaměstnání mu nic neříká), např. živé květiny, obrázkové knihy, oblíbené ovoce atp., aby si mohl vybrat, pozorovat, osahat, očichat, ochutnat. Je třeba předkládat předměty z běžného života.

## 4.9 Vycházky

Největším stimulem jsou pravidelné vycházky, slunce, příroda, ale i chladný vzduch.

## 4.10 Skupinová aktivizace

Tvoříme skupiny do pěti klientů, přitom se snažíme vyvarovat smíšených skupin, tj. skupiny klientů s demencí a klientů orientovaných, nebo skupiny klientů s různým stupněm demence. Dodržujeme pravidelnost, připomínáme klientovi, co ho čeká, kdy to bude, aby se měl na co těšit.

Pokud je klient schopen číst, necháme ho předčítat (oblíbené jsou pohádky, neboť v nich vždy dobro zvítězí nad zlem). Inspiraci hledáme v textu knihy, např. pokud v textu pekli chleba, pak lze navázat: „*Vy jste také pekli, jaké to bylo?*“ Tím lze klienta cíleně zavést do vzpomínek. Přitom musíme stále pamatovat na to, že největším problémem klienta je samota.

## 4.11 Koncept Bazální stimulace

Ten nastavuje klíčový pracovník u klientů s pokročilou demencí, sám provádí masáž stimulující dýchání a zklidňující koupel, u neklidných klientů se osvědčila závěsná síť. Pracovníci přímé péče mají základní kurz bazální stimulace.

## 4.12 Spolupráce s rodinou

Rodina spolupracuje s klíčovým pracovníkem, kterého osobně zná, vyplňuje biografii a životní příběh, podílí se na přípravě kufříku vzpomínek. Rodina je klíčovým pracovníkem oslovena s tím, že se může podílet na výzdobě osobního prostoru klienta, případně povléct oblíbené ložní prádlo. K vzájemné výměně informací s klíčovým pracovníkem slouží Deníček vzkazů uložený na smluveném místě. Hodně začínají rodiny připravovat oslavy narozenin svých blízkých v Domově, přizvání bývají i klienti z oddělení.

## 4.13 Paliativní péče

Klienty, kteří jsou v terminálním stádiu, jak to určí lékař, necháváme s vědomím rodiny důstojně dožít v našem zařízení. Když už nejsou k dispozici slova, dáváme pocítit svou přítomnost dotykem, tónem hlasu, držením za ruce nebo jen mlčením, tichou pozorností. Rodině klienta umožňujeme i přespání v nově zřízeném hostinském pokoji.

## 5. Závěr

Sebevětší komfort v bydlení klientovi nenahradí úsměv, slova uznání, dotyk rukou a empatii ošetřujícího personálu. Neodstraní tíživou samotu. Ráda bych na závěr uvedla slova, kterými oslovuje fiktivní klient příchozí v našem Domově.

*„Chovejte se k nám jako k lidem, ne jako k něčemu. Dívejte se nám do očí, nebojte se nás dotknout. Chovejte se k nám uctivě – vždyť jsme jedinečné lidské bytosti. Můžeme si s Vámi vyprávět očima, naslouchat, dotýkat se. To, co cítíme, nedokážeme vyjádřit, nedokážeme Vám to říct.“*

# Autonomie vůle u klientů s demencí

**Mgr. Marie Lukasová;**

Kancelář veřejného ochránce práv

[lukasova@ochrance.cz](mailto:lukasova@ochrance.cz)

## Klíčová slova

Demence, autonomie vůle, důstojnost, režim, management potřeb

## Abstrakt

Jednu z kapitol zpráv veřejného ochránce práv z návštěv zařízení, kde je poskytována péče, pravidelně zaujímá autonomie vůle uživatele služby. Souvisejícím pojmem je režim. Zákon o sociálních službách a standardy kvality garantují autonomii vůle klienta značný prostor, ovšem základní zásady při poskytování sociálních služeb jsou formulovány tak, aby byla zachována lidská důstojnost osob a poskytovatel vycházel z individuálně určených potřeb uživatele. Jaký prostor tedy zůstává pro režim? Jak pracovat s autonomií vůle člověka, jehož intelektové funkce narušuje demence?

---

## 1. Autonomie vůle versus důstojnost člověka?

Jedním z témat, která veřejný ochránce práv v institucích při provádění systematických návštěv sleduje, je autonomie vůle uživatele služby. Souvisejícím pojmem je režim – v praxi někdy přeceňovaný, jindy jako součást práce poskytovatele služby zapíraný. Příspěvek na popisu konkrétních zjištění ochránce nabídne modifikaci primátu konceptu autonomie vůle ve vztahu k osobám trpícím syndromem demence. Rovněž nabídne některá konkrétní doporučení ochránce, a to jako reflexe zjištění učiněných v roce 2013 v navštívených domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem.

„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech,“ garantuje článek 1 Listiny základních práv a svobod. Koncept autonomie vůle se dotýká „silných“ hodnot, které jsou chráněny konkrétními lidskými právy a základními svobodami: patří k nim osobnost, soukromý a rodinný život, osobní svoboda, vlastnictví majetku. Nicméně v souvislosti s poskytováním sociálních služeb lidem s demencí nesmíme člověka vidět vytrženého z celého kontextu jeho bytí, který definují hodnoty, jako je život, důstojnost, bezpečí před špatným zacházením. Ty mohou být v konkrétní situaci určující a převážít. Přičemž ústavní soud opakovaně zdůrazňuje, že základní bází, z níž vychází interpretace všech základních práv, je lidská důstojnost.<sup>18</sup>

Při úvaze o významu konceptu autonomie vůle se pokusím postupovat názorně. Nejprve předestřu, jak se konkrétní zařízení sociálních služeb může jevit na základě prvotního, povrchního rozhovoru s personálem:

---

<sup>18</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 14. 10. 2004, sp. zn. IV. ÚS 412/04 (Sb. n. u., sv. 39, nálež č. 223, str. 353).

- v zařízení vše činí dle přání klienta,
- stupeň zajištění soukromí odpovídá přání klienta,
- postranice jsou nasazovány pouze v případě, že si to klient přeje,
- kdo chce kouřit, má možnost před budovou.

## 2. Autonomie vůle u lidí trpících syndromem demence

Naskýtá se pozitivní obraz vykreslený slovníkem standardů kvality s jeho korektností a někdy bohužel i efektem zamlžení skutečnosti, pokud si neuvědomíme, jak rozdílné jsou jednotlivé cílové skupiny sociálních služeb. Nicméně dodejme, že zde je řeč o zařízení poskytujícím péči lidem trpícím syndromem demence. Jedná se o zdravotní problém, který přináší následující danosti:

- Zjistit vůli a libost a nelibost klientů s demencí je velmi obtížné, personál musí být školen,
- vyšší stupně onemocnění připravují člověka o schopnost o sobě rozhodovat, a to i o běžných věcech, management přebírá pečující tým s náležitou odborností.

U osob s demencí nevystačíme s principem autonomie vůle, a to právě kvůli poruše kognitivních funkcí, myšlení, paměti, orientace v prostoru a čase, ztrátě schopnosti plánovat a organizovat svůj život. Je třeba ho doplnit a „vyvážit“ principem ochrany lidské důstojnosti, čili vhodnými kroky, „managementem“, předcházet tomu, že by docházelo k zásahům do lidské důstojnosti klientů.

Toto poněkud abstraktní sdělení musí mít konkrétní důsledky pro poskytování péče, pokud má být platné a nemá se stát pouze další bezobsažnou frází (jako je tomu bohužel v případě autonomie vůle u člověka, který není schopen vůli utvořit). Formulujeme tedy následující požadavky či premisy:

- Klient je člověk, který má onemocnění diagnostikované některou standardní cestou, a to lékařem.
- Personál diagnózu zná – tedy ví, že se klienta týká a v jak pokročilém stadiu se onemocnění nachází. A ví také, co demence přináší, orientuje se v problému.
- Personál se věnuje mapování potřeb klienta, jeho libosti a nelibosti, rizik v jeho situaci. Tento požadavek už předpokládá značné kvality na straně personálu. Dalším nárokem je, aby tyto činnosti měly svůj odraz v dokumentaci klienta.
- Jednou z podob služby u člověka s pokročilou formou onemocnění je také organizování dne klienta a aktivit, které jsou šetrně nabízeny.
- To je prováděno rozhodnutím pečujícího týmu s odrazem v dokumentaci.

Za vytvoření podmínek pro naplnění základních potřeb a i důstojnosti člověka je odpovědný poskytovatel sociální služby, nikoli klient s narušenými kognitivními schopnostmi. Povinnost poskytovatele odvodíme jednak ze základních zásad, na nichž je vystavěn zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§ 2 odst. 2), jednak z vymezení základních činností pro jednotlivé typy sociálních služeb a konečně i z požadavku zajištění náležitého dohledu (§ 2921 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník).

### 3. Autonomie vůle a konkrétní situace poskytování služby

Se zřetelem na právě uvedené – tedy na specifika potřeb osob s demencí a na základní povinnosti poskytovatele – se naše exemplární zařízení může vyjevit rázem v jiném světle. Korektní hodnocení se mohou rychle změnit v projevy nekvality v poskytované péči.

#### 3.1 Soukromí

Je zásahem do důstojnosti každého člověka v instituci, natož klienta s demencí, nechat **prostředky ochrany jeho soukromí odstranit, a to i na jeho žádost**. Ochránce se při provádění systematických návštěv zařízení pro seniory setkal i s takovými „fauly“, jako je tvrzení personálu: „*nevadí jim používat toaletní křeslo před ostatními, i návštěvami*“, „*jsou tak zvyklí a už jim to nevadí, odmítají zástěny*“. Ne, správně je používat například zástěny automaticky.

Z doporučení ochránce: „*Považuji za nezbytné, aby bylo vždy chráněno soukromí a důstojnost všech uživatelů a aby nikdo nebyl vystaven ve výše uvedených situacích pohledu jiných uživatelů. Stejně tak by nikdo z uživatelů neměl, byť nechtěně, pohlížet na druhé během provádění hygienických úkonů či přebalování.*“

#### 3.2 Aktivizace

V zařízení se děje vše dle přání klienta? Umí ovšem personál zjistit vůli klientů? Jejich libost/nelibost, bolest a nepohodlí? To, že nikoli, vyjde snadno při konkrétních dotazech pracovníkům v přímé péči najevo.

Ve výsledku se pak stává, že **klient zůstává celý den ve svém pokoji**, protože si neřekne, zda chce do jídelny, na vycházku či jen změnit prostředí. Zjevný „faul“ je, když v zařízení nejsou společenské místnosti pro trávení času mimo ložnici, když není místo ani pro malé jídelny. Další elementární bariérou realizace snad existujícího přání klienta je fakt, že personál není nablízku, aby poskytl například doprovod k přesunu. Oč tedy usilovat v souvislosti s aktivizací klientů s demencí, aby přístup zařízení byl správný?

- Personál umí komunikovat, umí pozorovat libost a nelibost, umí nabízet,
- je vytvořeno chráněné prostředí, kde mohou lidé s demencí trávit den za přítomnosti personálu,
- je vytvořena možnost stolovat ve společnosti druhých,
- jsou vytvořeny podmínky pro poskytování doprovodů,
- jsou připraveny programované aktivity, kdy klienti tráví čas i mimo svůj pokoj.

Jako další příklad toho, co ochránce v této souvislosti rovněž hodnotil jako pochybení, lze uvést to, když klient zůstává **celý den v lůžku**, protože si neřekne, zda chce vysadit

do křesla. V praxi to znamená, že v dokumentaci péče není možné nalézt důvody, proč **není klient vysazován k podávání stravy**. Ochránce doporučuje, aby o nevysazování do křesla, o podávání stravy v lůžku apod. proběhla odborná debata s lékařem/fyzioterapeutem; personál musí znát její výsledek a postupovat jednotně.

Do této souvislosti patří rovněž mimořádně závažná situace, kdy klient **dostane pleny, protože sám nechodí na toaletu**. Signálem takové praxe jsou sdělení personálu „vysazujeme, když si řeknou“. Správným postupem je stanovení mikčního režimu člověka s demencí. Ošetřovatelky (pracovníci v sociálních službách) by měly mít jasné zadání, koho z klientů jak často vysazovat na (přenosné) WC, komu pomáhat dojít na toaletu a jak často, přičemž komunikační bariéra na straně klienta (klient si neřekne, že potřebuje doprovodit na WC) by neměla být důvodem pro ukončení dopomáhání na toaletu.

Konečně další případ, a to **brzké ukládání ke spánku** (17.30 h), protože klienti neprotestují. „Faulem“ v této souvislosti je, když se snídaně podává v 8 hodin. Pro klienty bez druhé večeře to znamená 11 hodin i více bez jídla, kdy se navíc očekává, že celý čas stráví pokojně na lůžku bez dalších požadavků. Správnou praxí je respekt k přirozenému dennímu rytmu člověka a konkrétního klienta zvláště.

### 3.3 Postranice

Dále podrobme revizi tvrzení, že klientům jsou nasazovány postranice v případě, že si to přejí. Člověk s narušeným intelektem má rozhodovat o opatření prevence pádu, tedy souvisejícího s jeho bezpečností? Pokud je problém formulován takto, již absurdnost priority vůle klienta v této situaci snáze vystupuje. Častým souvisejícím zjištěním ochránce bylo, že personál nevěděl, kdo z klientů má mít kdy nasazené postranice, a tak každý pracovník konal intuitivně. To je možné u zdravotníků s kompetencí k hodnocení rizika pádu; jinak dochází k tomu, že každý pracovník postupuje jinak a základní problém není sledován. Při stávající personální situaci většiny navštívených zařízení ochránce požaduje, aby otázka prevence pádu byla výsledkem rozhodnutí pečujícího týmu zahrnujícího i zdravotní sestru, přičemž každý pečující pracovník musí znát jeho výsledek.

### 3.4 Management potřeb klienta

Budu-li citovat ze Strategie P-PA-IA: „*Lidé s demencí ve vyšších fázích profitují spíše z šetrné individualizované aktivizace a asistence při sebeobslužných aktivitách, kterých jsou schopni. Dochází k výraznému omezení verbální komunikace, což klade nároky na schopnost personálu komunikovat s člověkem s demencí nonverbálně.*“ Pro praxi to znamená, že personál má zjišťovat, z jakých svých dovedností a rituálů klient profituje, a takové aktivity mu šetrně nabízet. S postupem ztráty mentálních funkcí přirozeně dochází k tomu, že pečující přebírá organizaci dne nemocného, pracuje při tom s rituály, režimem, programováním denních aktivit. Nahrazuje tím jinak u zdravého člověka stále přítomný a vlastními silami zajišťovaný management dne a potřeb. Je klíčové, aby s tímto přístupem byl pečující personál seznámen, v opačném případě totiž hrozí zanedbání kvalitní péče o člověka s demencí.

Za falešný argument je v této souvislosti třeba považovat srovnání zařízení a neformálního prostředí: „*Jak si klient v takovém režimu může připadat, jako v běžném životě?*“ Člověk s demencí se stal proto uživatelem služby, že už není schopen žít běžným životem. Podobně nemístné je srovnávání života v sociální službě se životem doma, pokud je jeho jádrem zjednodušení spočívající v ignorování příčin a povahy nepříznivé sociální situace člověka. Podotýkám, že koncept „sociální služba = jako doma“ je platný,



pokud srovnáváme sociální služby a nemocnici, a dále svůj, dnes již historický význam, měl v době, kdy sociální služby ještě neprošly prvotní humanizací.

Bohužel, v poslední době se s tímto „zmatením jazyků“ setkávám nejčastěji při konfrontacích s mluvčími, kteří tak ideově zdůvodňují přístup „*paní už nechce vstát z postele, tak ji v ní nechám*“, „*paní nemá hlad*“ (pozn. u večeře, která je v 17 hodin, když svačinu dostala v 16 hodin), *proto večeři odnáším*“, „*dbáme na přání klienta – když chce paní cukrovkářka 10 řízků, dostane je*“.

Tam, kde se jedná o otázky základních lidských potřeb, nastupuje u lidí s narušenou kognitivní a volní složkou myšlení odpovědnost poskytovatele služby, jinak by hrozilo zanedbání péče. Opět se v této souvislosti vrací zákonné východisko, že za vytvoření podmínek pro naplnění základních potřeb a i důstojnosti člověka je odpovědný poskytovatel sociální služby, nikoli klient s narušenými kognitivními schopnostmi.

### 3.5 Kouření

Cituji z jedné ze zpráv veřejného ochránce práv po provedení návštěvy domova pro seniory: „*V zařízení nebyly zřízeny kuřárny, pokud by si klient chtěl zakouřit, musel jít před budovu zařízení. Dle slov pracovníků v přímé péči nebylo dovoleno kouřit ani na balkóně. Veškeré zdroje ohně (zápalky, cigarety) musely být kvůli požární ochraně uschované u pečovatele. Pracovnice sociálních služeb uvedla, že obecně nechtějí, aby klienti požívali alkohol nebo kouřili, navíc pokud se dostupnost cigaret sníží, klienti je po čase přestávají vyžadovat. Upozorňuji, že skutečnost, že klient potřebuje sociální službu, zároveň neznamená, že zařízení, které službu poskytuje, bude rozhodovat o dalších prioritách a způsobu života klienta. Není posláním ani právem sociální služby tohoto typu klienty – dospělé lidi ve vysokém věku – převychovávat ke vhodnějším návykům.*“

Doporučení ochránce znělo: zřídit v zařízení kuřácký prostor a ponechávat cigarety klientům, pakliže není sjednaným cílem služby management potřeb klienta i v tomto ohledu (pak cigarety poskytovat podle individuálně zjištěných potřeb klienta).

### 3.6 Režim

Pokud jde o režim, nabízím opět úryvek ze zprávy ochránce: „*Dle vnitřních dokumentů zařízení se denní režim odvíjí od doby doporučeného výdeje stravy. Jedna z klientek uvedla, že na noc potřebuje inkontinenční pomůcku, a proto musí být nejpozději kolem 19 h na pokoji, aby ji sestra mohla dát na noc plenu. Zpět do společenské místnosti se již nedostane a na svém pokoji televizor nemá, což jí nevyhovuje. V denním režimu klientů se neodráží individuální přístup. Režim je přizpůsoben tomu, aby personál vše stihl, potřeby klientů, jako je klid, pohoda a například sledování večerního programu v televizi, jsou až na druhém místě. Večeře je podávána z provozních důvodů poměrně brzy, již v 16:30 h, snídaně je podávána kolem 8 h ránní. Je zde velký časový rozestup mezi podávanou stravou. Pouze diabetičtí klienti dostanou druhou večeři, ostatní však již musí čerpat z vlastních zásob. Klient si nemůže k porci večeře dodatečně přidat ani nemá možnost v případě pocitu hladu požádat personál alespoň o pečivo. Několik klientů k dotazu pracovníků Kanceláře uvedlo, že mají večer hlad a dojírají se např. sušenkami nebo sladkostmi. V zařízení není respektován přirozený denní rytmus, a je tak upřednostněn provozní řád před individualizovanou péčí o klienty. Z rozhovoru s personálem zařízení bylo dále zjištěno, že klienti jsou buzeni před 5 h ránní, aby jim personál mohl vyměnit pleny. Buzení klientů z důvodu výměny pleny představuje zásah do spánku, což je pro klienty velmi zatěžující. Je porušován přirozený rytmus dne*

*klientů a takový zásah může následně vyvolat neklid nebo agresivní chování. Samozřejmě je nutné zohlednit konkrétní situaci a potřeby klienta, pokud je skutečně výměna pleny nutná (střevní potíže nebo infekce apod.). Nelze však k této otázce přistupovat ryze plošně a dle rozvrhu práce vzbudit všechny klienty a vyměnit pleny. Pravidelné probouzení v noci, případně několikrát za noc, lze považovat za bránění ve spánku, což samo o sobě stačí ke konstatování špatného zacházení. Vzbuzení před 5. hodinou ráno je možné u klienta, který takto časně vstával celý život. Půjde však o individuální případy osob, které mají mít takovou informaci zaznamenanou v individuálním plánu a přeje si, aby byli z důvodu výměny pleny buzeni i v průběhu spánku.“*

Doporučení ochránce znělo respektovat přirozený denní režim a zohlednit v něm individuální potřeby a přání klienta. Zejména ukládat klienty ke spánku až v době, kdy obvykle usínají, klienty v průběhu noci plošně nebudit, inkontinenční pomůcky měnit až poté, co se probudí sami, v průběhu noci jen v případech odůvodněné potřeby nebo žádosti klienta.

## 4. Závěr

Pokud by měly být pojmenovány základní problémy v pobytových zařízeních pro seniory s demencí, co se týká autonomie vůle a důstojnosti klientů, z výše uvedeného vyplývá:

- nedostatečné povědomí personálu a vedení zařízení,
- chybějící management potřeb klienta,
- neznalost zásady, že v jisté fázi demence již musí rozhodovat za uživatele odborný tým,
- zásahy do sféry uživatele pouze intuitivní, chaotické – bez náležité dokumentace.

Východisko lze hledat pouze v posílení odbornosti, v její teoretické i praktické složce. Jestliže v naprosté většině navštívených zařízení pro seniory nebyla snadno dostupná odpověď na otázku „*kdo z vašich klientů trpí demencí?*“, není možné posunout se k rozlišování, v jakém stadiu se onemocnění u toho kterého klienta nachází. Třetím krokem bude příprava personálu na požadavky, které zdravotní stav klientů na jejich práci klade. Naopak, nelze se spolehnout na to, „*co se u nás dělalo odjakživa*“.

Tam, kde se jedná o otázky základních lidských potřeb, nastupuje u lidí s narušenou kognitivní a volní složkou myšlení odpovědnost poskytovatele služby, jinak by hrozilo zanedbání péče. U osob s demencí nevystačíme s principem autonomie vůle, a to právě kvůli poruše kognitivních funkcí, myšlení, paměti, orientace v prostoru a čase, ztrátě schopnosti plánovat a organizovat svůj život. Je třeba ho doplnit a vyvážit principem ochrany lidské důstojnosti, čili vhodnými kroky, „managementem“, předcházet tomu, že by docházelo k zásahům do lidské důstojnosti klientů.

## Seznam literatury

[1] HOLMEROVÁ, I. – BALÁČKOVÁ, N. – BAUMANOVÁ, M. – HÁJKOVÁ, L. – HRADCOVÁ, D. – HÝBLOVÁ, P. et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Geriatric a gerontologie*, 2013, roč. 2, č. 3, s. 158-164. ISSN 1805-4684.

[2] Veřejný ochránce práv. Zprávy z návštěv zařízení, Brno 2013.

# Otázka deinstitutionalizace pobytových služeb pro seniory a právo na život v komunitě

JUDr. Maroš Matiaško, LL.M.;

Advokát, Mental Disability Advocacy Center

[matiasko.maros@gmail.com](mailto:matiasko.maros@gmail.com)

## Klíčová slova

Instituce, právo na život v komunitě, zdravotní postižení, deinstitutionalizace

## Abstrakt

V současné době jsou sociální služby v České republice poskytovány sice na smluvním základě, nicméně pokud neexistuje dostatečný výběr poskytovatelů poskytujících služby v komunitě, tak institucionalizace mnohdy nemá alternativu, a chybí tak možnost volby. Příspěvek pro analýzu právního postavení seniorů pojednává o vymezení a definici pojmu zdravotní postižení v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením. Dále rozebírá obsah práv obsažených v článku 4 a 19 úmluvy, ve smyslu čtveřice konkrétních závazků státu, a to právo respektovat, chránit, plnit a podporovat.

---

## 1. Úvod

Problém institucionalizace lidí se zdravotním postižením nebyl dlouhou dobu otázkou lidských práv. Důraz na práva lidí se zdravotním postižením se začal prosazovat až v devadesátých letech minulého století a vyústil do přijetí průlomové Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením v roce 2006 (dále i „CRPD“). Problematikou institucionalizace se zabývá článek 19 CRPD.

Tento příspěvek je o institucích, proto je klíčové definovat pojem instituce. Pro tento účel vyjdu jak z vymezení, které představily nevládní organizace zastupující osoby se zdravotním postižením, tak z definice, která se objevila v soudním rozhodnutí ve věci *DAI v. Paterson*. Podle neziskových organizací jsou instituce taková zařízení, kde:

- člověk si nemůže zvolit, kde bude žít, s kým, co a kdy bude jíst nebo kdy a jak přijít nebo odejít,
- člověk ztrácí individualitu a stává se součástí systému, nad kterým nemá kontrolu,
- neopouští instituci, aby navštívil lékaře, holiče, školu nebo aby šel do práce, protože všechno se děje v instituci,
- zřídka vidí svoji rodinu, protože vše se děje uvnitř instituce a za uzavřenými dveřmi, člověk je více zranitelný vůči sexuálnímu, fyzickému a/nebo emocionálnímu zneužívání.

Velmi podobné vymezení použil americký soud v New Yorku ve věci DAI v. Paterson<sup>19</sup>. Soud vymezil pojem „ústav“ na základě určitých znaků, konkrétně:

- většina denního života obyvatelů probíhá uvnitř ústavů,
- návštěvy okolních zařízení, jako jsou parky, obchody, restaurace, knihovny, náboženské stánky nebo kulturní zařízení, jsou sporadické,
- styk s lidmi bez postižení je velmi omezen,
- veřejné programy duševního zdraví a případový management přispívají k jejich integraci velmi málo,
- pobyt odrazuje obyvatele od zapojení do běžných denních aktivit a podporuje „naucenou bezmocnost“.<sup>20</sup>

Mluvíme-li o tomto vymezení institucí, domnívám se, že lze řadu pobytových služeb pro seniory podřadit pod tuto definici.

## 2. K (ne)definici zdravotního postižení

Právo na život v komunitě upravuje čl. 19 CRPD. Pro vyřešení otázky, jestli se toto právo může vztahovat i na seniory, a tedy se dotýkat i pobytových služeb pro seniory, je nutné nejdříve vyřešit problém definice zdravotního postižení podle čl. 1 CRPD. Problém (ne)definice zdravotního postižení v CRPD nebyl ještě řešen Výborem OSN pro práva osob se zdravotním postižením, respektive Výbor, který jediný má mandát interpretovat úmluvu, se zatím s vymezením zdravotního postižení nevypořádal, pouze doporučil státům přijmout definici, která by byla v souladu s CRPD. Nicméně z odborné literatury [1,2]<sup>21</sup> lze dojít k určitým závěrům, jak by měl být čl. 1 CRPD interpretován. Základní otázka zní: Je v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením definice zdravotního postižení?

V rámci přípravných prací na CRPD byla otázka zahrnutí definice zdravotního postižení do CRPD dlouho nevyřešena. Předsedající přípravného výboru například v říjnu 2005 ve svém dopise členům vyjádřil preferenci, aby CRPD definici neobsahovala. Důvodem byla komplexnost této otázky a hrozba možnosti, že některé skupiny budou z ochrany neúmyslně vyloučeny. Definici neobsahuje ani rámcová směrnice 2002/73/EC z 28. září 2002.<sup>22</sup> Naproti tomu definici podporovaly skupiny osob se zdravotním postižením, které vytvořily koalici pro jednání o CPRD, tzv. International Disability Caucus (dále jenom „IDC“). Bez definice totiž hrozí, že státy budou interpretovat CRPD restriktivně a v podstatě ji učiní bezvýznamnou. Nakonec převážil názor, že určité vymezení by CRPD měla mít, nicméně záhy se to ukázalo jako velmi náročný problém.

Ve finálním znění se vymezení objevuje v čl. 1 CRPD, tedy v ustanovení, které upravuje účel CRPD. Vymezení zdravotního postižení nenajdeme v čl. 2 CRPD, které obsahuje definice. To je velmi důležité, protože to svědčí o záměru zdravotní postižení sice vymezit, ale ne definovat. Je lepší proto spíše mluvit o tom, že CRPD žádnou **definici** nenabízí. Co se týče samotného **vymezení** zdravotního postižení, tak první věc je, že nejde o taxativní výčet typů zdravotního postižení. Vymezení není uzavřené, což mimo jiné dokládá i písm. e) Preambule,

19 Tuto definici nabídly neziskové organizace zastupující osoby se zdravotním postižením v rámci jednání o budoucí podobě Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, srov. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/art15.htm>.

20 Disability Advocates, Inc. v. Paterson (“DAI I”), 598 F. Supp. 2d 289 (E.D.N.Y. 2009)

21 Ibid., odst. 27-46.

22 V textu nebudu dále tyto zdroje citovat.

podle kterého „zdravotní postižení je pojem, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními.“ Propojení s písm. e) Preambule se dovozuje i ze slovního spojení „various barriers“, český překlad „různé překážky“. Proto je vhodné vymezení číst společně s písm. e) Preambule.

## 2.1 Problém vymezení a problém českého překladu

Druhá věc je už samotné znění vymezení. V českém překladu: „Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“ V anglickém překladu: „Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.“

Toto vymezení je možné kritizovat z těchto důvodů. Za prvé, anglický originál obsahuje slovo „mental“ (v českém překladu by správně mělo být „psychosociální“). IDC například navrhuje, aby místo slova „mental“ obsahovalo vymezení slova „intellectual, psychosocial, neurological, neuro-diverse“, protože toto je jazyk, který používají osoby se zdravotním postižením a jejich organizace a rozumějí mu. Český překlad slova „mental“ jako „duševní“ je celkem přesný. I když vhodnější by bylo slovo „psychosociální“, to je však termín, který se běžně v odborné právní ani laické řeči nepoužívá v daném kontextu. Podobně v pořádku je výraz „mentální“, jakožto anglický překlad slova „intellectual“.

Dalším problémem je slovo „impairment“, protože by toto vymezení mělo spíše používat pojem „condition“ (lze přeložit jako „stav“). Jde o více inkluzivní a méně stigmatizující pojem. Český překlad je v tomto směru velmi nepřesný, protože pojem „impairment“ se překládá jako „porucha“, a ne postižení (postižení v angličtině je pouze „disability“, do češtiny se rovněž překládá jako „disabilita“), a je definován v Mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů (International Classification of Impairment, Disability and Handicap – ICDH) z roku 1980.[3]

Třetím problémem je pojem „long-term“, v českém překladu správně „dlouhodobé“. To implikuje, že se musí jednat o stav, který je spíše trvalejšího charakteru a z ochrany jsou tak vyloučeny osoby, jejichž zdravotní postižení (stav) je dočasné. Podmínka dlouhodobosti by neměla být interpretována restriktivně, i když nám zatím chybí autorita, která by toto vyložila.<sup>23</sup>

## 2.2 Kdo tedy spadá pod vymezení zdravotního postižení?

Otázku, na koho se vlastně vymezení vztahuje, nelze jednoznačně zodpovědět, a to už z důvodu tzv. „evolving concept of disability“ (viz písm. e) Preambule). Nicméně odpověď lze nalézt, pokud interpretujeme ve vzájemné souvislosti písm. e) Preambule s článkem 1 CRPD, které obsahuje demonstrativní vymezení. Musíme přitom vzít do úvahy, že CRPD je vybudována na tzv. sociálním modelu zdravotního postižení, které zdůrazňuje roli interakce mezi jedincem se zdravotním postižením a jeho okolím. Tato interakce je vtělena do samotného pojmu „postižení“ neboli „disabilita“, které znamená „snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká,

<sup>23</sup> K tomu viz rozhodnutí ESD ve věci *Chacón Navas v Euresť Colectividades SA*, č. C-13/05, Coleman v. Attridge Law, č. C-303/06.

*když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí*. [4] Proto i vymezení v čl. 1 CRPD lze chápat pouze jako demonstrativní výčet typů zdravotního postižení (český překlad velmi nesprávně používá v tomto ustanovení pojem „postižení“), který by měl být interpretován extenzivně, tak aby ochrana byla zajištěna i těm osobám, které v důsledku své zdravotní kondice čelí bariérám společnosti. Toto vymezení tak následně může dopadat i na jiné velmi zranitelné skupiny, které mohou být na první pohled z ochrany CRPD vyňaty, typicky například seniory.

### 3. Právo na nezávislý způsob života v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením

Zásadním dokumentem, který upravuje právo na nezávislý způsob života a právo na život v komunitě, je Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. Jde o jednu z nejrychleji připravených úmluv; přípravné práce na půdě OSN trvaly pět let, od roku 2001 do prosince 2006. V březnu 2007 byla úmluva otevřena k podpisům a účinnosti nabyla 3. května 2008. Česká republika CRPD ratifikovala v roce 2009.

Celá úmluva je vystavěna na principu nezávislosti, který je základním stavebním kamenem všech práv osob se zdravotním postižením. Podle preambule, písm. n) CRPD státy *„uznávají význam, jaký má pro osoby se zdravotním postižením osobní nezávislost a samostatnost, včetně svobody volby“*. Nezávislost je rovněž upravena jako první [sic!] obecná zásada CRPD. Podle článku 3 písm. a) CRPD úmluva je založena na zásadě *„respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob“*. Dále je nezávislost výslovně akcentována v důležitém článku 9 (přístupnost) a v dalších ustanoveních.

Nezávislý způsob života ve smyslu deinstitutionalizace ústavní péče a samotné právo na život v komunitě garantuje článek 19 CRPD. První návrh tohoto ustanovení, které je nadepsáno jako *„nezávislý způsob života“*, byl předložen delegacím k diskusi v lednu 2004. Někteří komentátoři upozorňují na to, že tato první verze zdůrazňovala aspekt volby. [5] Pokud se podíváme na diskusi o návrhu na půdě OSN, tak je zřejmé, že právě svobodná volba místa, kde žít, v diskusi skutečně rezonovala, a to včetně možnosti volby života v instituci. Německá delegace ale zdůraznila, že právo na život v komunitě v sobě zahrnuje dvě složky – svobodu volby a právo na přiměřený životní standard tak, jak je toto právo formulováno v článku 11 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Z toho vyplývá, že osoby s postižením nemusí mít nutně možnost volby, i když nejsou v instituci umístěny z rozhodnutí orgánů státní moci. Otázka nucené institucionalizace je samostatným problémem. Německá delegace proto navrhla přeformulovat první odstavec tak, aby *„osoby s postižením měly na rovném základě s ostatními svobodu volby prostředí. Tato svoboda zahrnuje právo nežít v ústavním zařízení“*. Rovněž by mělo dojít k formulaci druhého odstavce s ohledem na článek 11 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, aby bylo zřejmé, že státy uznávají právo lidí s postižením na přiměřenou životní úroveň, která jim *„umožní vést nezávislý život“*.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> K diskusi a návrhům německé delegace srov: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/wgsumat15.htm>.

Na pátém zasedání se pracovní skupina k právu na nezávislý způsob života už nedostala a vrátila se k jeho textu a návrhům zejména ze strany Evropské unie<sup>25</sup> a zástupců neziskového sektoru<sup>26</sup> na svém šestém zasedání v srpnu 2005. Z diskusí na šestém zasedání vzešel podnět ke zdůraznění aspektu svobody pohybu k svobodě volby<sup>27</sup>, další text byl formulován na sedmém zasedání začátkem roku 2006, kde se odrazily zejména komentáře neziskových organizací.<sup>28</sup> Leibowitz k tomu uvádí, že předešlé formulace měly společnou jednu věc, nedostatek „práva“, které by tvořilo jádro tohoto ustanovení. Proto jednoznačné právo všech osob na život v komunitě bylo doplněno na základě cílené snahy občanské společnosti a některých států. Podle jejich argumentace by toto ustanovení, jako každé jiné v úmluvě, mělo upravovat „právo“. Přičemž v tomto článku by to mělo být právo, které je sice spojeno v zásadě s právem na svobodu pohybu nebo volby, nicméně nejde o totožné právo, ale spíše jde o nezadatelné právo žít v komunitě, a to bez ohledu na dokazování něčeho „schopnosti“, „způsobilosti“ nebo „oprávnění“. [6] To byl zásadní postoj, který ovlivnil i finální text článku 19 CRPD, který mluví o „právu“ a zároveň o rovnosti všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společenství.

Z hlediska ústavní péče je toto ustanovení interpretováno tak, že zakazuje nucenou institucionalizaci: „Osoby ... měly možnost si zvolit ... místo pobytu ... a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí“ (článek 19 písm. a) CRPD). Kromě nuceného pobytu nicméně rovněž zakazuje život v ústavech jako takový, a to bez ohledu na formální donucení. Ústavy jsou totiž ze své povahy odlišné od komunity, a proto přispívají k izolaci a segregaci. To podle Leibowitz odporuje závazku vytvořit „přístup ke službám ... nezbytným pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňujícím izolaci nebo segregaci“ (článek 19 písm. b) CRPD). S touto interpretací lze souhlasit, protože ústavy rozhodně vytváří specifické prostředí, jejich definičním prvkem je kontrola, moc nad životem obyvatel nebo klientů. Taky ze své povahy jde o více či méně uzavřené systémy, které mají tendenci totalizovat život uvnitř, izolovat vnitřní dění od vnějšku.<sup>29</sup>

## 4. Jaké povinnosti lze z článku 19 CRPD dovodit?

Právo na život v komunitě je podmnožinou práva na nezávislý způsob života, stojící v protikladu k institucionalizaci a ústavní péči. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením byla přijata nedávno, v roce 2006 a není úplně zřejmé, jak interpretovat závazky smluvních států vyplývající z práva na život v komunitě podle článku 19 CRPD. Nicméně s ohledem na článek 4 CRPD, který formuluje závazky států, lze se pokusit o formulaci konkrétních prvků práva na život v komunitě a nakonec i konkrétních závazků státu, které z tohoto ustanovení vyplývají. Podle článku 4 odst. 1 a odst. 2 CRPD:

25 Návrhy ze strany vlád jsou dostupné na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc5contgovs.htm>.

26 Návrhy mezinárodních organizací jsou dostupné na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc5contngos.htm>.

27 Srov. správu předsedajícího k čl. 15 (původně), odst. 14. Správa je dostupná na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcstata19ssrepchair.htm>.

28 Srov. komentáře International Disability Caucus (IDC). Komentáře jsou dostupné na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcstata19sevscments.htm#idc>.

29 Ústavy jako tzv. totální instituce popsal americký sociolog Erving Goffman, srov. Goffman, E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Anchor Books: New York, 1961.

*„Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, se zavazují zajistit a podporovat plnou realizaci všech lidských práv a základních svobod všem osobám se zdravotním postižením bez jakékoliv diskriminace na základě zdravotního postižení.*

[...]

*Pokud jde o hospodářská, sociální a kulturní práva, státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují uskutečnit taková opatření v maximálním rozsahu svých prostředků a v případě potřeby i v rámci mezinárodní spolupráce, s cílem dosáhnout postupně plné realizace těchto práv, aniž jsou dotčeny závazky stanovené touto úmluvou, které jsou na základě mezinárodního práva bezprostředně aplikovatelné.“*

Původní návrh článku 4 CRPD neřešil výslovně odkaz na hospodářská, sociální a kulturní práva. To se stalo předmětem diskusí na půdě OSN, konkrétně na třetím<sup>30</sup> a čtvrtém zasedání<sup>31</sup> pracovní skupiny. Na čtvrtém zasedání se pracovní skupina shodla na tom, že článek 4 CRPD by měl zahrnovat koncepci progresivní realizace hospodářských, sociálních a kulturních práv, vyváženou s ohledem na potřebu okamžité implementace těch závazků, které implementovat okamžitě lze. Zároveň bylo zdůrazněno, že zákaz diskriminace není předmětem doktríny progresivní realizace.<sup>32</sup>

Článek 4 CRPD zdůrazňuje, že státy jsou povinny zajistit a podporovat „plnou realizaci“ všech lidských práv. Plnou realizaci zdůrazňuje rovněž Úmluva o právech dítěte (článek 2); starší mezinárodní úmluvy o lidských právech tak silný slovník nepoužívají. Co se týče vymezení konkrétních závazků „zajistit“ (*ensure*) a „podporovat“ (*promote*), původní návrh článku 4 formuloval pouze závazek „zajistit“<sup>33</sup>, závazek „podporovat“ byl doplněn na základě iniciativy skupiny afrických států na sedmém zasedání skupiny.<sup>34</sup>

Závazek „zajistit“ je výslovně upraven v čl. 2 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech. Jde o pozitivní závazek, který podle Nowaka kryje výše vymezené závazky chránit („*protect*“) a plnit („*fulfil*“). To lze podle něj dovodit jak z ustanovení samotného paktu, tak z rozhodovací praxe Výboru pro lidská práva (Human Rights Committee). [7] V CRPD je zdůrazněn závazek „podporovat.“ Tento závazek explicitně upravuje Listina základních práv ústavy Jihoafrické republiky v článku 7 odst. 2. Podle tohoto ustanovení „*stát musí respektovat, chránit, podporovat a plnit práva z Listiny*

30 Srov. diskusi dostupnou na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc3sum4.htm>.

31 Srov. diskusi dostupnou na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc4sumarto4.htm>.

32 Srov. zprávu *ad hoc* výboru, dostupnou na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc4reporte.htm>.

33 Srov. původní návrh znění článku 4:

*„States Parties undertake to ensure the full realisation of all human rights and fundamental freedoms for all individuals within their jurisdiction without discrimination of any kind on the basis of disability.“* Původní znění je dostupné na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcwgreporta4.htm>.

34 Srov. návrhy k článku 4 prezentované na sedmém zasedání. Návrhy jsou dostupné na adrese: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcstata4sevscomments.htm>.



*základních práv*“.<sup>35</sup> Toto dělení, s odkazem na práci Abjørna Eideho<sup>36</sup> převzala i Africká komise pro lidská práva a práva národů.<sup>37</sup>

V článku 4 CRPD není jednoznačně formulován závazek „*respektovat*“, tj. závazek zdržet se zásahů do práv lidí se zdravotním postižením. Tento závazek lze dovodit ze základního principu Úmluvy vymezeného v čl. 3 odst. 1 písm. a), podle kterého má stát povinnost „*respektovat (...) důstojnost*“ lidí se zdravotním postižením, a dále z jednotlivých práv, která jsou v CRPD garantována. Například z práva na život podle článku 10 CRPD nebo absolutního zákazu mučení podle článku 15 CRPD.

Lze tak uzavřít, že z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením lze dovodit čtveřici konkrétních závazků státu, a to:

- respektovat práva lidí se zdravotním postižením;
- chránit jejich práva;
- plnit práva lidí se zdravotním postižením a
- podporovat práva lidí se zdravotním postižením.

S ohledem na právo na život v komunitě můžeme následně dovodit konkrétní závazky státu i ve sféře institucionální péče o seniory. Závazek **respektovat** právo na život v komunitě bude znamenat, že stát nesmí institucionalizovat lidi se zdravotním postižením, včetně seniorů. Tento závazek na národní a regionální úrovni znamená, že stát a samosprávné celky musí upustit od systematické politiky ústavní péče o lidi s postižením, resp. nesmí takovou politiku zavést. Státy jsou povinny respektovat možnost volby osob se zdravotním postižením, na rovnoprávném základě s ostatními, ohledně místa pobytu, kde a s kým budou žít, a aby nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí, jak zdůrazňuje článek 19 písm. a) CRPD. V současné době jsou sice v České republice sociální služby poskytovány na smluvním základě, nicméně pokud neexistuje dostatečný výběr poskytovatelů poskytujících služby v komunitě, tak institucionalizace mnohdy nemá alternativu, a chybí tak možnost volby.

Na individuální úrovni stát a obec nebo kraj mají povinnost neinstitutionalizovat jednotlivce. Institucionalizace může být násilná, tj. nedobrovolná, nebo dobrovolná. Je potřebné zabránit násilné institucionalizaci, která může mít podobu zjevnou a skrytou. Skrytá násilná institucionalizace znamená, že stát nebo obec či kraj selhaly v povinnosti vytvořit služby v komunitě, a tak nezbyvá nic jiného než ústavní péče. Dobrovolnost je v tomto případě čistou fantazií.

Ze závazku **chránit** vyplývá státu povinnost chránit osoby s postižením před třetími osobami, v případě sociální péče zejména před nestátními poskytovateli služeb. Tento závazek zahrnuje přijetí legislativy nebo jiných opatření zajišťujících rovný přístup ke komunitním službám poskytovaným třetími stranami. Je nutné kontrolovat poskytování služby a zajistit, aby tyto služby byly poskytovány profesionály, kteří splňují přiměřené

---

35 Originální znění čl. 7 odst. 2: „The state must respect, protect, promote and fulfil the rights in the Bill of Rights.“

36 Eide nicméně neformuloval závazek „podporovat“. Komise přímo odkázala na tuto práci Asbjørn Eide, „Economic, Social and Cultural Rights As Human Rights“ in Asbjørn Eide, Catarina Krause and Allan Rosas (Eds.) *Economic, Social, and Cultural Right: A Textbook* (1995). s. 21-40. Závazek podporovat (promote) formuloval van Hoof (srov. výše).

37 V rozhodnutí ve věci národa Ogoni (Communication 155/96, Report of the Commission) Africká komise pro lidská práva závazek „podporovat“ propojila se závazkem „chránit“. Komise uvedla, že státy by měly s ohledem na závazek podporovat zajistit, aby jednotlivci byli schopni vykonávat svá práva a svobody, kupříkladu podporováním tolerance, zvyšováním povědomí a budováním infrastruktury.

standards pro vzdělání, dovednosti a etického chování. Stát by měl zajistit, aby třetí strany neomezovaly přístup lidí k informacím.

Závazek **plnit** znamená, že stát transformuje poskytovanou péči v institucích. Tento závazek je vyjádřen mimo jiné v článku 19 písm. b) CRPD, který garantuje, aby osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci. Závazek plnit předpokládá deinstitucionalizaci, konkrétně přesun péče z institucí na služby v komunitě. Je preferováno, aby tento proces byl legislativně ošetřen a aby byla přijata národní politika pro transformaci institucionální péče s detailním plánem realizace práva na život v komunitě. Stát má povinnost zajistit právo na život v komunitě všem lidem s postižením, nelze z povinnosti transformovat institucionální péči vylučovat žádnou skupinu lidí s postižením. Stát je rovněž povinen zabezpečit dostatečné množství kvalitních a adekvátních služeb v komunitě.

Závazek plnit (usnadňovat) vyžaduje, aby státy podnikly konkrétní pozitivní opatření, která umožní a pomohou lidem se zdravotním postižením užívat právo na život v komunitě. Pokud nejsou jednotlivci nebo skupiny bez své viny schopni toto právo vykonávat svými možnostmi, stát má závazek právo na život v komunitě plnit (poskytovat).

## 5. Závěr

Závěrem lze upozornit na statistiky. V roce 2010 bylo v České republice 485 služeb domovů pro seniory s 37 696 lůžky [8], což vychází při jednoduchém propočtu přibližně 77 míst na jednu službu. Myslím si, že toto číslo je hrozné a vypovídá o tom, že pobytové služby pro seniory jsou služby velké a obávám se, že jenom s jistou dávkou odvahy by bylo možné tyto služby označit za služby komunitní. I s ohledem na flexibilní definici zdravotního postižení lze argumentovat, že Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením se vztahuje i na seniory, a proto by se měla na tuto cílovou skupinu vztahovat i ochrana, kterou CRPD a konkrétně článek 19 zajišťují. Je proto plně na místě, aby se transformace (deinstitucionalizace) neomezila na domovy pro osoby se zdravotním postižením a psychiatrické nemocnice, ale aby stát učinil konkrétní a cílené kroky vedoucí i k transformaci pobytových služeb pro seniory a k vytvoření sítě dostupných a přístupných komunitních služeb pro tuto cílovou skupinu.

## Seznam literatury

[1] LAWSON, A. *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: New Era or False Dawn?*, Syracuse J. Int'l L. & Com., s. 593-595.

[2] SCHULZE, M. Understanding the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A Handbook on the Human Rights of Persons with Disabilities, p. 27-32.

[3] *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada, 2008, s. 280. ISBN 978-80-247-1587-2.

[4] *Ibid.*, s. 9.

[5] LEIBOWITZ, T. *Living in the Community – Disentangling the Core Right*. Colloquium on Disability Law and Policy, April 2010, University of Galway.

[6] *Ibid.*, s. 6.

[7] NOWAK, M. U. N. *Covenant on Civil and Political Rights*. CCPR Commentary, 2th Ed. N. P. Engel: Kehl, 2005, p. 39.

[8] Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zpráva o plnění systémových opatření v oblasti „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb poskytované v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za období 2009 – 2010 Zpráva Ministerstva práce a sociálních věcí, 2009 – 2010* [online]. 2011, [cit. 11. dubna 2014]. [http://www.mpsv.cz/files/clanky/10208/Zprava\\_o\\_plneni\\_za\\_rok\\_2009-2010.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10208/Zprava_o_plneni_za_rok_2009-2010.pdf).

# Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, sociální práce a sociální služby

Bc. Andrea Dvořáková, Mgr. Jan Vrbický;

Ministerstvo práce a sociálních věcí

[jan.vrbicky@mpsv.cz](mailto:jan.vrbicky@mpsv.cz)

## Klíčová slova

Sociální práce, sociální služby, senioři, demence, práva, důstojnost

## Abstrakt

Článek pojednává o problematice při zajišťování adekvátní péče seniorům s demencí s ohledem na fakt, že se jedná o jednu z nejzranitelnějších cílových skupin pobytových zařízení sociálních služeb. Reflektuje vybraná práva uživatelů a nejčastější rozpory při jejich realizaci v praxi. Popisuje činnosti kvalifikovaného sociálního pracovníka při práci se seniory s demencí.

---

## 1. Úvod

Ochrana práv seniorů a zajištění adekvátní péče o osoby trpící demencí je v České republice stále aktuálnější a diskutovanější téma. Současným problémem většiny vyspělých států je demografické stárnutí a s tím spojený předpokládaný nárůst výskytu věkově vázaných onemocnění, včetně demence. V praxi to znamená, že se zvyšuje poptávka po adekvátní péči o osoby trpící demencí, zvláště pak poptávka po institucionálním zajištění této péče. Nároky na péči o osobu s demencí v domácím prostředí jsou natolik vysoké a pro pečující osoby vyčerpávající, že není možné předpokládat přílišný nárůst podílu osob obstarávaných v jejich přirozeném prostředí a u svých blízkých, byť za předpokladu současného trendu, který směřuje k vyšší podpoře terénních a ambulantních služeb.

Ačkoliv je snahou odborníků dosažení dostupné a kvalitní péče o osoby s demencí bez ohledu na to, zda je péče poskytována v domácím nebo v institucionálním prostředí, následující článek se zaměřuje především na péči v institucích, resp. v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Senioři trpící demencí tvoří nejkřehčí a nejzranitelnější cílovou skupinu pobytových zařízení (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem), u které lze identifikovat vysoké riziko spočívající v porušování práva na lidskou důstojnost. V (ne)respektování tohoto základního práva má zásadní roli přístup pracovníků v institucích, a to jak sociálních a zdravotnických pracovníků, pracovníků v přímé obslužné péči, tak i managementu organizace. Péče o osoby s demencí je náročná především v oblasti individuálního

posouzení konkrétní situace osoby, resp. jejího aktuálního sociálního a zdravotního stavu, a prognózování progresu onemocnění v kontextu dalšího života klienta. Vyšší nároky souvisejí s tím, že péče o osoby trpící demencí se neobejde bez úzké spolupráce a návaznosti sociální a zdravotní komponenty, a to i právě v oblasti posuzování, kdy je důležité, aby aktéři tohoto procesu zastupovali složku sociální i zdravotní.

Otázkou, kterou se musíme nezbytně zabývat při snaze podpořit kvalitu péče o osoby s demencí v pobytových zařízeních sociálních služeb, jsou práva uživatelů/klientů a dilemata při jejich realizaci.

## 2. Práva uživatelů a jejich realizace při péči o seniory s demencí

Následující výčet zahrnuje nejčastější rozpory mezi definovanými právy uživatelů a jejich faktickou realizací (ve výčtu nejsou zohledněny výjimečné případy zvláště závažného porušování lidských práv, jako je nelidské či ponižující zacházení).

### 2.1 Právo na důstojnost

Právo na důstojnost je základním lidským právem definovaným ve stěžejních národních i mezinárodních dokumentech a jeho dodržování je elementárním předpokladem jakékoliv péče. Zahrnuje právo na soukromí, na sebeurčení, na respekt a uznání, na bezpečí a v podstatě vše, co chrání integritu a autonomii jedince. Právo na důstojnost je v praxi chápáno do značné míry subjektivně, stejně tak hranice pro porušení důstojnosti. V pobytových zařízeních sociálních služeb záleží na odbornosti a osobnostních předpokladech pracovníků, kteří by měli být schopni identifikovat riziko nerespektování práva na důstojnost. V současné době je výrazná poptávka ze strany pracovníků v pobytových zařízeních po jasném vydefinování „důstojnosti“ uživatelů a praktickém vymezení implementace tohoto práva pro výkon péče o uživatele, neboť stávající vnímání, které vyplývá ze standardů kvality sociálních služeb, je považováno za vágní a interpretativní.

### 2.2 Právo na důstojné oslovování

Důstojné oslovování je základem profesionálního přístupu pracovníků zařízení k uživatelům. Neznamená to nutně, že osobu nesmí pracovník oslovovat „babičko/dědečku“, jak je občas jako odstrašující příklad uváděno, ale základním požadavkem je, aby byl uživatel oslovován v souladu se svým přáním. Toto přání musí být pracovníky zaznamenáno a respektováno.

### 2.3 Právo na soukromí

Předmětem práva na soukromí je intimní sféra života jedince a zahrnuje právo na vlastní rozhodnutí, zda své soukromí zpřístupní okolnímu světu. V domácnosti běžného zdravého člověka není těžké právo na soukromí realizovat a lze se poměrně snadno domoci nápravy v případě porušení. V pobytových zařízeních sociálních služeb je situace jiná, zvláště pak jedná-li se o seniory s demencí. Nejčastěji jsou zaznamenávány rozpory při realizaci práva na soukromí ve vlastním pokoji a práva na soukromí u klientů bydlících ve vícelůžkových pokojích. Typickým příkladem, který často pracovníci institucionálních zařízení řeší, je (ne)ponechání klíčů v plné dispozici uživatele s demencí.

## 2.4 Právo na soukromí při osobní hygieně

Uživatelé mají právo při použití toalety nebo koupelny se uzamknout. U uživatelů, kteří při hygieně potřebují pomoc pracovníka, musí být vždy zajištěno, aby uživatel nebyl při přesunu do koupelny odhalený. Při osobní hygieně na vícelůžkovém pokoji musí být zajištěno soukromí například zatažením závěsu. Nedodržování práva na soukromí při osobní hygieně je závažným porušením práva na důstojnost.

## 2.5 Právo na svobodnou volbu a na vlastní rozhodnutí

Každý uživatel má právo na svobodné rozhodování o věcech, které se ho týkají. Lze polemizovat, jaký podíl uživatelů domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem tvoří ti, co učinili vlastní rozhodnutí a svobodně rozhodli o tom, že stráví zbytek života v pobytovém zařízení. U seniorů s demencí se většinou nezjišťuje jejich přání, rozhodující bývá spíše situace v rodině (zvýšené nároky na pečující, progresse onemocnění atp.).

Uživatel má právo zvolit si, jakou podporu a pomoc od pracovníků v pobytovém zařízení sociálních služeb potřebuje. Nástrojem, který uživatele podporuje při svobodném rozhodování, je individuální plánování.

Rozpory při realizaci lze zaznamenat například u uživatelů, kteří odmítají jakékoliv aktivizační techniky. Na tuto volbu mají právo a nesmí být nuceni k aktivitě proti své vůli, jakkoliv jsou pracovníci přesvědčeni o pozitivním účinku (pracovník činnosti aktivně nabízí a uživatele vhodně motivuje).

## 2.6 Právo na bezpečí

Právo na bezpečí a jeho naplňování v praxi je zvláště u osob trpících demencí velmi náročné a vyžaduje vysoké nároky na pracovníky a na organizaci jejich práce. Za bezpečí pro uživatele v prostorách zařízení je vždy zodpovědný poskytovatel.

# 3. Činnosti sociálního pracovníka při práci se seniory s demencí

Před definováním konkrétních činností sociálního pracovníka je nutné říci, co je a co není sociální práce v pobytových sociálních službách (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem). Sociální práce je vysoce odborná činnost, která má svůj charakter, vlastní obsah, prestiž a definovanou kvalifikaci pro samotný výkon. V praxi – zvláště v těchto dvou pobytových sociálních službách – se na to velmi často zapomíná. Činnost sociálního pracovníka je v lepším případě doplňována dalšími aktivitami, které může vykonávat jiný personál. V horším případě je činnost sociálního pracovníka redukována na tyto jiné činnosti a domovy zapomínají na vlastní výkon sociální práce. Nejčastěji se jedná o vedení administrativy, chození na nákupy, vedení depozita, aj. Nejen že realizace těchto činností ze strany sociálních pracovníků vede ke snižování vlastní role sociální práce, ale dochází i k narušování principu „řádného hospodáře“, kdy kvalifikovaní specializovaní odborníci vykonávají činnosti, které mohou realizovat jiní pracovníci, a jedná se tak o plýtvání lidskými zdroji.

Stěžejní úlohu v celém schématu péče o osobu trpící demencí zastává **sociální pracovník**. Kvalifikovaný sociální pracovník „hlídá“ dodržování důstojnosti klienta a jeho práv, zprostředkovává kontakt s rodinou a se sociálním prostředím a pracuje

s komplexními potřebami klienta v kontextu jeho životního příběhu. Sociální pracovník zajišťuje při výkonu své profese následující činnosti:

- Depistáž (nalezení klienta sociální služby, resp. vyhledání sociální služby klientem).
- Posouzení specifické životní situace klienta.
- Kontraktace = nastavení smluvního vztahu mezi klientem a poskytovatelem.
- Proces individuálního plánování, zpracování plánu intervence.
- Vyhodnocení individuálního plánu (byl/nebyl splněn).
- Posouzení dopadu intervence na životní situaci jedince (klienta).
- Síťování (vytváření podmínek pro vzájemnou spolupráci).
- Strategické a koncepční plánování v oblasti veřejných sociálních a souvisejících politik.
- Zajištění dodržování práv klienta.
- Jiné odborné činnosti (např. specializace na práci s nekomunikujícím klientem, práce s biografií klienta, aj. techniky práce).

Jedná se o **proces poskytování sociální služby** (horizontální činnosti sociální služby).

**Základní činnosti a úkony**, které musí zajišťovat pobytová služba sociální péče, jsou stanoveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. (vertikální činnosti sociální služby):

## **1. Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a osobní hygienu**

1.1. Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

1.2. Pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC.

1.3. Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu: Pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřní i vnějším prostoru, pomoc při vstávání z lůžka, ulehání, změna poloh.

## **2. Aktivizační a nácvikové činnosti**

2.1. Aktivizační činnosti: Nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

2.2. Volnočasové a zájmové aktivity, pomoc při obnovování nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

### **3. Pomoc a podpora při podávání nebo přípravě jídla a pití**

3.1. Poskytnutí stravy: Zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

3.2. Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby: Vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu stravy, nebo zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.

3.3. Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy: Pomoc s přípravou stravy, zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

### **4. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**

4.1. Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

4.2. Aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí.

4.3. Doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

4.4. Podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů.

4.5. Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

### **5. Sociálně terapeutické činnosti**

5.1. Socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

5.2. Socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé absenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

### **6. Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**



6.1. Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

6.2. Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

6.3. Pomoc při vyřizování běžných záležitostí.

**Sociální práce** je nezbytnou součástí každé sociální služby a kvalitní sociální službu nelze poskytovat bez kvalifikovaného sociálního pracovníka. Práce se seniory s demencí klade vzhledem ke křehkosti, zranitelnosti a zároveň určité rozmanitosti cílové skupiny vysoké nároky na **odbornost sociálních pracovníků**. Nabízí se otázka, zda by sociální pracovník, který se zaměřuje na tuto cílovou skupinu, neměl mít určité „nadstavbové“ znalosti a dovednosti, které jsou nutností ke správnému posouzení specifické situace klienta s demencí. U seniorů s demencí navíc vystupuje sociální pracovník především jako „obhájce“ práv a oprávněných zájmů, a to velmi často před dalšími pracovníky zařízení.

V tezích záměru zákona o sociálních pracovnících a profesní komoře, které připravilo Ministerstvo práce a sociálních věcí, je navrhována vedle základních požadavků na tzv. všeobecného sociálního pracovníka i možnost **specializace**, která by se získávala absolvováním speciálního vzdělávacího programu. Za předpokladu, že věcný záměr zákona o sociálních pracovnících projde s touto navrhovanou úpravou legislativním procesem, otevře se cesta ke zkvalitňování sociální práce mj. se seniory s demencí.

# Ošetrovatelská péče jako součást pobytové služby (workshop)

**Pavla Hýblová;**

Česká alzheimerovská společnost

[hpavla@email.cz](mailto:hpavla@email.cz)

## **Klíčová slova**

Rozsah poskytované péče, ošetrovatelská péče

## **Abstrakt**

V pobytových sociálních zařízeních je zdravotní péče nezbytná, stejně jako je sociální přístup nutný v zařízeních zdravotních. Tématem workshopu byl rozsah poskytované péče a ukázky dobré i špatné praxe.

---

## **1. Rozsah poskytované péče**

Výstupem práce pracovní skupiny je jednoznačné konstatování, že v pobytových sociálních zařízeních je zdravotní péče nezbytná, stejně jako je sociální přístup nutný v zařízeních zdravotních.

Účastníci vnímají jako nepsané pravidlo rozlišení: nad 50 % zdravotních úkonů směřuje klienta do zdravotních služeb a naopak. Není možné argumentovat, že zdravotní úkony v zařízeních sociálního typu mají být obdobné jako v domácnosti klienta. Pojišťovny ovšem tlačí poskytovatele a praktické lékaře, aby rozsah poskytovaných služeb byl co nejnižší, a přístup se liší v jednotlivých krajích.

## **2. Ošetrovatelská péče v pobytové službě**

Lékař musí být dostupný minimálně tak, jako když bydlíme doma. Potřebujeme výkony hrazené pojišťovnou, které mají smysl pro kvalitu života klienta. Příklady: rehabilitace, fyzioterapie, bazální situace, obecná paliativní péče, léčba bolesti, nutriční péče. Je žádoucí mít v sociálních službách registrované zdravotní sestry.

Kdy poskytujeme péči zdravotní v sociálních službách? Dnes už vždy. Lze oddělit zdravotní péči od sociální? Výstupem z pracovních skupin je, že nelze.

Pojďme otevřít spojovací chodbu obou ministerstev na Palackého náměstí a slučme to, co je nám společné.

# Pracovní setkání národních preventivních mechanismů a ombudsmanských institucí

**Mgr. Zuzana Kameníková;**

Kancelář veřejného ochránce práv

[kamenikova@ochrance.cz](mailto:kamenikova@ochrance.cz)

## **Klíčová slova**

Špatné zacházení, omezovací prostředky, odvetná opatření

## **Abstrakt**

Cílem pracovního setkání bylo sdílení poznatků a praktických zkušeností týkajících se dohledu nad místy, kde se nachází nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Diskutována byla celá řada témat, kterými se monitorovací týmy ve své práci v současnosti zabývají.

---

## **1. Úvod**

Dne 21. 2. 2014 se pod záštitou veřejné ochránkyně práv uskutečnilo setkání zástupců českého, francouzského, slovinského a polského národního preventivního mechanismu (NPM) a pracovníků slovenského a maďarského ombudsmana. Tento kulatý stůl byl realizován při příležitosti konání odborné konference s názvem „Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí“, které se zahraniční hosté rovněž aktivně zúčastnili. Konference i následný kulatý stůl byly uskutečněny v rámci projektu Společně k dobré správě (CZ.1.04/5.1.00/81.00007).

Cílem pracovního setkání bylo sdílení poznatků a praktických zkušeností týkajících se dohledu nad místy, kde se nachází nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Diskutována byla celá řada témat, kterými se monitorovací týmy ve své práci v současnosti zabývají, včetně problematických oblastí, kterým se věnovaly vybrané příspěvky konference.

Účastníci setkání:

- Kancelář veřejného ochránce práv (Marie Lukasová, Adéla Hradilová, Zuzana Kameníková, Ladislav Tomeček, Ondřej Vala)
- Kancelária verejného ochrancu práv (Lenka Bodnárová, Petra Fúková, Drahoš Navrátil)

- Alapvető Jogok Biztosának Hivatala – The Office of the Commissioner for Fundamental Rights (Tímea Csikós, Katalin Haraszti)
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté (Vincent Delbos)
- Varuh človekovih pravic RS (Ivan Šelih, Jure Markič)
- Rzecznik Praw Obywatelskich (Aleksandra Iwanowska, Marcin Kusy)

## 2. Aktuální otázky a problémy v agendě NPM a ombudsmanských institucí

V úvodu setkání byl dán prostor pro diskusi o aktuálních problémech, s nimiž se jednotlivé monitorovací týmy v současné době potýkají. Pozornost byla věnována zejména otázce existence a monitorování neregistrovaných zařízení sociálních služeb. Jak vyplynulo z reakcí zahraničních hostů, je tento problém aktuální nejen v České republice, ale i v dalších evropských zemích. Účastníci z Maďarska, Polska i Francie potvrdili, že v jejich zemích rovněž existují zařízení, která poskytují ubytování a komplexní péči zranitelným osobám, avšak bez licence stanovené pro zdravotní nebo sociální služby, a tedy bez garance kvality a respektu k lidské důstojnosti klientů. Přesto v uvedených zemích monitorovací orgány tento typ zařízení dosud nenavštěvují.

Na dotaz zahraničních kolegů pracovníci českého NPM uvedli, že provádí návštěvy v neregistrovaných zařízeních poskytujících sociální služby, neboť i zde se nachází osoby omezené na svobodě, a to na základě závislosti na poskytované péči. Český zákon provádějící OPCAT totiž stanoví působnost NPM i na taková zařízení („*omezení svobody v důsledku závislosti na poskytované péči*“). Aktuálně probíhá série těchto návštěv, a poznatky jsou velmi vážné z hlediska špatného zacházení se seniory trpícími demencí nebo jinou duševní poruchou. Při vstupu do těchto zařízení dosud český NPM neměl žádné problémy, jeho pracovníci byli do zařízení vždy vpuštěni. Lze předpokládat, že je pouze otázkou času, kdy bude českými soudy pod vlivem ustalující se judikatury Evropského soudu pro lidská práva judikováno, že umístění v neregistrovaném zařízení rovněž spadá do kategorie detence v sociálních službách; národní judikatura se v této oblasti teprve rozvíjí a NPM intenzivně působí na legislativní orgány, aby zlepšily zákonnou úpravu podmínek omezení svobody v zařízeních sociálních služeb.

Zástupce slovinského ombudsmana, pan Ivan Šelih, uvedl, že v jednom slovinském zařízení poskytujícím sociální služby došlo v nedávné době k úmrtí osoby, a proto je toto téma pod drobnohledem veřejnosti. Pan Šelih zároveň poukázal na to, že ve Slovinsku dosud není jednoznačně vyřešena otázka, jak posuzovat situaci, kdy je osoba omezená či zbavená svéprávnosti umístěna do zařízení na základě souhlasu jejího opatrovníka. Souhlas opatrovníka zde byl totiž dosud posuzován stejně jako souhlas opatrované osoby. Slovinský ombudsman se proto před dvěma lety obrátil na ústavní soud se žádostí o vyjádření k této otázce, na výsledek však stále čeká.

Pan Vincent Delbos poukázal na to, že francouzský NPM nemá mandát provádět návštěvy zařízení sociálních služeb, neboť jeho působnost je omezena na zařízení, kde jsou osoby umístovány na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci. Otázka provozování

neregistrovaných zařízení poskytujících sociální služby je tedy ve Francii problémem spíše společenským a z diskuse na této úrovni by také mělo vzejít jeho řešení.

Kolegové z Polska k tomuto tématu uvedli, že v jejich zemi má soud povinnost kontrolovat zařízení sociálních služeb jednou až dvakrát ročně.

Kolegové ze Slovenska doplnili, že veřejná ochránkyně práv dosud realizovala několik systémových šetření v institucích, jako jsou např. reedukační domovy, školy, ústavy pro výkon trestu odnětí svobody a útvary policejního zajištění pro cizince. V institucích pro seniory zatím systémové šetření realizováno nebylo, i když práva a svobody seniorů byly mnohokrát prošetřovány individuálně na základě podaného podnětu, a to i v domovech sociálních služeb, domovech pro seniory a zařízeních obdobného typu. I na základě těchto šetření bylo rozpoznáno vícero opakujících se nedostatků v ochraně základních práv a svobod seniorů, které vedly veřejnou ochránkyni práv k tomu, aby z vlastní iniciativy zaměřila systémové průzkumy v roce 2014 právě na tuto oblast. Konkrétně se jedná o zjišťování reálné dostupnosti sociálních služeb pro seniory se zaměřením na zachování lidské důstojnosti a přiměřené hmotné zabezpečení vzhledem k nabídce a ceně sociálních služeb na jedné straně a finanční možnosti seniorů na straně druhé.

### 3. Metody práce NPM a ombudsmanských institucí

Další část debaty byla věnována metodám šetření, které jednotlivé týmy používají při provádění návštěv. Zmíněn byl způsob vedení rozhovorů, provádění pozorování a získávání potřebných dokumentů. Diskutováno bylo rovněž pořizování fotografií v průběhu návštěv, komunikace s úřady a dalšími subjekty i školení některých cílových skupin.

Co se týče vedení rozhovorů při návštěvách, účastníci se shodli, že je často velmi těžké zjistit pravdu o sledovaném jevu. K ověření výpovědi dotazovaných osob je proto vhodné klást opakovaně stejné otázky, porovnávat výpovědi jednotlivých dotazovaných osob a rovněž porovnat získané informace s poznatky svých kolegů. Pracovníci českého NPM poukázali na to, že se jako velmi efektivní ukázalo navštívit monitorované zařízení nejen v průběhu dne, ale i v noci. V té době je personál často otevřenější a méně zaneprázdněný, a je tak možné získat další cenné poznatky, které dříve nemusely vyjít najevo. Praxe nočních návštěv je častá rovněž u francouzských kolegů, od nichž český NPM tuto metodu převzal.

Slovenští kolegové doplnili, že při realizaci svých šetření provádějí individuální rozhovory s osobami umístěnými v institucích (anonymně formou volného rozhovoru s využitím seznamu předem připravených otázek), ale i zaměstnanci a vedením instituce. Klíčové informace získávají zejména z prvních rozhovorů ihned při příchodu do zařízení (zaznamenali, že osoby mezi sebou následně šíří informace a jejich odpovědi jsou připravené, tendenční). Kromě provádění rozhovorů se při realizaci svých šetření v institucích zaměřují na získání všech dostupných písemných podkladů. Rovněž provádějí prohlídku všech prostor zařízení s vyhotovením fotodokumentace.

Kolegové z Polska se zamysleli nad otázkou, zda je výhodnější preferovat individuální či skupinový rozhovor s dotazovanými osobami. Účastníci se shodli, že individuální rozhovory jsou zpravidla validnější.

Pozorování, jako nezbytná součást návštěv, je v praxi českého NPM doprovázeno pořizováním velkého množství fotografií, které jsou nepostradatelným nástrojem při

následném vypracování zpráv z návštěvy zařízení. Tuto praxi potvrdili rovněž ostatní účastníci. Maďarská kolegyně, paní Katalin Haraszti, uvedla, že pořízená fotodokumentace je v jejich praxi uložena na CD a stane se součástí spisu. Francouzští kolegové v současné době využívají služeb profesionálního fotografa, který je součástí monitorovacího týmu na některých jeho návštěvách. Jeho fotografie nemají pouze informační hodnotu, ale slouží rovněž jako prostředek zvyšování povědomí veřejnosti o aktivitách NPM. Využívány mohou být např. při tiskových konferencích, ve zprávách a podobně. Rovněž české NPM čím dál častěji zařazuje fotografie, které vystihují realitu daného zařízení, do textu svých zpráv.

Účastníci se zaměřili i na další úskalí, s nimiž se někdy při návštěvách setkávají. Diskutovány byly situace, kdy personál zařízení není ochoten pracovníky monitorovacího orgánu do zařízení vpustit a návštěvu umožnit. Český NPM se s touto situací setkal ojedinelé při návštěvě policejní cely a záchytné stanice, francouzský NPM zase při návštěvě dětského psychiatrického oddělení nemocnice. Polští kolegové poukázali na to, že dlouhé čekání a vyjednávání před zahájením návštěvy může zmařit její účel, neboť důkazy o špatném zacházení mohou být v té době zahlazeny; měli při tom na mysli především návštěvy policejních cel. Účastníci se shodli, že těmto problémům lze předejít dostatečnou informovaností veřejnosti a konkrétních typů zařízení o tom, jaký je mandát NPM. V České republice stále existují takové skupiny zařízení, kam NPM dosud nevstoupil a kde o jeho činnosti tudíž nevědí. Slovinští kolegové zdůraznili, že mnohým problémům v agendě NPM lze účinně předejít udržováním neformálních kontaktů na příslušných úřadech (zejména ministerstvech) – je důležité mít telefonní kontakt a v případě problémů v terénu mít možnost situaci operativně řešit až na úrovni komunikace s příslušným ministerstvem.

Za významný prvek práce monitorovacích orgánů účastníci označili školení některých důležitých cílových skupin. Slovinský i polský NPM pravidelně pořádá školení na policejních akademiích. Český NPM má tento rok v plánu rovněž školení příslušníků policie.

Kolegové ze Slovenska doplnili, že šetření probíhala za větší součinnosti kontrolovaného subjektu, pokud se jich osobně účastnila i veřejná ochránkyně práv. V průběhu polední přestávky se osvědčila realizace ad hoc porady, během které si právníci vyměnili poznatky a určili si priority, na které se během návštěvy více zaměřit.

## 4. Spolupráce s experty a nevládními organizacemi

Téma spolupráce s nevládními organizacemi a experty uvedl pan Šelih a ve svém příspěvku nastínil slovinský model ombudsmanské instituce. Tzv. Ombudsman + model, který ve Slovinsku existuje, je totiž specifický právě rozvinutou kooperací s vybranými nevládními organizacemi. Odborníci delegovaní z těchto nevládních organizací se společně s NPM týmem podílí na přípravě a provádění systematických návštěv. Kromě odborníků z nevládních organizací využívá slovinský NPM rovněž spolupráce s nezávislými experty. Klasické složení týmu, který provádí návštěvy, je tedy jeden člen NPM, jedna osoba z nevládní organizace a jeden expert. Celý tento tým se podílí na přípravě a provedení návštěvy i na zpracování výsledné zprávy, a to pod vedením a dohledem

člena NPM. V týmu jsou předem diskutována témata plánované návštěvy, metody práce a hodnocení získaných poznatků.

Za problematický označili slovinští kolegové způsob delegace odborníků v rámci jednotlivých nevládních organizací. V současné době je systém nastaven tak, že si NPM vybírá pouze organizaci, nikoliv konkrétního odborníka. Záleží pak na samotné nevládní organizaci, koho se rozhodne pro tuto práci zvolit. Pracovníci slovinského NPM uvedli, že je vhodnější mít kontrolu nad výběrem konkrétních osob, a proto by chtěli tento systém do budoucna změnit.

Paní Haraszti z instituce maďarského ombudsmana poukázala na to, že při spolupráci s nevládními organizacemi může být problém s jejich kontrolou a zajištěním jejich mlčenlivosti. Zdůraznila, že nevládní organizace nepracují nezávisle a ze strany NPM je třeba bedlivě dohlížet na jejich práci.

Jak uvedl pan Delbos, francouzský NPM sdílí své poznatky s nevládními organizacemi v rámci svých výročních zpráv. V průběhu návštěv je NPM v kontaktu s místními nevládními organizacemi, s některými organizacemi sdílí své poznatky po provedené návštěvě. Po představení výroční zprávy NPM je uspořádáno setkání rovněž s představiteli nevládních organizací. Ačkoliv odborníci z nevládních organizací nejsou přímo součástí NPM týmu, někteří členové NPM v nevládních organizacích působili v rámci své původní profese.

Co se týče role nezávislých expertů, polští kolegové uvedli, že ombudsmanská instituce zaměstnává psychiatry, psychology, praktického lékaře. Pracovníci slovinského NPM na dotaz uvedli, že je z finančního hlediska efektivnější najímat externí experty, než je mít jako vlastní zaměstnance.

Slovenští kolegové doplnili, že při přípravě a následném zpracování jednotlivých témat systémových šetření bylo již vícekrát využito pomoci neziskových organizací (podle zaměření jejich činnosti), zejména co se týče jejich zjištění, zkušeností či způsobů realizace šetření. Vzhledem k finančním možnostem Kanceláře však při samotné realizaci šetření v terénu pomoc neziskových organizací a odborníků nevyužili. Při realizaci šetření bývá přítomna psychologka, která je zaměstnankyní Kanceláře.

## 5. Represe osob komunikujících s NPM a ombudsmanskými institucemi

V další části debaty byla pozornost upřena na problematiku tzv. „reprisals“, která v současné době trápí (nejen) kolegy z francouzského NPM. Ti se často setkávají s tím, že osoby, které se na NPM obrací nebo s ním jinak komunikují (např. v průběhu návštěv), mohou být za tento kontakt perzekuovány ze strany zařízení, v němž jsou umístěny. Typicky tento problém vzniká ve vězeňských zařízeních. Ve Francii zaznamenali případ úmrtí osoby, která byla kvůli poskytování informací kontrolnímu orgánu umístěna do samovazby. Závažná jsou rovněž četná podezření na bezprostřední přemístění osoby do jiného zařízení nebo stažení z práce. Francouzskému NPM se rovněž stává, že dopisy od osob omezených na svobodě jsou doručeny otevřené.

Jak uvedl pan Delbos, je velmi těžké odhadnout, jak často k represím dochází. Je však velice důležité zabývat se tímto problémem, neboť ten výrazně negativně zasahuje do práce NPM. Francouzský NPM má zkušenost s tím, že ze strachu před represí

dotazované osoby často nechtějí mluvit se členy monitorovacího týmu. V jednom případě vězněné osoby uvedly, že jim dozorcí vyhrožovali přemístěním do jiné věznice, budou-li hovořit s pracovníky NPM.

Polští kolegové rovněž zmínili jeden konkrétní případ, kdy měli silné podezření na represivní opatření: vězeň byl přemístěn do jiné věznice velmi krátce po tom, co hovořil s pracovníky NPM. Problémem je nicméně prokázat, že k přemístění (příp. k jiným negativním následkům) došlo v návaznosti na komunikaci s kontrolním orgánem. To potvrdila i paní Haraszti a poukázala rovněž na to, že obětí zmíněných represí nemusí být pouze osoby omezené na svobodě, ale i personál, který je v zařízení zaměstnán.

Slovenští kolegové doplnili, že se při realizaci systémových šetření nesetkali s prokázáním případem represe vůči zaměstnancům nebo osobám, které jim poskytli informace. Vyskytlo se však mnoho případů, kdy se zaměstnanci obávali poskytnout informace z důvodu možné ztráty zaměstnání či jiných negativních reakcí ze strany vedení. Při opakovaných návštěvách osoby v zařízeních uvedly, že na ně byl ze strany vedení zařízení (zejména v zařízeních, kde byly umístěny děti) vytvářen nátlak v souvislosti s poskytováním informací.

Ve Slovinsku ani České republice není mnoho informací o tom, že by k represím osob komunikujících s kontrolními orgány docházelo. Jak však uvedl pan Šelih, neznamená to, že tento problém neexistuje, a pokud by se NPM o něčem podobném dozvěděl, měl by danou instituci navštěvovat častěji.

Pro prevenci zmíněného problému je v první řadě nutné zajistit důvěrnost všech rozhovorů, a to jak s osobami umístěnými v zařízení, tak se zaměstnanci. Francouzský NPM se v rámci návštěvy schází s představitelem odborové organizace vězeňského zařízení a toto téma s ním diskutuje. Paní Lukášová z českého NPM upozornila, že odvetná opatření jsou nepřijatelným činem, za nějž je odpovědné kontrolované zařízení. NPM se s ním sice musí co nejlépe vypořádat, nicméně navrhla, aby současně probíhala maximální spolupráce s představiteli kontrolovaných subjektů a tlak na ně, aby především oni proaktivně proti nim působili, jasně se od nich distancovali a garantovali řádný průběh prevence špatného zacházení, k němuž se stát zavázal.

## 6. Použití omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociálních služeb

Na závěr jednání byl prostor vyhrazen problému specifickému pro monitorování zdravotnických zařízení a zařízení sociálních služeb, a to otázce používání omezovacích prostředků.

Pracovníci českého NPM nastínili právní úpravu používání omezovacích prostředků a praxi zjištěnou návštěvami v obou uvedených typech zařízení. Český NPM poukázal na to, že v zařízení sociálních služeb pracovníci často nevědí, jaké postupy jsou legální, a používají i omezení, která zákon nedovoluje. Tlumící medikaci používají často v rozporu s právem stanovenými postupy. Kontrolní orgány přitom nejsou schopny na tento problém adekvátně reagovat. Český NPM to kritizuje nejen ve zprávách z návštěv, ale aktivně komunikuje i s inspekčními orgány a ministerstvem, aby se praxe zlepšila v celém systému.



Polští kolegové uvedli, že se také oni setkávají s tím, že pracovníci zařízení nevědí, co je a co není omezovacím prostředkem. Školení jak používat omezovací prostředky je v Polsku poskytováno příslušníkům policie, ale v jiných profesních oblastech chybí. Pracovníci polského NPM se setkávají s nesprávnými a nehumánními postupy při používání omezovacích prostředků. Polský ombudsman se ve své praxi zabýval také případy, kdy je osoba preventivně tlumena například při transportu.

Ve Slovinsku je použití omezovacích prostředků legální pouze na speciálních odděleních. Zařízení sociálních služeb musí mít tedy licenci pro zřízení speciální jednotky, psychiatrické léčebny mívají pravidelně zvláštní uzavřená oddělení. Používání medikace s tisíci účinkem není považováno za omezovací prostředek, ale za typ zdravotní péče, která jako taková není předmětem kontroly při návštěvě NPM.

Český NPM zdůraznil, že používání omezovacích prostředků by mělo být předmětem rutinních kontrol vedení zařízení. Za tímto účelem český ombudsman doporučuje (nad rámec požadavku zákona) vést centrální registr použití omezovacích prostředků na daném pracovišti. NPM poukázal také na to, že specifickým typem omezovacího prostředku, který je (legálně) užíván v některých českých zdravotnických zařízeních, je síťové lůžko. Použití síťových lůžek bylo dokonce zjištěno i na jedné z navštívených záchranných stanic. Jde přitom o prostředek značně kontroverzní, neboť v minulosti došlo k případům oběšení pacienta umístěného v síťovém lůžku (jako nehoda). Ostatní účastníci neuvěřili, že by v jejich zemích bylo možno síťová lůžka používat.

Svébytným problémem, který v současné době řeší francouzský NPM, je používání masek při transportu osob podezřelých z účasti na organizovaném zločinu. Český NPM s tímto problémem dosud nemá zkušenosti.

Slovenští kolegové doplnili, že zjišťování tohoto typu zatím realizovali jen v reedukačních zařízeních (ve vztahu k nezletilým dětem), kde zjistili nadměrné a nedostačující zdůvodněné využívání ochranné místnosti. Účel používání tlumících léků nebylo v možnostech pracovníků Kanceláře ověřit.

## Závěr

Pracovní setkání národních preventivních mechanismů a pracovníků ombudsmana zdaleka nepokrylo celé spektrum témat, s nimiž se členové monitorovacích týmů ve své práci potýkají. Navzdory tomu se ukázalo, že jde o efektivní prostředek, jak vzájemně sdílet zkušenosti a dobrou praxi, případně varovat před praxí nevhodnou či neúspěšnou. Členové českého NPM si z tohoto jednání odnesli cenné poznatky, které se nyní budou snažit využít při své další práci.

# Demence – brzy nám otevře oči

**MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.;**

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

[kabelkal@seznam.cz](mailto:kabelkal@seznam.cz)

## **Klíčová slova**

Demence, Functional Assessment Staging Test, časná diagnostika

## **Abstrakt**

Příspěvek nabízí úvahu nad statistickými daty svědčícími o demografickém vývoji, který zmnoží podíl lidí trpících syndromem demence v české společnosti. Uvádí výhodnost časné diagnostiky a přijetí systémových opatření pro dosažení zlepšení kvality života nemocných a jejich rodin.

Zdravé dožití v Česku v roce 2013 bylo cca 60 let. Nemocné 80 let. Nůžky se za posledních 15 let rozevřely cca o 5 let dolů a 5 let nahoru. A dále se rozevírají. Znamená to, že všichni musíme předpokládat, že budeme žít déle, v nemoci. A to mnohdy roky.

Demence je typický příklad „moderní“ nemoci tohoto století. Dnes s ní žije v Česku cca 150 tisíc lidí, některé předpovědi hovoří o 2–3 násobném nárůstu v nejbližších 20 letech. Přičemž tento nárůst samozřejmě souvisí i s výrazným nárůstem procenta populace nad 75–80 let věku. Od 70 let výše se populace pacientů s demencí vždy s každými 5 roky věku zdvojnásobí. V Evropě tak výskyt demence nyní je počítán na 14–16 % populace 80letých (muži – ženy) a 33–48 % 95letých a starších osob. V Česku je výskyt podobný či vyšší, patříme mezi nejstarší evropské populace.

Před několika měsíci mě potěšil zajímavý nápad z Německa. Město postaví bezbariérové bytové domy, kde na jednom patře je byt pro seniora-seniorský manželský pár a vedle byt, kde za výrazně snížené náklady může bydlet vnuk, vnučka, mladý manželský pár (přednost mají rodinní příslušníci seniorů) s podmínkou, že se několik hodin denně budou starat o stárnoucí manžele či osamělého seniora. Spočítáno jest, že to stát přijde levněji, než platit různé služby domácí péče či ústavní náhradní sociální péče, a přitom je zachována mezigenerační solidarita, tak nezbytná a před cca 20 lety i v Česku dobře fungující.

Dle některých škál na testování fází syndromu demence (především nejčastěji se vyskytující demence Alzheimerovy) – například dle odkazů níže uvedené škály FAST, Functional Assessment Staging Test [1,2] – je možné dle velkých souborů pacientů i definovat časovou prognózu neléčené demence. Ve fázi 6a-d se jedná o prognózu jen ve 3–6 měsících v případě neléčených spíše již komplikací demence (poruchy chování při demenci, poruchy příjmu stravy). V ještě pozdější fázi ale může být při neléčení prognóza až rok.

O čem to svědčí? Je třeba diagnózu demence stanovit časně, je třeba již ve fázi 3–4 (nebo P-PA-IA 2–3 dle České alzheimerovské společnosti) rozpoznat potřebu specializované paliativní péče a také nutnost podpory rodiny, pečujících. A vytvořit plán péče

a ten prodiskutovat s rodinnými příslušníky. A kdo to má udělat? Zdravotní systém, praktičtí lékaři, geriatři, internisté, psychiatři, i lékaři jiných oborů.

Moderní přístup k diagnóze demence hovoří o tom, že se tento plán tvoří již od stanovení diagnózy mírné duševní poruchy, tedy v počátku. I zde je u nás špatný záchyt, ale i kdyby byl dobrý, jen málo profesionálů v Česku hovoří se svými nemocnými již od počátku o celém průběhu choroby.

Bohužel u demence ale již ve druhém stádiu (dle České alzheimerovské společnosti) je mnohdy obtížné nastavit takový vztah s nemocným, aby mohl rozhodovat o tom, zda chce umělou výživu, akutní péči, ventilační péči apod. v závěru svého života. Náš právní řád sice již zná předem vyslovená přání, ale prozatím jako společnost neznáme potřebu věnovat se lidskému životu jako celku. Se všemi klady a zápory.

Myslím si, že demence může být jedním z faktorů moderní doby, které nám otevrou oči. Jestli totiž v roce 2035 bude v Česku dle studií více jak 0,5 milionu obyvatel žít jako pacienti se syndromem demence, pak pokud standardní tří až čtyřgenerační rodina ob-  
sahuje cca 10 a více členů, každá druhá rodina v Česku bude řešit otázku, jak se o svého blízkého či blízké se syndromem demence postarat.

A protože lidé s demencí nejsou zmatení či hloupí, ale mají prostě „jiné chování“, kterému my „zdraví“ dle Psychobiografie prof. Bohma vlastně moc nerozumíme a musíme se učit mu porozumět, pak myslím, že nám možná demence otevře oči i v jiných hodnotách, než jen těch, co řeší zdravotní a sociální systém.

## Seznam literatury

[1] Medical Care Corporation. Functional Assessment Staging Test [online]. 2014, [cit. 11. března 2014]. <http://www.mccare.com/pdf/fast.pdf>.

[2] Dementia Care Central. Stages of Dementia [online]. 2014, [cit. 11. března 2014]. <http://www.dementiacarecentral.com/aboutdementia/facts/stages>.

# Někdy brečím nad lidmi kolem sebe, často pro lidi, a někdy je to i vidět

**MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.;**

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

[kabelkal@seznam.cz](mailto:kabelkal@seznam.cz)

## **Klíčová slova**

Hospic, umírání, zdravotnictví

## **Abstrakt**

Príspevek je osobním svědectvím lékaře – primáře pracoviště paliativní medicíny.

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav pohody – the well-being, „dobré bytí“. Denně se setkávám s lidmi, kteří okusili působení našeho zdravotního systému, ale on pro ně neuměl najít „dobré bytí“ ve smyslu vyléčení. Nicméně neuměl jim nabídnout ani nic dalšího, hodnotného. Nechtěl jim ale ublížit a nemohl a nechtěl je odmítnout. A tak dělal to, co se zdá, že umí: „léčil“. Jen nevěděl proč, co a jak.

Stěžovat si, jak je všechno špatně, to je snadné. Nemám rád rozmazlenost. Tahle země je jedním z vůbec nejlepších míst na Zemi. Mohli bychom se mít ještě lépe. Ale pak bychom museli přestat brečet nad sebou a začít něco dělat pro lidi, nebo pro ně aspoň brečet. Dovolte mi příběh.

Telefon – mladá žena, žádost o přijetí manžela v kómatu do hospice. Složitý případ, cca 3 měsíce od kardiologického zákroku, při kterém nastala arytmie, zástava srdeční, dlouhá resuscitace a významná ztráta mozkové činnosti, kóma. 37 let. „*Můžu žádost přinést osobně?*“ Jistěže ano. Dobrá příležitost ji poznat a snažit se získat důvěru, tak nutnou pro další podporu.

Další den, služba, 18 hodin, ona přichází. Menší postavy, tichá, ale rozhodná, ne typ, co pláče při každém problému ze strachu nad sebou. „*Nejhorší je, že můj pětiletý syn denně pláče už od toho, jak se to stalo. Co mu mám říct? Můžu ho vzít s sebou? V nemocnici se o tom nechtějí bavit, neporadí mi.*“ Oči jako by se propadly. „*Já myslím, že ho můžete s sebou vzít, možná spíš musíte. Pomůžeme Vám. Místo bude po víkendy, když doplní nemocnice jasnou kategorizaci (nerozšiřovaná terapie) v dokumentaci, nebude problém s přijetím.*“ Informaci telefonicky předávám primáři intenzivní péče v nemocnici.

Za dva dny telefonát manželky pacienta: „*Oni ho přeložili 50 km daleko do LDN, prý nebudou nic doplňovat.*“ Telefonuji do LDN, primář je skvělý: „*Ano, pacient je do hospicové péče plně indikován z našeho pohledu, uděláme u nás neurologické konzilium a v pondělí Vám pacienta rádi přeložíme. Manželku a rodinu to jistě podpoří.*“ Blahopřeji, pane primáři, takových lidí bych si v naší profesi přál víc.

Pacient je u nás 4. týden, stav se zhoršuje, syn byl s matkou jen jednou, pak zase odmítal přijít. Matka ale je klidnější, vidí, že manžel je zajištěný. Ví ale také, že může již zemřít každou hodinou. Ve čtvrtek ráno není stav pacienta dobrý, selhávání srdce, zjevně terminální plicní embolie, volám manželce. V 11 hodin mně volá sestra: „*Manželka pacienta je na pokoji, prosím přijďte za ní*“.

Vstupuji na pokoj, u lůžka stojí žena a vedle ní syn, hovoří na tátů, jako kdyby s nimi mluvil. Podívám se na pacienta a na první pohled vím, že právě vydechnul naposledy. Jeden můj pohled na manželku a ví vše, rozpláče se. Syn stojí vedle a je bezradný. Já pár vteřin také. Pak ale pokleknu k němu: „*Víš, je mi to moc líto, táta umřel...*“ Víc už říct nedokážu bez slz v očích a třese se mi i hlas. Vůbec nereaguje, oči strnulé, pak se tiskne k mámě, mám před očima své děti. Je tu i naše psycholožka, jen tiše stojíme, jsme blízko nich obou, abychom se mohli zachytit.

„*Co pro Vás můžeme udělat?*“ – „*Nemůžu řídit, zkusím někoho z rodiny zavolat.*“ – „*Nevolejte, jedu do Brna, vezmu Vás s sebou autem, zítra si své vyzvednete.*“ Souhlasí.

Po cestě několikrát zastavuji, chlapi je špatně, dusí se, pak má záchvat kašle. Máma je skvělá, ale zjevně vyčerpaná. Doma v bytě jsou rodiče její i manžela, dva z nich vážně onkologicky nemocní. S manželem spláceli hypotéku na byt, ale ještě je na mateřské dovolené s mladší dcerou, jak to vše bude? Rodiče také nevěděli o úmrtí, vyjadřuji soustrast, vysvětluji potřebné, nemohu hned odejít a nechat je tam samotné. Po půl hodině se rozloučím – druhý den ráno zde budu v 8 hodin a vezmu manželku do hospice, vše vyřídíme.

Jedu domů, mám to jen asi 5 km, ale skoro nemůžu řídit. Mám myšlenky všude jinde než tam. A moje prostřední dcera má ten den narozeniny, už jsem měl být dvě hodiny doma. Čekají na mě v kuchyni. Unaveně sednu ke stolu a rozpláču se. Poprvé za 16 let v medicíně, co jsem práci přinesl domů. „*Tati, co se ti stalo?*“ Vše jim řeknu, dostanu pusy, je mi trochu líp. Ještě že je mám.

Druhý den ráno ji vyzvednu. Je statečná, moc nemluví, jen mi silně stiskne ruku, když se loučíme. „*Děkuji, nikdy nezapomenu, co jste pro nás udělali.*“ Víc říkat nemusí, je mi zas o trochu líp. Za tři měsíce přišel email: „*Díky, je to těžké, ale syn už je zase ve školce a už je to lepší.*“ Díky Vám, Jano, je mi trochu líp.

Takže: Nemyslím, že je špatné občas brečet, ale potřeba je, aby to bylo pro lidi, pro něco. A vedle toho je třeba taky něco pro lidi dělat – abychom se mohli občas všichni od plic smát. Nezapomenu na kolegyni, praktickou lékařku, která mně zemřela v náručí při krvácení do plic u plicního nádoru. Vše věděla, znala další vývoj nemoci, měla skvělou rodinu, sama je podporovala. Týden předtím se chtěla nechat s dvěma dcerami vyfotit na pokoji hospice, na lůžku. Nádherná fotka, nikdo by neřekl, jak vážně je nemocná. Tolik úsměvu a radosti, že můžou být spolu, tolik odvahy.

Chválíme se, že máme jedno z nejlepších zdravotnictví na světě. Možná v některých akutních oborech je to u malé skupiny nemocných i pravda. Populace nám ale stárne, zdravé dožití se od nemocného liší již o 20 let a tato léta mnozí z nás žijí, a ještě více z nás bude žít v budoucnosti s nemocí. Mnohdy v plné závislosti na druhých několik měsíců či let. S těmito nemocemi i odejdeme z tohoto světa. V lednu 2014 během tří týdnů zemřelo v našem hospici 19 pacientů. 19 příběhů, 19 rodin o cca 80 lidech. Někteří z nich do svého životního příběhu museli přijmout fakt, že jejich nejbližší trpí nemocí, ale často i hloupostí, nezalostí, neochotou či dokonce vulgárností společnosti, a třeba i zdravotnického systému, ve kterém žijeme a pracujeme. Není mi to jedno i proto, že jednou budu jedním z nich.

Někdy brečím nad lidmi kolem sebe, často pro lidi a někdy je to i vidět. Možná jsem nenapravitelný humanista, ale i přesto, že mi hrozí, že zas budu brečet, od umírajícího pacienta neuteču. Nelíbí se mi, jak si ten život ulehčujeme. Rozmazlenost. To je to, čím trpí tahle společnost a doba. Hledat snadná řešení. Za jakoukoliv cenu. Tohle mě ale nebaví, protože to jako životní strategie vůbec nefunguje. Jako žádné sobectví.

## Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí

**Autoři: Marie Lukasová, Adéla Hradilová a kol.**

Publikace obsahuje příspěvky autorů, které zazněly na mezinárodní konferenci „Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí“ konané ve dnech 20.–21. února 2014 v Kanceláři veřejného ochránce práv v Brně, a dále příspěvky, jež vhodným způsobem doplňují tuto problematiku.

Publikace je vytvořena v rámci projektu Společně k dobré správě (CZ.1.04/5.1.00/81.00007). Tento projekt je financován z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

©Kancelář veřejného ochránce práv, 2014

### **Adresa:**

Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno  
tel.: 542 542 888, fax: 542 542 112, e-mail: [podatelna@ochrance.cz](mailto:podatelna@ochrance.cz), [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz)

ISBN 978-80-87949-03-0 (brož., Kancelář veřejného ochránce práv, Brno)

ISBN 978-80-87949-04-7 (pdf, Kancelář veřejného ochránce práv, Brno)