



Zařízení Domov V Podzámčí, p. o.

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Palackého 165, 503 51 Chlumec nad Cidlinou III
Zřizovatel:	Královéhradecký kraj
Ředitelka:	Mgr. Jana Cabadajová, MBA
Typ zařízení:	domov se zvláštním režimem
Kapacita:	76 lůžek
Datum návštěvy:	11. – 12. dubna 2022
Datum vydání zprávy:	13. září 2022
Návštěvu provedli:	Mgr. Barbora Matějková, Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. Lenka Rydvalová a Mgr. Vladislav Fryč, MPA

JUDr. Stanislav Křeček
veřejný ochránce práv



Obsah

Obsah	2
Úvodní informace	3
Shrnutí	6
Prostředí a vybavení.....	7
1. Orientace v realitě.....	7
2. Prostory připomínající běžnou domácnost	9
3. Soukromí.....	11
Zajištění bezpečí a volnost pohybu.....	16
4. Volnost pohybu.....	16
5. Zajištění bezpečí.....	19
6. Signalizace	20
Poskytovaná péče	22
7. Prevence malnutrice, podávání jídla a tekutin	22
8. Hygiena.....	28
9. Mikční režim	30
10. Bolest.....	32
11. Deprese	33
12. Příprava a podávání léků	34
Důstojnost a autonomie vůle klientů.....	36
13. Přístup personálu ke klientům.....	36
14. Komunikace	36
15. Důstojnost oděvů.....	38
16. Sexualita a intimita.....	39
17. Stížnostní mechanismus	39
Aktivní prožívání dne.....	42
Personální zajištění	44
Přehled opatření k nápravě.....	45



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Od roku 2006 veřejný ochránce práv plní **úkoly národního preventivního mechanismu** podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.¹

Proto **systematicky navštěvuji místa (zařízení)**, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Domovy se zvláštním režimem jsou jedním ze zařízení, jež mohu navštívit.²

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.³ Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv,⁴ konkrétně právníky, odborníky z oblasti sociálních služeb a zdravotnictví. Návštěva spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a klienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.⁵ Návštěvy jsou **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování sociálních služeb.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

Po každé návštěvě **sepíši zprávu. Většinou obsahuje návrhy opatření k nápravě.** Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k předcházení špatnému zacházení nebo jeho odstranění. **Zpráva nepopisuje zjištěnou správnou praxi zařízení** odpovídající dobrým standardům zacházení. **Soustředí se pouze na možné nedostatky.** Proto může působit velice nepříznivě a nevyváženě. Prosím čtenáře zprávy, aby na to pamatovali. Bez ohledu na závěry zprávy si vážím náročné práce všech zaměstnanců zařízení.

Zprávu pošlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsáním zjištěním a navrženým opatřením.⁶ Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

Navržená **opatření k nápravě** se liší svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Pro snazší orientaci obsahuje zpráva na konci **přehled** opatření k nápravě. Navrhuji také **termín provedení**.

1 Na základě § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.

2 Podle § 1 odst. 4 písm. c) zákona o veřejném ochránci práv.

3 Špatným zacházením se rozumí jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost a dosahuje určitého stupně závažnosti (samo o sobě, nebo při kumulativním účinku jednotlivých zásahů). V zařízeních sociálních služeb může mít špatné zacházení například podobu nezajištění bezpečí, nerespektování lidské důstojnosti, práva na soukromí, posilování závislosti na poskytované péči, nerespektování sociální autonomie, práva na spoluúčast při rozhodování o vlastním životě, anebo podobu neodůvodněného používání omezovacích prostředků.

4 Podle § 25 odst. 6 zákona o veřejném ochránci práv.

5 Podle § 21a ve spojení s § 15 zákona o veřejném ochránci práv.

6 Ustanovení § 21a odst. 3 a 4 zákona o veřejném ochránci práv.



- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Není-li to možné, provedou se v nejkratší možné době. Za bezodkladná označuji opatření, která považuji za naléhavá a velmi důležitá, anebo opatření běžně snadno proveditelná.
- Opatření s delší lhůtou je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho měsíce, tří měsíců, šesti měsíců nebo jednoho roku.
- Opatření s průběžným plněním navrhuji tam, kde je třeba zavést určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že zařízení opatření zavede co nejdříve a bude dbát na dodržování doporučené praxe.

Rád bych, aby zařízení ve vyjádření ke zprávě sdělilo, že (1) opatření provedlo a jak, nebo (2) kdy a jak opatření provede, nebo (3) navrhne jiné vhodné opatření a termín.

Pokud budu vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **považovat za dostatečná**, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující je vysvětlení zjištěných pochybení, doložení opatření k nápravě či věrohodný příslib jejich provedení.

Pokud vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **nebudu považovat za dostatečná**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁷ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace **zveřejním anonymizovanou zprávu z návštěvy zařízení** (s výjimkou jmen osob pověřených vedením zařízení) a **obdržená vyjádření** v databázi Evidence stanovisek ochránce (ESO).⁸

Po dokončení řady návštěv zařízení téhož druhu **vydávám tzv. souhrnnou zprávu**. Tu také zveřejňuji a posílám ji příslušným orgánům veřejné moci. V souhrnné zprávě bez vazby na konkrétní zařízení shrnuji svá zjištění a doporučená opatření k nápravě, navrhuji systémová doporučení, případně vytvářím standard dobrého zacházení. Souhrnná zpráva může sloužit nenavštíveným zařízením jako vodítko k odstranění špatného zacházení a jeho předcházení.

7 Tzv. sankční opatření, u kterých se postupuje obdobně podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

8 Evidence stanovisek ochránce (ESO) je dostupná z <https://eso.ochrance.cz>.



Charakteristika zařízení

Domov V Podzámčí se nachází na okraji obce Chlumeck nad Cidlinou v Královéhradeckém kraji. Zřizovatelem domova je Královéhradecký kraj. Poskytovatel nabízí několik sociálních služeb (domov se zvláštním režimem, domov pro seniory, odlehčovací službu a chráněné bydlení). **Předmětem návštěvy byla pouze služba domov se zvláštním režimem.**

Domov se zvláštním režimem je určen osobám od 27 let věku, zejména je však pro lidi od 60 let věku, se syndromem demence. Zařízení je koedukované, žijí v něm ženy i muži. Kapacita domova je 76 lůžek a v době systematické návštěvy byla zcela naplněna.

Budova je umístěna v areálu bývalého zdravotnického zařízení. Sestává se ze čtyř podlaží (přízemí a tři pater). V zařízení jsou jedno a dvoulůžkové pokoje. Ty jsou umístěny na dlouhých chodbách, které i dnes působí nemocničním dojmem. Dle sdělení personálu bydlí v přízemí spíše samostatní klienti a v prvním a druhém patře spíše klienti, kteří potřebují vyšší míru podpory. Ve třetím patře je pak prostor pro aktivizační činnosti (dílna pro rukodělné činnosti, tělocvična a relaxační místnost).

Přilehlý areál je tvořen zahradou se stromy, květinami, altánkem a budovami dalších služeb poskytovatele. Služby občanské vybavenosti v Chlumci nad Cidlinou jsou vzdálené přibližně 1,5 km. Přímo před budovou je zastávka autobusu, který jezdí do centra města v přibližně dvouhodinových intervalech ve všední dny a dvakrát denně o víkendu.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 11. – 12. dubna 2022 bez předchozího ohlášení. Ředitelka zařízení byla o návštěvě osobně informována při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále také „Kancelář“) jí předali pověření k provedení návštěvy, vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Barbora Matějková, Mgr. Petra Benáčková a Mgr. Tereza Hanelová. Na šetření se též podíleli pověření experti z oboru zdravotnictví a z oboru sociálních služeb Mgr. Lenka Rydvalová a Mgr. Vladislav Fryč, MPA.

Zaměstnanci Kanceláře navštívili všechny prostory zařízení. Hovořili s klienty a personálem domova. **Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkuji.**



Shrnutí

V Domově V Podzámčí jsem se nesešel se špatným zacházením s klienty. Je zde však několik oblastí, ve kterých jsem shledal pochybení, případně které vnímám jako rizikové.

Za nebezpečné považuji zejména uzamčení únikových východů ze zařízení, což může mít fatální důsledky v případě krizových situací. Rizikový je dle mého i aktuálně nastavený systém podávání léků, zejména postup, kdy při jejich drcení zdravotní sestry nemýjí třecí misku mezi léky jednotlivých klientů, a dochází tak postupně ke smíchání léků více klientů.

V oblasti nutriční péče shledávám jako nedostatečný nutriční screening. Zařízení nevyhodnocuje nutriční testy v potřebném intervalu. Stejně tak u klientů nedostatečně pracuje se sledováním příjmu stravy. Za zcela nevyhovující považuji systém sledování příjmu tekutin, kdy dochází jen k velmi nepřesným měřením. Celkově tak současný systém brání správnému nastavení nutriční péče. Osoby s demencí jsou přitom mimořádně ohroženy rizikem vzniku malnutrice.

Rovněž doporučuji, aby se pracovníci více zaměřili na to, jak klienti tráví den v zařízení a ve spolupráci s nimi systematicky plánovali a realizovali aktivity, které povedou k co nejdelšímu zachování jejich soběstačnosti.

Zaznamenal jsem i zásah do práva na soukromí klientů. Dochází k němu zejména při využívání kamerového systému, kdy některé z kamer částečně zabírají i vnitřní prostory pokojů klientů, pokud jsou do nich otevřené dveře. Upozorňuji také na nastavení stížnostního mechanismu, který kvůli dlouhým lhůtám pro výběr stížnostní schránky i pro samotné vyřízení stížností nelze považovat za efektivní.

Domnívám se, že nemalá část zjištěných nedostatků může pramenit z nedostatečného počtu personálu v zařízení. Za současného stavu není péče poskytována individuálně a tempem odpovídajícím potřebám klientů. Promítá se to například do nedostatečné nabídky a individualizace aktivizačních činností, do nedostatečného časového prostoru pro pomoc při podávání stravy či do situací, kdy se při spěšném provádění hygieny klient stává pouhým objektem péče, aniž by byl respektován jako aktivní subjekt, který rozhoduje v rámci svých schopností o jejím provádění.

Celkově je služba poskytována ústavním způsobem. Jsem však přesvědčen, že pokud zařízení přijme níže navrhaná opatření k nápravě a posílí počet pracovníků, případně pokud se mu podaří zefektivnit organizaci práce stávajícího personálu, může svým klientům poskytovat kvalitnější a individualizovanější péči.



Prostředí a vybavení

1. Orientace v realitě

Specifickým problémem syndromu demence je narušení či ztráta orientace v realitě. Součástí poskytované péče musí být promyšlená podpora orientace v realitě a odbourávání jejích překážek. Prostředí zařízení by mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno klientům se syndromem demence. Neschopnost orientovat se totiž může být příčinou poruch chování, či dokonce agresivity.⁹

Pomoc klientovi s orientací v realitě (v místě, osobě, čase) zahrnuje řadu prvků. Lidé se syndromem demence jsou ohroženi blouděním i ve známém prostředí. Prostor, kde se pohybují, má být proto přehledný, klienti mají vidět na personál a personál má o nich mít přehled. Jednotlivé místnosti (pokoj, koupelna a toaleta, denní místnost, jídelna) musí být označeny návodně a tak, aby upoutaly pozornost. Orientaci klienta v prostoru je třeba podpořit např. za pomoci piktogramu, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směrovkami, značkami.¹⁰ Musí být rovněž zohledněno, že mnoho lidí s demencí má strach ze tmy nebo má problém rozeznat nerovnosti terénu. Orientaci v čase je pak vhodné pomoci např. velkými nástěnnými hodinami, viditelným barevným provedením dne v týdnu, měsíce, roku.

Zařízení zjevně vyvíjí snahu o podporu orientace klientů, není však plně uzpůsobeno potřebám klientů s demencí. Pozitivně vnímám, že je zařízení světlé, jednoduše vyzdobené a poměrně přehledné. Jednotlivá patra jsou rozpořazením v podstatě identická, odlišena jsou barevnou výmalbou (barevným pruhem ve spodní části stěn). Domnívám se však, že pro klienty nemusí být zcela zřejmý rozdíl mezi světle zelenou výmalbou 1. patra a žlutou výmalbou 2. patra.

Na obou koncích jednotlivých podlaží se nachází číselné označení, o jaké patro se jedná. Na schodišti se nachází směrovník na další patro. Cedule směrovníku je však šedá s černým nápisem a barevným pruhem podlaží. To nepovažuji za zcela dostatečné (i s ohledem na barevnou podobnost podlaží). Na směrovník lze umístit např. obrázky toho, co se v daném podlaží nachází, a usnadnit tak orientaci klientům, kteří neporozumí psanému textu.

9 HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, str. 174.

10 „Samotné nápisy, barvy a symboly ještě zdaleka nepostačí k tomu, aby se pacienti s demencí v prostoru zařízení orientovali. Je třeba trpělivě a pečlivě učit orientaci v zařízení, je třeba je učit tomu, jaká barva je barvou jejich pokoje, jaké jsou společné prostory... Pacienti s demencí jsou někdy schopni sami nalézt určité orientační body, které nám nemusí být na první pohled nápadné. Proto by měli být ošetřující pozorní a měli by sledovat, co upoutává pozornost pacientů s demencí a podle čeho se začínají orientovat“ (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 177).



Obrázek 1: Směrovník

Pokoje jsou označeny číselně se jmenovkami klientů – jen ojediněle mají klienti na dveřích obrázek či fotografii, podle kterých by se mohli orientovat. Označení dalších místností v zařízení není zcela systematické. Některé místnosti jsou označeny piktogramy, jiné však pouze nápisy, což v případě klientů s demencí také nemusí být dostatečné.



Obrázek 2 – 5: Označení místností

Pro klienty s demencí může být problematická orientace nejen v prostoru, ale také v čase. V každém podlaží se nachází hodiny, další jsou v jídelnách, v aktivizační místnosti a dalších společných prostorech. Někteří klienti mají hodiny i v pokoji. Několikery hodiny však v době systematické návštěvy ukazovaly nesprávný čas, na některých nebyl čas přeřizen ze zimního, některé byly úplně zastavené. V přízemí budovy se nacházel dřevěný kalendář ukazující aktuální den, měsíc, rok a roční období. Jinde však byla pouze cedulka označující měsíc duben, bez bližšího určení dne či roku.



Ačkoliv vnímám snahu zařízení o podporu orientace klientů, domnívám se, že by s ní mělo více pracovat. Za vhodné považuji zejména doplnění orientačních prvků v prostorách zařízení. V některých jiných zařízeních jsem se například setkal s praxí, kdy byly určité místnosti označeny fotografiemi toho, co se v nich nachází (např. fotografie toalety na dveřích toalet). Zařízení by však při označení mělo vždy vyjít z potřeb jeho klientů. Je třeba pozorovat a vyhodnocovat, zda jsou konkrétní orientační prvky pro klienty přínosné, a odstraňovat prvky, které mohou být pro klienty matoucí. Zařízení by tak mělo zajistit, že všechny hodiny budou ukazovat správný čas, případně odstranit hodiny, které nefungují.

Opatření:

- 1) Uzpůsobit prostředí potřebám lidí s demencí, kteří mohou mít problém s orientací (do 3 měsíců).**

2. Prostory připomínající běžnou domácnost

Domov se zvláštním režimem, jakožto zařízení poskytující pobytovou službu, neslouží pouze k přechodnému pobytu klientů, ale má se co nejvíce přibližovat prostředí domova. Prostory by měly být co nejvíce uzpůsobeny cílové skupině a individuálním potřebám jednotlivých klientů.¹¹

Je normální a přirozené, že člověk během dne střídá různá prostředí dle typu činností: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity. Člověk s demencí má jako každý jiný právo střídat prostředí a z této změny profitovat. Je vhodné zvolit takové prostory, které poskytnou příjemné a bezpečné místo pro setkávání klientů navzájem a klientů s lidmi žijícími mimo zařízení. Jídelna v zařízení by měla být uzpůsobena přibližně pro 6 – 8 lidí, a vytvářet tak komunitní domácí dojem.¹²

V zařízení nejsou vytvořené běžné domácnosti, vnitřní uspořádání zařízení připomíná spíše zdravotnické zařízení, kterým budova v minulosti byla. Tento dojem evokují zejména dlouhé chodby, ze kterých se vstupuje do pokojů klientů.

Pokoje klientů jsou maximálně dvojlůžkové. Každý pokoj, případně 2 pokoje dohromady, má svou koupelnu. Klienti si mohou pokoje vyzdobit dle svého přání a s ohledem na prostorové možnosti i částečně vybavit svými věcmi.

Klienti mohou trávit volný čas v 1. a 2. patře v jídelnách, které zároveň slouží jako společenské místnosti s televizory. V přízemí takový prostor chybí, nachází se zde pouze kantýna, která ale slouží spíše jako obchod. Dále je klientům k dispozici tělocvična, aktivizační místnost, knihovna, kaple či zimní zahrada. Klienti také tráví čas na chodbách,

11 Bod 13 (Prostředí a podmínky) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále také „standardy kvality sociálních služeb“). Co se týče prostředí domova, rovněž odkazují na Doporučený postup MPSV č. 2/2016, Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou, str. 25 a násl. Dostupný z https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_Materialne_techicky_standard.pdf/cefae_a04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96.

12 Doporučený postup MPSV č. 2/2016, str. 25 a násl.



kde jim jsou k dispozici křesla se stolky či sedačky, což neodpovídá uspořádání běžné domácnosti.

V jednom patře se nachází prosvětlená zimní zahrada s květinami a křesly. Zařízení tyto prostory postupně vybavuje reminiscenčními prvky. Na konci každého podlaží se nachází prostor, ve kterém je např. rotoped či houpací křeslo. Během návštěvy však pověřeni zaměstnanci Kanceláře nezaznamenali, že by klienti tento prostor využívali. Procházel jím jen personál při pohybu mezi podlažími. To je možná způsobeno tím, že dveře k tomuto prostoru jsou zavřené, což klienty s demencí může zastavit. Je škoda, že klientům tento prostor příliš neslouží. Zařízení by mělo zjistit, proč tomu tak je, a pokusit se jej klientům zpřístupnit.

V zařízení jsou i menší kuchyňky, které jsou klientům částečně přístupné. Dle sdělení personálu je však využívají spíše pracovníci, případně rodinní příslušníci při návštěvách klientů. Pokud klienti chtějí například čaj nebo kávu, řeknou si personálu, který jim ji nachystá. Pracovníci také uvedli, že dříve si chodili klienti spolu s personálem do kuchyňky ohřát jídlo nebo pití, ale nyní už to klienti nedělají, údajně o to ztratili zájem. V době, kdy personál nemůže mít kuchyňky pod dohledem, např. když pracovníci v přímé péči nemohou být v daném patře, jsou kuchyňky uzamčené. Klienti nevyužívali ani kuchyňské linky v jídelnách. **Aktivní dopomoc či vedení k samostatnému využívání kuchyňek nejsou v zařízení poskytovány** (posilování kompetencí klientů se více věnuji v kapitole [Aktivní prožívání dne](#)).

V zařízení se také nachází prostory, které byly v době systematické návštěvy nefunkční. Klienti nemohli využívat venkovní terasy, na které jim byl z důvodu špatného technického stavu zakázán vstup. Stejně tak nejsou v provozu centrální koupelny, které slouží jako sklad. Považuji za správné, že hygiena klientů je prováděna v koupelnách jednotlivých pokojů, nikoliv centrálně. Zaskládání centrální koupelny však brání jejímu využívání v individuálních případech, např. pokud bude klient chtít využít relaxační vanu.

Zařízení by mělo aktivně podporovat klienty v tom, aby využívali prostory (například kuchyňky), ve kterých mohou rozvíjet či udržovat své dovednosti. Rovněž se domnívám, že by zařízení mělo zprovoznit prostory, které nyní neslouží klientům (venkovní terasy a centrální koupelny). Pokud zařízení nechce využívat centrální koupelny, může namísto nich vytvořit jiné prostory, které budou klienti moci využívat (např. vytvořit obývací pokoje).

Celkově by zařízení mělo směřovat k tomu, aby do budoucna byla služba domova se zvláštním režimem poskytována formou služby v domácnostech pro menší počet osob s uspořádáním, které evokuje běžný způsob života doma.

Opatření:

- 2) **Podporovat klienty ve využívání již funkčních prostor, např. kuchyňek či relaxačních zón (průběžně).**
- 3) **Zprovoznit nefunkční a nevyužívané prostory klientům (do 1 roku).**



3. Soukromí

Právo na soukromí je základním lidským právem, je chráněno nejen Listinou základních práv a svobod, ale i řadou mezinárodních smluv garantujících lidská práva. Mnohé jeho aspekty velmi úzce souvisí s lidskou důstojností.

3.1 Soukromí v pokojích

Každý klient by měl mít možnost uložit si osobní věci samostatně a bezpečně, a pokud to jeho kognitivní schopnosti umožňují, měl by mít také možnost si své věci uschovat do uzamykatelného prostoru a tento prostor volně spravovat. V závislosti na míře své orientovanosti by měli klienti mít i možnost uzamknout si pokoj. Klienti vnímají svůj pokoj jako svůj domov, kde stráví i několik let. Měli by proto mít možnost chránit svoje obydlí a soukromí. Možnost uzamknout si pokoj či alespoň osobní věci je realizací základního práva na soukromí.

Právo na soukromí však nemůže převážet nad potřebou zajistit bezpečí klientů. Je tedy třeba objektivně zhodnotit schopnosti a dovednosti klientů a vždy zjišťovat, zda u konkrétního klienta manipulace s klíčem představuje bezpečnostní riziko, a na základě této úvahy rozhodnout, zda mu bude klíč předán. Tato úvaha musí mít samozřejmě odraz v individuálním plánu klienta.

Pokoje v zařízení mají zámek na klíč, který klienti mohou mít u sebe. Část klientů klíči od pokojů disponuje. V pokojích mají klienti uzamykatelné skříně a malé trezory. Přání klientů mít klíč od pokoje a trezoru u sebe, se zaznamenává do dokumentu „Na čem jsme se domluvili“.

Pověření pracovníci hovořili s klientkou, která je samostatná. Uvedla, že necítí potřebu pokoj zamykat. Popisovala však, že se jí stalo, že u ní v noci seděl v pokoji jiný klient a nasazoval jí rukavice. Klientka zakřičela o pomoc a sestry klienta odvedly do jeho pokoje.

Domnívám se, že by klienti, kterým to jejich stav umožňuje, měli být ze strany zařízení více vedeni k uzamykání si svých pokojů a věcí. Ačkoliv klienti, kteří na to doposud nebyli zvyklí, nemusí cítit potřebu svůj pokoj zamykat, uvedená situace dokládá, že je uzamykání pokojů žádoucí. Zařízení by proto mělo klienty edukovat a snažit se je vést k tomu, aby vnímali své pokoje jako prostor, nad kterým mohou mít sami kontrolu.

Opatření:

- 4) Vést klienty k tomu, aby si chránili své soukromí, v závislosti na jejich schopnostech (průběžně).**

3.2 Soukromí při hygieně, v koupelnách a na toaletách

Ve vícelůžkových pokojích jsou nainstalované dělící závěsy k zajištění intimity a soukromí klientů. Pověření zaměstnanci Kanceláře zaznamenali, že v době systematické návštěvy personál zařízení závěsy důsledně využíval jak během hygieny, tak během výměny inkontinenčních pomůcek.



K jednotlivým pokojům, případně k dvěma pokojům dohromady patří koupelny s bezbariérovou sprchou, umyvadlem a toaletou. **Koupelny s posuvnými dveřmi však není možné uzamknout.** Vzhledem k tomu, že koupelny sdílí klienti dvoulůžkových pokojů, případně dvou různých pokojů, považují za žádoucí, aby klienti, kteří jsou toho schopni, mohli koupelny uzamykat, a zajišťovat tak své soukromí.

Opatření:

- 5) Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání koupelen, a to i na základě vyhodnocení jejich individuálních schopností (do 3 měsíců).**

3.3 Uložení dokladů

Někteří oslovení klienti nevěděli, zda mají osobní doklady u sebe. Z rozhovoru s jednou klientkou vyplynulo, že její občanský průkaz byl automaticky uložen u personálu. Dle sdělení pracovníků mají klienti možnost mít doklady u sebe, ale většina z nich je má uzamčeny na sesternách. Přístup k nim mají zdravotní sestry.

Upozorňuji, že k uložení dokladů u personálu by měl personál přistoupit pouze v případě vyhodnocení rizika zneužití či ztráty dokladu a po dohodě s klientem. Zařízení by mělo vždy individuálně vyhodnotit, zda je klient schopen mít doklady u sebe. Posouzení dovedností klienta nakládat s osobními doklady by přitom mělo být zaznamenáno v dokumentaci klienta. Klienty, kteří jsou v tomto ohledu samostatní, je vhodné rovněž informovat o potřebě ochrany dokladů před jejich zneužitím.

Opatření:

- 6) Vyhodnocovat, kteří klienti jsou schopni mít doklady u sebe a nepřístupovat nadbytečně k ukládání osobních dokladů klientů u personálu (průběžně).**

3.4 Kamery

Monitorování kamerami může být typickým zásahem do soukromí. Zákon o sociálních službách stanoví právo klientů na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí¹³ a povinnost poskytovateli „vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby“.¹⁴

Poskytovatel tedy musí na jedné straně přijímat opatření k zajištění bezpečí klientů a ochraně jejich práv, na druhou stranu musí volit opatření, jež tyto cíle naplní při co nejnížší invazivnosti či restriktivnosti. Instalace a využívání kamerového systému ve vnitřních prostorách zařízení sociálních služeb může být takovým opatřením, ale je nezbytné zajistit, že v daném konkrétním případě způsob práce s kamerami sleduje legitimní cíl a je tomuto cíli přiměřený.

¹³ Ustanovení § 38, druhá věta zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁴ Ustanovení § 88 písm. c) zákona o sociálních službách.



V zařízení je nainstalováno několik bezpečnostních kamer. Výstupy z nich jsou na monitorech na sesternách v 1. a 2. patře. Jedná se o živý přenos bez záznamu. Kamery jsou zapnuté 24 hodin denně.

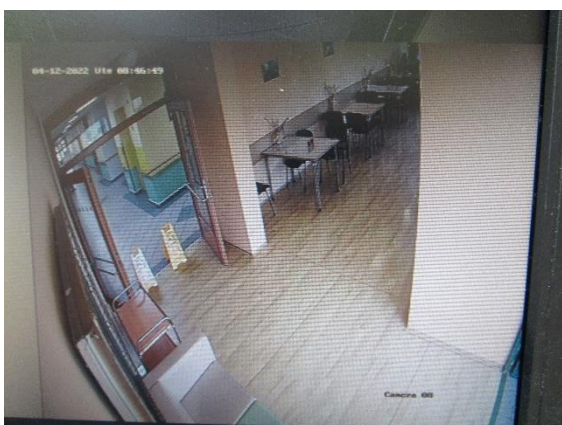
Kamery jsou instalovány na chodbách zařízení, na kterých klienti tráví poměrně hodně času (posedávají na gauči u schodů, pijí kávu na židlích na chodbách apod.). Některé kamery jsou nastavené tak, že pokud jsou otevřené dveře pokojů, tak snímají dokonce i jejich vnitřní prostor. Stejně tak kamery zabírají i část jídelny, která slouží i jako společenská místnost s televizí.



Obrázek 6: Pohled kamery do pokojů klientů



Obrázek 7: Pohled kamery na sedačku na chodbě



Obrázek 8: Pohled kamery do jídelny



Obrázek 9: Informační cedule

Pracovníci sdělili, že obraz z kamer sledují během jiné práce a pauzy v sesterně. Uvedli také, že kamerový systém využívají, aby měli přehled o tom, co se na patře děje, zda někdo neupadl apod. Pracovníci považovali využívání kamer za účelné s ohledem na personální limity zařízení. V zařízení ale není vyčleněn jeden člen personálu, který by obraz z kamer kontinuálně sledoval.

Při uspořádání služby ústavního charakteru, kdy nejsou vytvořeny jednotlivé bytové jednotky či domácnosti, dochází ke splývání prostoru, který lze považovat za veřejný a soukromý. Klienti považují za součást svého domova nejen své pokoje, ale i společné prostory a chodby, kde často tráví velké množství času. Kamerový systém jistě



nepředstavuje součást přirozeného domácího prostředí, v němž se může osoba cítit komfortně a uvolněně. Přítomnost kamer může v klientech vzbuzovat pocit, že jsou nepřetržitě sledováni, a ovlivňovat tak jejich chování.

Jsem si vědom toho, že zařízení má odpovědnost za klienty a oceňuji snahu předejít nepříznivým událostem, které klienta mohou v zařízení postihnout. Zajištění ochrany zdraví a života klientů, personálu a majetku patří mezi legitimní cíle zařízení. Tato odpovědnost má však své limity a nelze ji použít jako argument pro bezbřehé zásahy do soukromí klientů. Je proto nutné zkoumat na konkrétních podmínkách a s ohledem na konkrétní skupinu klientů, zda je monitoring kamerou způsobit dosažení vytyčeného cíle, zda je potřebný a zda je daný zásah do soukromí vyvážen užitkem z kamer.

Kamery v zařízení po mém soudu neobstojí z hlediska potřebnosti, když ve stejné nebo podobné míře lze daného cíle dosáhnout i jinak. Bezpečí klientů, personálu a majetku lze zajistit jinými, méně invazivními způsoby, jako je zajištění dohledu pracovníků zařízení (což může vyžadovat i navýšení jejich počtu). Zacílená individuální práce s konkrétními ohroženými klienty je mnohem šetrnější než plošný zásah do soukromí všech skrze kameru.

Za zvláště závažné pochybení považuji to, že kamery zabírají i vnitřní prostory pokojů klientů, pokud do nich mají otevřené dveře. Takovýto zásah do soukromí klientů je dle mého zcela neoprávněný. Zařízení by mělo pohledu kamer do pokojů zamezit. Zapnuté kamery rovněž nemohou dosahovat svého účelu ve chvílích, kdy je žádný z pracovníků zařízení nesleduje. Vzhledem k tomu, že v zařízení není vyčleněn pracovník, který by kamery stále sledoval, nepovažuji za účelný jejich nepřetržitý provoz. Celkově by zařízení mělo přehodnotit dosavadní provoz kamer. Vyhodnotit, zda vůbec, a případně v jakých místech a kdy lze považovat jejich provoz za legitimní a přiměřený, a kamery, u kterých to tak není, odstranit.

Opatření:

- 7) Dbát na soukromí klientů a odstranit kamerové systémy snímající prostory, kde se klienti pohybují v rámci každodenních činností (do 3 měsíců).**
- 8) Zamezit kamerovému snímání pokojů klientů (do 1 měsíce).**

3.4.1 Termokamera

Kromě bezpečnostních kamer se u vstupu do zařízení nachází i termokamera, která snímá tělesnou teplotu osob vstupujících do budovy. Výstup z této kamery je na obrazovce, která je přímo naproti vstupu do budovy. Kdokoliv, kdo se v tomto prostoru nachází, tak může vidět nejen svou teplotu, ale i tělesnou teplotu dalších osob, které jsou v tomto prostoru s ním.



Je nutné si uvědomit, že použití této technologie je intenzivnějším zásahem do soukromí, protože při něm dochází ke zpracování zvláštní kategorie osobních údajů, neboť informace o tělesné teplotě jsou údajem o zdravotním stavu člověka.¹⁵

Uvědomuji si, že zjišťování tělesné teploty osob, které vstupují do zařízení, může mít legitimní cíl (např. právě v době pandemie). Výsledek měření by však v takové situaci měl být dostupný pouze oprávněným osobám. Není správné, aby se při vstupu do budovy mohl kdokoliv podívat na obrazovku s výstupem z termokamery, a mohl tak zhodnotit, jakou tělesnou teplotu má člověk, který do budovy vchází současně s ním. V takovém případě by se jednalo o nepřiměřený neodůvodněný zásah do soukromí snímaných osob. Zařízení by proto mělo zamezit veřejnému pohledu na výstup z termokamery, například přemístěním obrazovky do místnosti, kde bude dostupná pouze osobám oprávněným kontrolovat tělesnou teplotu přicházejících.

Opatření:

- 9) Zajistit, aby byl výstup z termokamery dostupný pouze oprávněným osobám (do 1 měsíce).**

3.5 Lůžko odlehčovací služby v budově DZR

V zařízení jsem také zaznamenal, že jeden z klientů domova se zvláštním režimem bydlí v prostorách odlehčovací služby, kterou Domov v Podzámčí také poskytuje. Vzhledem k jeho ubytování v odlehčovací službě bylo jedno místo v budově DZR vyčleněno pro poskytování odlehčovací služby.

Toto místo (lůžko) je vyčleněno v pokoji, ve kterém trvale žije klientka DZR. Vzhledem k charakteru odlehčovací služby, ve které jsou klientům poskytovány pouze dočasné pobyty, se klientce DZR v pokoji často střídají různí spolubydlíci.

Takovéto nastavení nepovažuji za správné. Domnívám se, že může docházet k zásahu do soukromí klientů DZR. Je nutné si uvědomit, že pokoj je pro klienty DZR domovem, mají v něm své osobní věci a časté střídání prakticky cizích lidí jim nezajišťuje pocit soukromí a domova. Zařízení by proto nemělo ubytovávat klienty odlehčovací služby ve vícelůžkových pokojích v DZR.

Opatření:

- 10) Neubytovávat klienty odlehčovací služby ve vícelůžkových pokojích v DZR (průběžně).**

¹⁵ Ve smyslu čl. 4 odst. 15 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679, ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Též „GDPR“.



Zajištění bezpečí a volnost pohybu

4. Volnost pohybu

Klienti mají právo na volný pohyb a poskytování služby v co nejméně omezujícím prostředí s ohledem na své schopnosti a dovednosti tak, aby nebyla překročena hranice přiměřeného rizika. Zařízení by mělo vyhodnotit schopnosti a dovednosti samostatného pohybu u klientů, stanovit potřebný rozsah podpory a průběžně jej přehodnocovat. Schopnosti klientů s perspektivou samostatného pohybu by měly být rozvíjeny pomocí nácviku. Vše by pak mělo mít odraz v individuálních plánech a dokumentaci.

V rámci budovy se klienti mohou volně pohybovat mezi jednotlivými patry za pomoci výtahů i po schodištích. Klienti, u kterých zařízení vyhodnotí problémy s orientací a kteří mají tendenci opouštět zařízení, jsou ubytováni ve vyšších patrech. V jednom z pater je u schodiště umístěna sedačka, která nechává pouze úzký průchod na schodiště a opticky působí jako přepažení. Brání tak odchodu z patra hůře orientovaným klientům. Mezi klienty je sedačka velmi oblíbená a hojně jí využívají.



Obrázek 10: Sedačka na chodbě

Budova zařízení se na noc zamyká, přes den je odemčená. Podle sdělení ředitelky i dalších pracovníků chodí klienti převážně do zahrady, protože nemají, kam jít (občanská vybavenost je přibližně 2 km daleko, funguje zde však autobusové spojení). Personál běžně neposkytuje doprovod do města za účelem procházky či vyřízení pochůzek.

Odchody klientů ze zařízení sleduje pracovník recepce. Část klientů nosí na ruce bezpečnostní náramek, který upozorní personál na odchod klienta ze zařízení. To, zda bude mít klient náramek, se vyhodnocuje v plánech rizik klientů. Na vyhodnocení toho, zda bude mít klient náramek, se podílí metodička zařízení, vedoucí sociálního úseku a vrchní sestra. Záznam o využití náramku nacházíme např. v dokumentaci klienta A. Je zaznamenáno, že klient bloudí po celé budově, byl několikrát nalezen v cizích pokojích, v lůžku jiných klientů či v kapli. V reakci na to zařízení přijalo opatření, kdy byl klientovi dán bezpečnostní náramek, zavedeny častější kontroly pohybu klienta a nastaveno, že ven chodí v doprovodu personálu nebo rodiny.

Je správné, že je domov otevřeným zařízením a režim opouštění zařízení je u klientů individuálně vyhodnocován. Poloha zařízení však klientům neumožňuje snadnou dostupnost



občanské vybavenosti, jako jsou obchody či veřejné služby. Ne každý klient, který by si to mohl přát, zvládne samostatně (pěšky či autobusem) překonat vzdálenost do centra Chlumce nad Cidlinou. **Zařízení by proto mělo individuálně nabízet podporu a doprovázení do města za účelem procházky či vyřízení pochůzek klientům, kteří o to budou mít zájem.**

Opatření:

- 11) Umožňovat klientům individuální pohyb mimo areál zařízení s podporou personálu (průběžně).**

4.1 Pobyt na čerstvém vzduchu

Součástí poskytované sociální služby je také zajištění možnosti pobytu na čerstvém vzduchu, a to i trvalému ležícím klientům, mají-li zájem. V zařízení by mělo být nastaveno pravidlo, že záznamy o pobytu venku budou systematicky pořizovány, opak totiž vede k nekontrolovatelnému a zneužitelnému stavu. S ohledem na to, že možnost jít ven závisí na časových možnostech a ochotě personálu, může bez kontrolovatelného systému nastat situace, kdy se klienti dlouhodobě nedostanou na čerstvý vzduch.

Pracovníci sdělili, že klienti chodí ven, zejména když je hezky. Klienty s horší pohyblivostí berou ven také podle počasí. Během zimy berou tyto klienty do zimní zahrady a případně na „svícení“ do tělocvičny (jedná se o fototerapii speciálními lampami). Dříve pracovníci brali údajně klienty na lůžku na terasu, tam je však nyní kvůli statické zakázce vstup. Na jednotlivé balkóny v pokojích klientů lze vyjet pouze s polovinou lůžka. Celkově se dle sdělení personálu trvale ležící klienti na čerstvý vzduch dostávají velmi málo. Např. ze záznamů realizace péče u klientky B za období červen – září 2021 vyplývá, že se klientka na čerstvý vzduch prakticky nedostává, a to ani v teplých měsících roku.¹⁶

V této souvislosti odkazují na standardy Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT), dle kterých klienti zařízení sociálních služeb **mají mít v souladu se svým aktuálním zdravotním stavem možnost užívat během dne přístupu na čerstvý vzduch neomezeně.**¹⁷ Doporučuji tak zařízení nastavit pravidla pro pobyt klientů na čerstvém vzduchu a činit o tom záznamy tak, aby se nejednalo pouze o rozhodnutí personálu v přímé péči. V případě nezájmu klientů o pobyt venku je zapotřebí sledovat důvody.

Opatření:

- 12) Zajistit všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den bez časového omezení) a činit o tom záznamy do dokumentace klientů (průběžně).**

¹⁶ Dle záznamu realizace péče byla klientka přesunuta z lůžka na židli/invalidní vozík a zpět 2x v průběhu července, 1x v srpnu a 2x v září 2021. V září byla 1x doprovázena mimo zařízení. I pokud by všechna zaznamenaná vysazení z lůžka znamenala, že klientka byla doprovázena i ven, je i tak frekvence pobytu na čerstvém vzduchu zcela minimální.

¹⁷ Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. Bod 124. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 22. 6. 2022]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>.



4.2 Opatření omezující pohyb

Omezení volnosti pohybu klienta může nastat v souvislosti s použitím opatření omezujících pohyb. Opatření omezující pohyb klientů lze použít pouze v souladu se zákonnou úpravou.¹⁸ Je důležité, aby přijatá opatření, pokud jsou součástí specifické péče o klienty, nebyla nahodilá, neprofesionální ani výsledkem intuitivního rozhodování personálu. Musí jít o výsledek spolupráce lékaře, sester a pečujícího týmu pracovníků zařízení. Rovněž je třeba, aby vedení zařízení nastavilo jasná pravidla pro používání opatření, která mohou klienta omezovat v pohybu. Jejich nesprávné užití totiž může mít pro klienta závažné důsledky. Může představovat ohrožení jeho zdraví či života, zásah do jeho základních lidských práv a svobod.

Pracovníci v přímé péči při rozhovorech uváděli, že žádná opatření omezující pohyb nepoužívají, neboť nejsou potřeba. Pokud by se setkali s neklidným klientem, zkusili by jej zklidnit slovně, případně by situaci konzultovali se zdravotní sestrou a lékařem. Dále by se řídili jejich pokyny.

Postup při užívání opatření omezujících pohyb je upraven směrnicí č. 59. Při komunikaci s pracovníky však bylo zřejmé, že podmínkám či postupům při použití opatření omezujících pohyb zcela nerozumějí. Uvedli, že chtějí proškolit v tomto tématu a mají to již od vedení zařízení slíbeno. Dle sdělení vedení zařízení bude proškolení následovat po aktuálně probíhajících školeních.

Vzhledem k rizikům, která s sebou nese nesprávný postup při užití opatření omezujících pohyb klientů, považují proškolení personálu za nezbytné.

Opatření:

13) Proškolit personál zařízení v tématu používání opatření omezujících pohyb (do 3 měsíců).

4.3 Postranice

Postranice jsou běžně užívaným ošetřovatelským nástrojem, jehož účelem je zabránit pádu z lůžka, zároveň však mají potenciál omezit člověka v pohybu. Pro jejich užití je tedy nutno splnit několik podmínek:

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,
- nelze využít méně restriktivní opatření,¹⁹
- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, a nikoliv usnadnění práce personálu,

¹⁸ V souladu s ustanovením § 89 zákona o sociálních službách.

¹⁹ Např. snížení lůžka či položení matrace vedle lůžka.



- v individuální dokumentaci klienta musí být zaznamenáno, kdo užití nástroje doporučil a z jakého důvodu a musí být stanovena jasná pravidla pro jeho použití (kdy a po jaký časový úsek mají být používány²⁰),
- klient, který je mobilní, musí mít možnost sám lůžko opustit.²¹

Zároveň platí, že do rozhodovacího procesu o použití těchto nástrojů musí být zapojen klient, a to v takové míře, v jaké to jeho možnosti a schopnosti dovolují, a musejí být splněny výše uvedené podmínky.²²

Lůžka klientů jsou vybavena postranicemi. O užití postranic rozhoduje na návrh personálu lékaře. Užití postranic mají klienti zaznamenáno v individuálních plánech a dále na tabuli na sesterně, kde se nachází rozpis o užití postranic (den/noc). Aplikaci postranic mají na starost pracovníci v sociálních sužbách.

U některých klientů byly zaznamenány opakované pády z důvodů přelézání postranic. Zařízení však neuzivá jiné prostředky prevence pádů, např. protipádové matrace či snížení lůžka.

Považuji za nutné vyhodnotit příčiny pádů klientů a sestavit kroky, které by je mohly eliminovat. **Zařízení doporučuji zavedení alternativních prostředků prevence pádů k postranicím, jako např. protipádové matrace či snížení lůžka, a to především u klientů, jejichž pády jsou následkem přelézání postranic.**

Opatření:

- 14) **Systematicky vyhodnocovat pády klientů a přijímat opatření k jejich eliminaci (průběžně).**

5. Zajištění bezpečí

Rizikové situace jsou nedílnou součástí života každého z nás, přičemž poskytovatel sociálních služeb nese zodpovědnost za snížení pravděpodobnosti, že dojde k situaci, která by mohla vést ke zranění a ohrožení života klienta. Postupem, jak dostat této své úloze, je individuální zmapování a analýza rizik konkrétního klienta, posouzení, zda se jedná o přiměřené riziko, a následně případné přijetí preventivních opatření.

V rámci systematické návštěvy se pověřený zaměstnanec setkali s dvěma rizikovými skutečnostmi. První z nich je, že **únikové východy z budovy byly uzamčené**. Jedná se o již zmíněné terasy na konci jednotlivých pater. Dveře ke všem terasám byly zamčené, neboť je jejich využívání zakázáno statikem. Dle metodického pokynu č. 4 (Požár) je v případě požáru „*nezbytné vypnout uzávěr plynu a otevřít všechny únikové východy z budovy ven*“. Velmi se obávám, že pokud by došlo k požáru, personál nebude mít dost času nejprve

20 Noc, celý den, část dne.

21 Zkrácená postranice, technická úprava lůžka.

22 Viz také Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 6/2018 pro používání opatření omezujících pohyb, str. 21 a násl.



prostory odemkat, zejména, pokud by se tak stalo v noci. **Zařízení by mělo urychleně zajistit bezpečnou únikovou cestu.**

Jako druhé rizikové místo vnímám šachty na shoz prádla, jejichž dvířka, až na jednu výjimku, nebyla během systematické návštěvy uzamčena. Domnívám se, že vzhledem k šíři šachet zde existuje riziko úrazu.



Obrázky 11 – 13: Odemčené šachty na shoz prádla

Opatření:

- 15) Zajistit bezpečnou únikovou cestu ze zařízení (bezodkladně).**
- 16) Důsledně uzamykat dvířka šachet na shoz prádla (průběžně).**

6. Signalizace

Zásadním předpokladem zajištění bezpečí klientů je umožnit jim přivolat personál v případě potřeby (jako je náhlé zhoršení zdravotního stavu, akutní neklid spolubydlícího atp.). Dále by signalizace měla sloužit i k tomu, aby (nejen) imobilní klienti mohli přivolat pracovníka, pokud potřebují vysadit na toaletu či vyměnit inkontinenční pomůcku apod. Pokud klient nemá na dosah funkční signalizaci, je odkázán buď na pomoc spolubydlícího, nebo musí personál přivolat křikem. Obojí může být zvláště v noci obtěžující pro ostatní klienty. Vzájemné vyrušování se může negativně odrazit ve vztazích mezi nimi a je potenciálním zdrojem napětí a konfliktů. Za standardní je nutno považovat signalizaci dostupnou v pokojích, u ležících klientů z lůžka, v koupelnách a na toaletách.

Vnímám pozitivně, že budova zařízení je dobře vybavena signalizačním systémem. Signalizační zařízení se nachází u dveří pokojů, v koupelnách i u postelí klientů. Je také



u dveří ostatních společných místností. Pokud klient zmáčkne signalizaci, ohlásí se signál v sesterně a zároveň začne svítit světlo nad dveřmi pokoje.

Problém spatřuji v tom, že dotázaní klienti často o signalizaci nevěděli, případně nevěděli, k čemu slouží. Jedna klientka sdělila, že v noci slyší volat klienty o pomoc. Ačkoliv se jednalo o dobře orientovanou klientku, ani ona nevěděla o signalizačním zařízení (k čemu slouží a jak funguje). Jedna z pracovníků k tomu sdělila, že kdysi proběhl nácvik, většina klientů však manipulaci se signalizací prý nezvládá.

Druhý problém spatřuji v tom, že i kdyby všichni klienti věděli, že se jedná o signalizaci, ne všichni by se k ní v případě potřeby dostali. Někteří ležící klienti měli signalizaci (ovladač) natáhnutý k madlu nad postelí, jiní však měli tento ovladač za čelem postele na zdi, takže by na něj v případě potřeby nedosáhli.



Obrázek 14: Signalizace u lůžka

Zařízení by mělo usilovat o to, aby co nejvíce klientů dokázalo využívat signalizační zařízení. Mělo by proto vyhodnocovat a zaznamenávat schopnosti klientů při využívání signalizace a provádět systematický nácvik této dovednosti. Rovněž je třeba zajistit, aby instalovaná signalizační zařízení měli klienti v dosahu.

Opatření:

- 17) Zajišťovat funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou s ohledem na své kognitivní postižení schopni je ovládat, a realizovat systematický nácvik využívání signalizace (průběžně).**
- 18) Umisťovat signalizační zařízení tak, aby na ně klienti dosáhli z lůžka (průběžně).**



Poskytovaná péče

7. Prevence malnutrice, podávání jídla a tekutin

7.1 Prevence malnutrice

Nedostatečná nutriční péče může vést k malnutrici, která je příčinou dalších komplikací v péči, jako je zhoršení zdravotního stavu, prodloužení doby léčby, zvýšení rizika tvorby proleženin, zhoršení soběstačnosti a zvýšení úmrtnosti. Potřebu věnovat náležitou pozornost riziku malnutrice dále zdůrazňují i výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržením jejich kognitivních funkcí.²³

Vzhledem k významu správné nutriční péče a k rizikům, která jsou spojena s jejím zanedbáním, by v ideálním případě měl být součástí multidisciplinárního týmu zajišťujícího komplexní péči o klienta rovněž nutriční terapeut, který rozhodne o nutričních potřebách klienta, stavu jeho výživy, volbě vhodného výživového doplňku, sestavení jídelního plánu apod.

7.1.1 Nutriční screening

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces proveditelný zaškoleným pracovníkem (ošetřovatelem) za pomoci standardizovaných testů. Výsledkem může být zjištění, že klient není v riziku malnutrice, ale může potřebovat opakovanou kontrolu v určitých intervalech; nebo že klient je v riziku a má být vypracován nutriční plán a poskytována specializovaná péče dle závažnosti buď v zařízení, nebo poskytovatelem zdravotních služeb. Zařízení by při příjmu nového klienta mělo zaznamenat alespoň údaje o váze, výšce, body mass indexu, příjmu potravy. Za správné považují používání validních nutričních testů.²⁴ U klientů, kteří se nepostaví na váhu, je vhodné využívat alternativních možností zjišťování hmotnosti (např. měření obvodu paže či kožní řasy); a na základě těchto vstupních informací vyhodnotit, zda je klient ohrožen malnutricí. Tento postup by mělo zařízení opakovat v pravidelných intervalech.

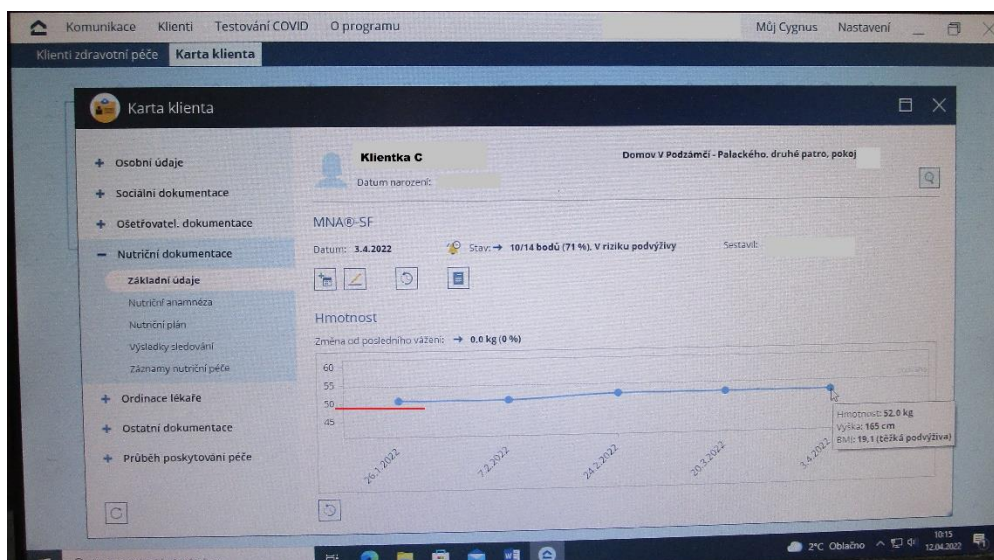
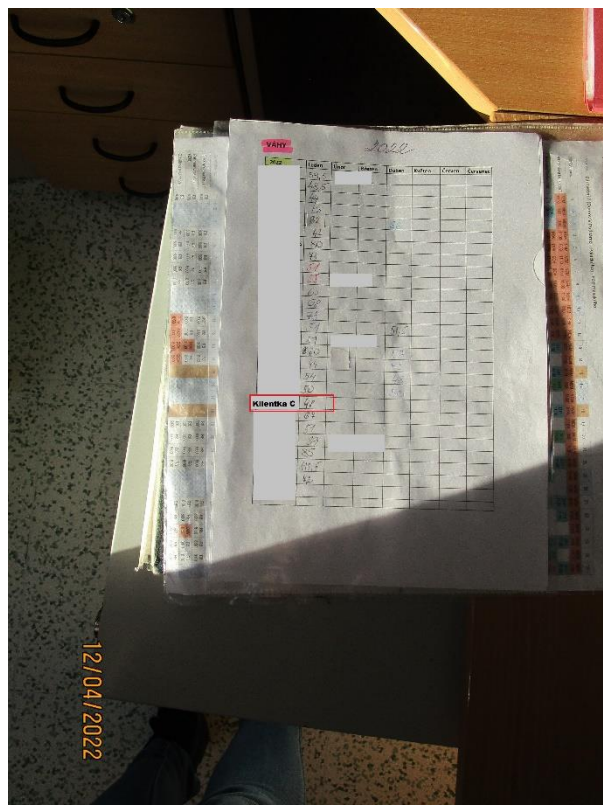
Do zařízení nedochází nutriční terapeut ani lékař. Pokud je potřeba řešit nutriční klienta, je postup dle sdělení personálu takový, že praktický lékař ze zařízení vezme dokumentaci klienta a poskytne ji nutričnímu lékaři. Lékař vyhodnotí další postup pouze ze zdravotnické dokumentace, aniž by klienta fyzicky viděl. Postup stanovení nutričních potřeb klienta pouze z informací dokumentace, aniž by jej nutriční lékař fyzicky viděl, vyšetřil a znal jeho funkční stav a preference, není obvyklý. Pokud je potřeba u klienta řešit pouze úpravu pokrmu (např. na mletou/mixovanou stravu), sdělí zdravotní sestry požadavky lékařovi, ten je akceptuje a zapíše změnu úpravy stravy.

23 NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Sledování nutričního a psychického stavu u nemocných s Alzheimerovou chorobou – vliv nutriční intervence v longitudinální studii. Disertační práce [on-line]. PK LF Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, 2009 [cit. 5. 6. 2022]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2-117_1_.pdf.

24 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.



V rámci stavu výživy klientů zařízení sleduje jejich váhu. Klienti jsou váženi 1x za měsíc. Pracovníci v sociálních službách zváží klienta a zapíší váhu do papírového seznamu. Zdravotní sestry následně údaj zaznamenají do systému Cygnus. U klientky C byla v měsíci lednu dle zápisu v papírovém seznamu zvážena váha 48 kg, do systému Cygnus však byla zanesena váha 50 kg. **Zařízení by mělo vždy důsledně pracovat se správnou váhou klientů.**

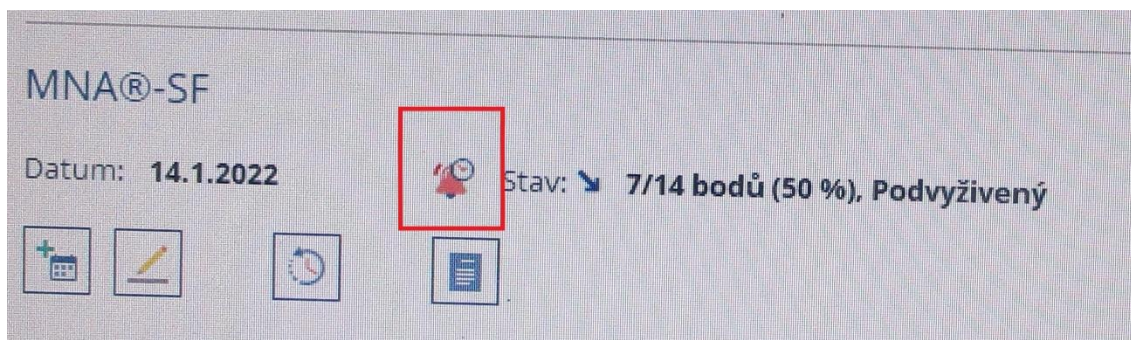


Obrázek 15 a 16: Rozdíl v zápisu váhy klientky

Dále zařízení využívá nutriční test MNA[®]-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form), domnívám se však, že s ním nepracuje zcela správně, neboť jej nevyhodnocuje dostatečně často. Například klient A je ve stavu podvýživy, přičemž výrazně hubne (zaznamenaný



úbytek váhy od posledního vážení je 9 kg). Nutriční test MNA[®]-SF u něj byl však proveden dle dokumentace pouze 2krát v roce 2021 (v únoru a říjnu) a 1krát v roce 2022 (v lednu). To neodpovídá standardu, kdy u klientů v lůžkové a dlouhodobé péči má být test prováděn každé tři měsíce, případně kdykoliv dojde ke změně zdravotního stavu.²⁵ U klienta A nebyl test opakován ani přes to, že program Cygnus, ve kterém zařízení nutriční stav klientů sleduje, přímo upozorňuje (symbolem červeného zvonečku) personál na to, že je s vyhodnocením v prodlení. Ani u dalších klientů zařízení neopakuje nutriční test v potřebném intervalu.



Obrázek 17: Upozornění na potřebu provedení nutričního testu u klienta A

Celkově nutriční screening v zařízení považují za nedostatečný. Hodnocení nutričního stavu klientů musí vycházet ze správně změřených a zaznamenaných hodnot a nutriční testy je nutné provádět ve správné frekvenci. Se současným nastavením screeningu zařízení nemůže získávat validní data o nutričním stavu klientů. Zařízení by dle mého mělo zvážit přenastavení spolupráce s nutričním terapeutem či lékařem tak, aby měl možnost klienty reálně vyšetřit.

Opatření:

- 19) Důsledně sledovat a hodnotit váhu klientů a správně pracovat s validními nutričními testy (průběžně).**

7.1.2 Sledování příjmu stravy a tekutin

Zařízení by mělo věnovat dostatečnou pozornost systematickému sledování příjmu stravy a tekutin. Zejména u těch klientů, kteří patří k ohroženým z hlediska vzniku malnutrice, případně si s ohledem na svůj zdravotní stav nejsou schopni zajistit si pitný režim sami. Tyto záznamy mohou být součástí nutričního dekurzu klienta. Záznamy pořizované personálem by měly mít vždy objektivizovanou podobu, nemělo by se jednat o neměřitelné subjektivní záznamy typu „jedl hodně“, „jedl málo“, což pro každého z pracovníků může znamenat něco jiného.

Pracovníci v přímé péči zaznamenávají příjem stravy u některých klientů. K zápisu využívají záznamový arch, do kterého uvádí, zda klient snědl čtvrt, půl, tři čtvrtě nebo celou porci, což je žádoucí. V záznamech denních hlášení pracovníků v přímé péči se ale také často

25 Nestlé Nutrition Institute. Nutrition screening as easy as mna. A guide to completing the Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA[®]-SF). [cit. 25. 7. 2022]. Dostupné z <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-english-sf.pdf>.



objevují záznamy o tom, že klienti odmítají stravu a pití, přičemž není jasné, zda to bylo nějak řešeno či alespoň hlášeno zdravotníkům. Dotázaná zdravotní sestra uvedla, že o tom, že klient málo jí, se dozvedí od pracovníků v přímé péči a v případě potřeby vyrozumí lékaře. **Ze sdělení zdravotního personálu však vyplývá, že záznamy pracovníků v přímé péči dále nijak nevyhodnocují, ani příjem stravy nezapisují do systému Cygnus.**

Klienti, u kterých je sledován příjem tekutin, mají v pokojích záznamové archy. Příjem tekutin zaznamenávají pracovníci v přímé péči podle chybějícího vypitého množství v hrncích klientů. Klienti mají různé hrnky. Pokud není hrnek graduovaný, odhadují dle sdělení pracovníků vypitý objem „podle oka“. Dotázané pracovnice však nedokázaly sdělit, jaký objem má negraduovaný hrnek klientky (odhadovaly 200 ml a 250 ml).

Pokud má hrnek graduaci, zapíše pracovníci vypité množství. I to je však problematické. Zápis provádí pracovníci v průběhu dne, ale nezapisují jej, až když je hrnek zcela vypitý. Pracovník při kontrole zapíše aktuálně chybějící množství tekutiny. Po určitém časovém úseku znovu zkontroluje hrnek a opět zapíše chybějící množství. Tekutiny během dne navíc kontroluje více různých osob, nikoliv jedna určená. Tento postup nelze považovat za správný. Snadno se může stát, že pracovník zapíše opakovaně stejné množství, jako vypité, i přesto, že klient od prvního zápisu dále nic nevpil.²⁶ **Záznamy o příjmu tekutin tak nemohou být přesné.**

Pokud zařízení dostatečně nevyhodnocuje záznamy o příjmu stravy, nemůže mít přehled např. o tom, co je příčinou hubnutí klienta, zda je to tím, že jí málo, nebo zda mu podávané porce nestačí k pokrytí energetického výdeje, nebo zda existuje jiná příčina hubnutí. Pokud zařízení tyto informace nemá, nemůže ani dobře reagovat na nutriční potřeby klientů, což s sebou nese riziko nedostatečné práce s prevencí a řešením malnutrice. Stejně tak bez správného měření příjmu tekutin dochází k ohrožení klientů dehydratací, zařízení by proto mělo přenastavit současný systém sledování příjmu tekutin.

Opatření:

20) Pořizovat objektivizované záznamy příjmu stravy a tekutin a pravidelně je vyhodnocovat ve spolupráci s lékařem (průběžně).

7.2 Podávání stravy a tekutin

Stravování je v pobytových zařízeních sociálních služeb součástí komplexní péče. Kromě toho, že dochází k uspokojení biologických potřeb, kultura stravování má na člověka významný sociální a psychologický dopad. Vedle zajištění potřebné pomoci k přijímání stravy by její podávání mělo probíhat důstojně a v příjemném prostředí. Poskytovaná podpora by přitom měla odpovídat skutečným potřebám klienta, zejména co se týče rychlosti jídla, způsobu polykání či preference jídla.

V opačném případě, kdy potřeby klienta nejsou respektovány, mohou nejen vznikat mnohá rizika (například vdechnutí potravy atd.), ale přijímání potravy se může také stát stresujícím a zatěžujícím momentem dne. Tím se nejen vytrácí společenský aspekt stolování, kdy klient přichází o možnost komunikace a sdílení s ostatními, ale zvyšuje se také například riziko výše

²⁶ Jinými slovy, může se stát, že pracovník zapíše např. 50 ml 3x po sobě, protože vždy, když jde zapsat příjem tekutin, v hrnečku klienta 50 ml chybí, i přesto, že reálně klient vypil pouze jedenkrát 50 ml.



zmíněné malnutrice, kdy v úmyslu vyhnout se nepříjemným zážitkům u jídla raději přestane klient přijímat potravu.

7.2.1 Podávání stravy

Část klientů se stravovala v jídelnách zařízení a část klientů ve svých pokojích. Jídelníček byl předem stanoven na týden, klienti neměli možnost výběru z více jídel.

Před jednotlivými denními jídlly byli klienti postupně přiváděni pracovníky zařízení do jídelny a usazováni ke stolům, případně jim byly nachystány stolky u lůžka. Vlivem nízkého počtu personálu pak klienti na jídlo poměrně dlouho čekali (přibližně 20 minut), a to několikrát denně. Jídlo bylo klientům servírováno na termoizolačních tabletech, což evokuje ústavní dojem stravování, nikoliv domov. Klientům se s nimi také hůře manipuluje, neboť si nemohou například jednoduše přisunout talíř blíže k ústům.

Při podávání stravy v pokojích klientů byli pověřeni zaměstnanci Kanceláře svědky např. situace, kdy nesoběstačná klientka, které stravu podávala pracovnice, začala po první lžici polévky kašlat. V průběhu kašlání dala pracovnice klientce napít, což kašel ještě zhoršilo. Aniž by se klientky optala, rozhodla se, že podávání polévky není vhodné a za stávajícího kašle začala klientce podávat druhý chod. Klientka stále ještě kašlající byla upozorněna, že „jí již nemá co dráždit, tak ať přestane kašlat a udělá ham“. Načež se klientka rozplakala. Pracovnice uvedla, že klientka se takto projevuje často, je velmi choulostivá a plačtivá. Misky s jídlem začala zavírat a odnášet. Pracovnice se k podávání stravy vrátila až z popudu pověřené zaměstnankyně Kanceláře, která se jí dotázala, zda by se klientky mohla zeptat, zda je připravená k jídlu poté, co kašel ustal. Klientka následně snědla 3/4 porce. Správný dle mého nebyl ani postup po ukončení podávání stravy, neboť bezprostředně poté, co klientka dojedla, pracovnice polohovala část lůžka pod hlavou klientky zpět dolů. To neposkytuje dostatek času na trávení, což nese velké riziko vomitu a následné aspirace.

Druhá klientka sdílející pokoj s touto klientkou byla také závislá v oblasti příjmu stravy. Po celou dobu čekala s odklopeným jídlem před obličejem a žádný pracovník se jí nevěnoval. Než se na tuto klientku dostala řada, jídlo už bylo studené. Pracovnice tedy oběd, na který se klientka předtím celou dobu dívala, vzala a odešla jej ohřát. V jiném pokoji pracovnice podávala stravu jedné klientce, zatím co druhá klientka odmítala jíst samostatně. Jídlo měla po celou dobu také odklopené, když se dostavila další pracovnice, aby jí s jídlem dopomohla, podávala jí jídlo pravděpodobně chladné.

Jsem si vědom toho, že pracovníci podávají stravu ve velké časové tísní. Popsané situace ale dle mého jasně dokládají, že je třeba posílit počet personálu, který stravu podává. Zařízení by mělo zvážit zapojení dalších pracovníků do podávání stravy, případně i zapojení dobrovolníků. **Je nutné zajistit, aby klientům byla podávána strava s respektem k jejich tempu, v dostatečném množství, bezpečným a důstojným způsobem.** Je také nutné, aby byl klientům ponechán čas pro bezpečné trávení jídla. Za vhodné považuji i to, aby klienti měli možnost výběru z více variant obědů.



7.2.2 Podávání tekutin

Některým klientům jsou tekutiny podávány injekční stříkačkou. Upozorňuji, že podávání tekutin tímto způsobem bez zdravotní indikace (ale např. v zájmu zjednodušení práce personálu) je nedůstojné.

V teoretické rovině podávání tekutin přes stříkačku může snížit riziko aspirace. Musí však být zajištěny hygienické podmínky. Stříkačka, kterou byly podávány tekutiny jedné z klientek, byla evidentně velmi stará (již chyběla graduace), navíc volně ležela na podnosu na stole klientky. Při podávání nápoje touto cestou navíc opět nastalo umělé navyšování příjmu tekutin, jelikož pracovnice do zápisového archu zapsala vyšší příjem tekutin, než je celkový objem stříkačky.



Obrázek 18: Injekční stříkačka k podávání tekutin

Pokud zařízení přistoupí k podávání tekutin klientovi za pomoci injekční stříkačky, musí se jednat o odůvodněné případy a musí být zajištěny hygienické podmínky.

Opatření:

- 21) **Zajišťovat, aby klientům byla podávána strava a tekutiny s respektem k jejich tempu, v dostatečném množství, bezpečným a důstojným způsobem (průběžně).**
- 22) **Zajišťovat pro pomoc se stravováním dostatek času a personálu (průběžně).**

7.3 Úprava stravy

U klientů, kteří mají potíže s polykáním, může být potřeba stravu upravit. Rozhodnutí o tom by mělo být zaznamenáno v dokumentaci klienta s dostatečnou informací o tom, kdo, kdy a z jakého důvodu je učinil. Přechod na mechanicky upravenou stravu je totiž pro klienta zásadní změnou, vnímá ztrátu svých schopností a soběstačnosti a přichází o plný zážitek z jídla.



Mixování stravy by mělo být v rámci mechanické úpravy až nejzazší formou úpravy, před kterou má přednost krájení a mletí, které ponechává možnost vnímat strukturu stravy. Vždy by měly být odděleny jednotlivé složky stravy. Jedině tak je mj. možné zajistit, aby klient snědl nutričně hodnotnější složku, pokud nedojídá celou porci. Rovněž v případě smíchání všech rozmixovaných složek stravy dohromady vzniká nevzhledná nechutná směs. Její podávání klientům je za hranicí důstojnosti. K získání vhodné konzistence stravy pro polykání je možné využít také speciální zahušťovadla stravy.

Pokud si pracovníci v přímé péči všimnou, že má klient problém s polykáním, ohlásí to zdravotní sestře a ta jim dá zadání ohledně toho, jakou stravu má klient mít. Zařízení dle sdělení pracovníků systematicky nepracuje s hodnocením dysfagie, která bývá u seniorů velmi frekventovaná. Hodnocení dysfagie je v kompetencích všeobecné sestry, existuje jednoduchý praktický screening.²⁷

Mechanická úprava stravy je v zařízení poměrně individualizovaná (někteří klienti mají stravu neupravenou, někteří mletou, někdo mixovanou). U mixovaných jídel byly někdy částečně oddělené složky stravy (knedlík se šťávou z masa a maso se šťávou byly mixované zvlášť), jindy ale byla mixovaná ryba s bramborovou kaší dohromady. V obou případech byl mixovaný pokrm prakticky tekutý. Klienti tak nemají příliš možnost poznat, co je jim podáváno.

Zařízení by mělo poruchy polykání aktivně zjišťovat a vyhodnocovat. Pokud se u klienta vyskytne porucha polykání, je vhodné upravit stravu do vyhovující struktury, např. pomocí zahušťovadel tekutin, případně mechanickou úpravou stravy, tak aby vše odpovídalo nutričně, chuťově i vizuálně plnohodnotné stravě. Celkově dotázaní klienti nehodnotili stravu v zařízení příliš kladně.

Opatření:

23) Při mechanické úpravě stravy upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (průběžně).

8. Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny je základní lidskou biologickou potřebou. Pravidelná osobní hygiena udržuje kůži v dobrém stavu a brání vzniku možných komplikací (infekcí, dekubitů). Pocit čistoty zároveň navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Zajištění podmínek pro osobní hygienu či dopomoc při osobní hygieně je jednou ze základních činností, které je domov povinen klientům zajistit.²⁸

27 Např. GUSS test či screening dle Mandysové (známý též jako Osmipoložkový test pro screening poruch polykání).

28 Ustanovení § 50 odst. 2 písm. c) zákona o sociálních službách.



Ranní hygiena²⁹ u klientů, kteří potřebují nižší či vyšší míru podpory právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,³⁰ večerní hygiena³¹ zase každý večer.³² Taktéž intimní hygienu je zásadní provádět každý den.³³ Je rovněž důležité, aby personál domova zajistil u klientů i tzv. **celkovou koupel** (dále také „koupel“), **a to minimálně dvakrát týdně**. Celková koupel zahrnuje umytí celého těla, včetně vlasů, pod tekoucí vodou, dále vyčištění zubů a případně i oholení. Probíhá vždy v koupelně (ve vaně, sprše, na koupacím vozíku nebo vodním lůžku). Celkovou koupel nelze nahradit tzv. hygienou na lůžku, tedy omytím těla klienta žínkou a vodou, nebo jinými hygienickými prostředky, na jeho posteli v pokoji.³⁴ Účinek tekoucí vody totiž při hygieně na lůžku nelze nijak nahradit.

Tato výše uvedená pravidla jsou však pouze minimálním standardem. Především totiž platí, že klienti, a to samozřejmě včetně klientů s potřebou podpory v oblasti hygieny, **by si dle svých potřeb měli svobodně rozhodnout, jak často by u nich hygiena měla probíhat** (jak je běžně v populaci standardem). Personál by jim tudíž měl v této oblasti vycházet maximálně vstřícně. V opačných případech, kdy klient hygienu naopak odmítá, ho do ní nelze nutit. Personál by se však měl ptát po důvodech odmítání a s klientem systematicky individuálně pracovat na získávání hygienických návyků a způsobu zajištění hygieny, který klientovi vyhovuje.

Podle sdělení personálu je v zařízení několik klientů, kteří hygienu zvládají samostatně, někomu dopomáhají a u některých klientů ji provádí celkově personál. S hygienou dopomáhají klientům pracovníci v přímé péči dle harmonogramu. Celková koupel probíhá 1x týdně, každý klient má pevně stanovený den v týdnu, kdy je hygiena prováděna. Pokud si klient nepřeje celkovou koupel večer (v rámci noční hygieny okolo 19 hodiny), domluví se na jiném čase. Celková koupel probíhá v koupelnách klientů pod tekoucí vodou.

Jednou za 14 dnů pracovníci stříhají klientům nehty. Při návštěvě se pověřený zaměstnanci Kanceláře setkali se situací, kdy za klientkou přišla pracovnice přímé péče, aby jí ostříhala nehty. Při stříhání si klientka stěžovala, že minule měla zastřížené nehty tak, že se jí pak zadržovaly o kalhoty. Poprosila proto pracovníci, aby ji nehty pilníčkem zapilovala. Pracovnice sdělila, že pilník nemá, pokusila se nehty ještě trochu zastříhnout a poté odešla. Zmíněná klientka má pohybová omezení, takže si nemůže v tomto ohledu nijak pomoci sama.

29 Umytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání, holení (individuálně).

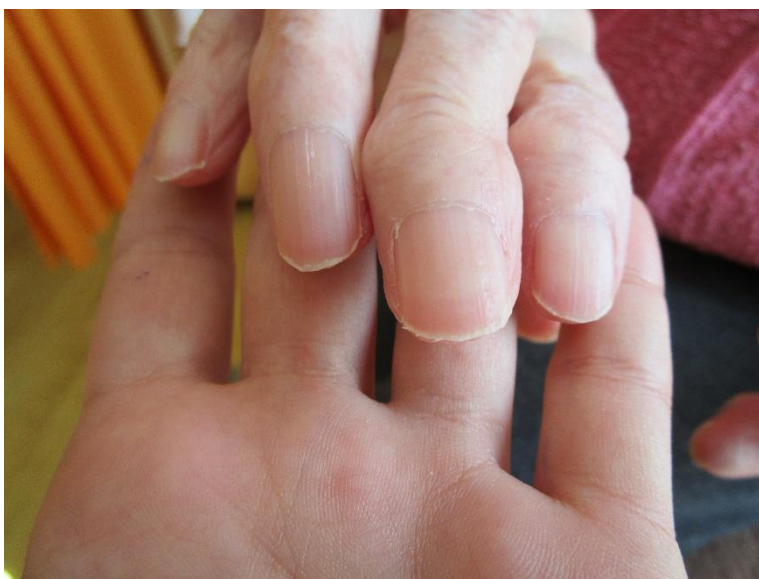
30 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

31 Umytí rukou a obličeje, čištění zubů, holení (individuálně).

32 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

33 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

34 Dougherty L, Lister S. The Royal Marsden Hospital Manual of Clinical Nursing Procedures. Oxford: Wiley-Blackwell, 2015. ISBN: 978-1-118-74592-2.



Obrázek 19: Nehty klientky po ostříhání pracovnící zařízení

Zajištění celkové koupele 1x týdně nepovažuji za dostatečné. Jsem si vědom obtížnosti zajištění dostatku personálu, zároveň jsem však toho názoru, že **celková hygiena by všem klientům měla být umožněna alespoň dvakrát týdně.** Upozorňuji, že dopomoc při hygieně by neměla sledovat provozní potřeby poskytovatele (tj. pevně stanovený harmonogram), nýbrž individuální přání a potřeby klienta. Stejně tak by klient neměl být po úkonech hygieny ponechán ve stavu, který je mu nepříjemný (jako v případě ostříhání nehtů).

Opatření:

- 24) Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, umožnit celkovou koupel nejméně dvakrát za 7 dnů (průběžně).**

9. Mikční režim

Jedním z projevů demence je inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet klienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu, včetně režimu mikčního. Klient by měl mít možnost se v cca 2hodinových intervalech, i častěji, vymočit. Takto nastavený režim může minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.³⁵

Pracovníci v sociálních službách by měli mít jasné zadání, koho z klientů vysazovat na (přenosné) WC, komu pomáhat dojít na toaletu, komu použití toalety připomínat a jak často. Komunikační bariéra na straně klienta (klient si neřekne, že potřebuje doprovodit na WC) by neměla být důvodem pro ukončení dopomáhání na toaletu. Mikční režim by měl vycházet z individuálních potřeb každého klienta a měl by mít odraz v jeho dokumentaci, včetně záznamů o průběhu péče v této oblasti.

35 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 109.



V zařízení se nachází několik klientů, kteří jsou zcela bez inkontinenčních pomůcek, dále jsou klienti, kteří nosí inkontinenční pomůcky jen pro jistotu, a klienti, kteří mají pleny. Pracovníci sdělili, že o nastavení mikčního režimu klienta rozhoduje tým složený z pracovníků v přímé péči, zdravotní a vrchní sestry. Výměnu inkontinenčních pomůcek provádí plošně 3x denně, popřípadě individuálně dle potřeby.

Některé klienty pracovníci vysazují na toaletu, vždy ale čekají, až si klient sám řekne nebo zazvoní signalizací. Pravidelně klientům použití toalety nepřipomínají, neprobíhá systematický trénink mikce.

Zde vidím riziko zhoršování inkontinence. Personálu je málo a mnoho klientů ani neví, jak si mohou personál přivolat jinak než křikem, případně vůbec nekomunikují verbálně. Hrozí tak situace, že klient potřebuje dopomoc na toaletu, ale pomoci se nedovolá. Možným důsledkem je například to, že klienti využívají inkontinenční pomůcky nadbytečně, což dále vede k postupnému oslabení schopností v této oblasti a vzniku skutečné potřeby inkontinenční pomůcky mít. Dochází tak ke zbytečnému posilování závislosti na podpoře personálu domova. Zařízení by mělo zavést systematický trénink mikce³⁶, a zajistit tak, že klientům bude poskytována potřebná míra dopomoci v této oblasti.

Někteří klienti mají permanentní močový katetr (PMK). Klient D nosil sběrný sáček na moč v ruce. Pohyboval se takto v zařízení a chodil i do jídelny. Pracovnice uvedla, že klient kdysi měl gumový držák na sběrný sáček, ale ztratil jej, a jelikož je drahý, tak nový nebudou pořizovat.

Tato situace je nejen nedůstojná, stigmatizující, ale i nehygienická. Klient D si moč ze sběrného sáčku vypouští sám. Aby byly dodrženy hygienické podmínky, je potřeba výpustný píst dezinfikovat po každém vyprázdnění sáčku, jinak zůstává zbytek moči na pístu. Na toaletě ve svém pokoji však klient žádnou dezinfekci neměl. Dochází tak k ohrožení dalších klientů, nejen v jídelně.

U mobilních klientů je také potřeba dodržovat několik zásad: mj. sběrný sáček nelze pokládat na podlahu, na tělo klienta (břicho, nohy), nelze s ním manipulovat nad úrovní močového měchýře, kvůli riziku zpětného toku a kontaminace močového měchýře. Pověření zaměstnanci Kanceláře byli opakovaně svědky přesně těchto rizikových situací.

Zařízení musí u klientů s PMK zajistit jejich důstojnost a ochranu jejich zdraví i zdraví ostatních klientů. Upozorňuji zařízení také na to, že pověření zaměstnanci Kanceláře zaznamenali v přízemí budovy poměrně silný zápach, který pocházel pravděpodobně z použitých plen. Zařízení by mělo dbát na to, aby klientům byla poskytována péče v čistém a příjemném prostředí.

Opatření:

25) Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (průběžně).

36 Např. zavést trénink močového měchýře dle Doporučeného postupu Urogynekologické společnosti ČR (známý též jako mikční drill), popisovaný Českou urologickou společností např. zde <https://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>.



- 26) Zajišťovat hygienické a důstojné používání permanentního močového katetru (průběžně).
- 27) Zajistit klientům pomůcky na diskrétní a bezpečné uložení sběrného sáčku na moč (do 1 měsíce).

10. Bolest

U klientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,³⁷ může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, příp. může vést k poruchám chování (vnímaných jako neklid či agrese) a následnému zbytečnému omezení klientů.

V rámci poskytované péče je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost bolesti a její léčbě. Zejména v pokročilých stádiích demence, kdy již klient není schopen verbalizovat svoje pocity, je třeba, aby schopnost detekovat bolest zvládnul pečující personál.³⁸ Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Zdravotní sestry i pracovníci v přímé péči sdělili, že ke sledování bolesti nejsou využívány žádné škály, ale postupují spíše intuitivně. Vychází z toho, že klienta znají, a pokud jej něco bolí, vysledují diskomfort z jeho reakcí (ze sténání, mimiky apod.).

Pracovníci v přímé péči také uváděli, že detekovaný projev bolesti nikam nezaznamenávají, ale sdělují to zdravotní sestře. Sesterské záznamy realizace ošetrovatelské péče vedené jednotlivým klientům zpravidla neobsahují vlastní slovní hodnocení ani popis péče pro daný den, ale nejčastěji obsahují pouze předepsané a kopírované hodnocení. V dokumentaci klientů tak chybí individualizace záznamu o případných projevech bolesti klienta. Většina sesterských záznamů je prakticky stejná. Stručná slovní hodnocení se objevují pouze v záznamech denních hlášení sester, která však shrnují stav pouze několika málo klientů za daný den.

Upozorňuji, že se při vedení záznamů realizace ošetrovatelské péče nejedná pouze o problematiku bolesti, ale jakýchkoliv obtíží. Pakliže se u klienta v daný den vyskytne jakýkoliv ošetrovatelský problém, není v jeho dokumentaci realizace ošetrovatelské péče zapsán (např. známky úzkosti, deprese, neklidu, koncentrované moči apod.), neboť jsou stále dokola kopírovány stejné záznamy.

Ačkoliv chápu, že pracovníci klienty znají a mohou u nich vyzorovat projevy diskomfortu, nejedná se o objektivizované poznatky. Prosté pozorování projevů klienta navíc vyžaduje značné množství času, který, domnívám se, pracovníci v současném počtu nemají. **Proto považují za potřebné využívat dostupné škály, které byly sestaveny pro seniory s demencí, a vést pečlivé záznamy. Za vhodné považují také v ošetrovatelských záznamech psát vlastní slovní hodnocení péče a průběhu dne. Přednastavené hodnocení nepovažují**

37 Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014 [cit. 25. 6. 2022]. Dostupné z <https://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>.

38 Existuje řada škál k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí, např. DOLOPLUS-2, ECPA, PACSLAC či PAINAD.



za dostatečné, jelikož se v něm nevyskytuje individuální zhodnocení klienta v průběhu dne.

Opatření:

- 28) Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména pak u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (do 1 měsíce).**
- 29) Vést vypovídající ošetřovatelské záznamy (průběžně).**

11. Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,³⁹ často však bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese, v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

U klientů není vyhodnocováno, zda se u nich neprojevuje deprese, zařízení nevyužívá hodnocení GDS⁴⁰ ani jiné nástroje. Pakliže dochází k psychickému zhoršení klienta, oznámí pracovníci změnu psychiatričce, sami žádné intervence neposkytují.

Plačtivá klientka, zmíněná v [kapitole 7.2.1](#), u které byli zaměstnanci Kanceláře v průběhu podávání stravy, je také v péči psychiatričky. Na dotaz, zdali byl psychiatričce sdělen fakt, že klientka je v tomto psychickém rozpoložení a projevuje se často plačtivě, pracovníce v přímé péči sdělila, že to řekla zdravotním sestram. Oslovená sestra uvedla, že jí tato skutečnost sdělena nebyla, takže neví, zda to někdo dále řešil.

Jsem si vědom toho, že objektivně posoudit míru deprese je velmi obtížné. Proto doporučuji, aby zařízení využívalo vypovídající způsob posuzování deprese, jako je např. geriatrická škála deprese, a s tím dále systematicky pracovalo. Vzhledem k tomu, že zařízení nyní systematicky nezjišťuje duševní stav klientů, vnímám riziko, že informace o duševním stavu klientů nejsou dostatečně vyhodnocovány a předávány (s ohledem na nedostatky v záznamech ošetřovatelské péče zmíněné v [kapitole 10](#)). Kvůli tomu pak nemohou být ani dostatečně intervenovány případné obtíže.

Opatření:

- 30) U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost zkoumání, zda nemají depresi (průběžně).**
- 31) Stanovit pro práci s depresí jasné zadání a povinnosti pro personál (do 3 měsíců).**

³⁹ HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.

⁴⁰ Geriatric Depression Scale je celosvětově rozšířená škála, jedna z nejčastěji používaných pro zjišťování deprese u seniorů.



12. Příprava a podávání léků

Systém podávání léků musí být nastaven bezpečně, aby bylo sníženo riziko chyby a bylo zajištěno, že manipulovat s léky bude moci pouze osoba k tomu oprávněná.⁴¹ Podávání léků by mělo probíhat způsobem odpovídajícím pokynům výrobce a lékaře. Pracovník si před podáním léku musí ověřit, zda se jedná o „správného“ klienta a zda se název léku, podávaná dávka, aplikační cesta a čas podání shodují s ordinací lékaře. Ve zdravotnické dokumentaci klienta by měl být uveden záznam o podání léčivého přípravku včetně podaného množství.⁴²

Skladování léků v zařízení bylo v době systematické návštěvy v pořádku, skříně s léky (včetně vozíku) byly uzamčeny. Ordinance lékaře byly přesné, nenacházela se zde léčiva s označením dle potřeby, a to ani neklidová medikace. Je správné, že klientům jsou podávány léky na základě přesné ordinace lékaře.

Léky chystá zdravotnický personál na noční směně vždy na týden dopředu. Medikace se chystá dle ordinačního listu. Dávkováče léků jsou opatřeny jménem klienta, kterému patří. Z takto přichystaných dávkováčů jsou léky v další dny podávány.

Pověření zaměstnanci Kanceláře přihlíželi podávání léků klientům. Podávání léků probíhalo u všech sledovaných zdravotních sester obdobně. Léky z dávkováčů si všeobecné sestry **vysypaly do dlaně**, následně je daly na lžičku a poté podaly klientovi, případně je přímo podaly klientovi do dlaně a ten je zapil.

Pokud bylo potřeba léky drtit, **vysypaly léky do dlaně**, poté do třecí misky a z třecí misky na lžičku. **Hmoždíř však mezi léky jednotlivých klientů neumývaly a nedezinfikovaly. Docházelo tak k míchání jednotlivých léků od předchozích klientů.** Zdravotní sestra k drcení sdělila, že když má klient problém léky spolknout, nadrtí je v hmoždíři, gel na pomoc s polykáním léků v zařízení nevyužívají.

Postup, kdy jsou léky podávány z předem nachystaných dávkováčů, skýtá několik rizik. Pokud léky podává pracovník, který je nechystal, zvyšuje se výrazně riziko chybovosti. Pracovník, který rozdává předem nachystané léky, již totiž nemá žádnou možnost, jak zkontrolovat, zda skutečně podává danému klientovi správný lék. Navíc v případě změny zdravotního stavu klienta není možné, aby zdravotník okamžitě reagoval. Veřejný ochránce práv na problematiku, kdy lék podává někdo jiný, než kdo jej připravoval, a rizika s tím

41 Jedná se o registrovanou všeobecnou sestru, praktickou sestru, dětskou sestru a zdravotnického záchranáře podle ustanovení § 4 odst. 3 písm. b), § 4a odst. 2 a), § 4 b odst. 2 a § 17 odst. 2 písm. b) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

42 Ustanovení § 1 odst. 2 písm. e) bod 2 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.



spojená upozorňuje dlouhodobě.⁴³ Obdobně na rizika tohoto postupu upozorňuje i česká a zahraniční odborná praxe.⁴⁴

Praxi, kdy personál nečistí hmoždír po každém jednotlivém drcení léků, a dochází tak k jejich následnému smísení, pak hodnotím jako nepřijatelnou.⁴⁵

Opatření:

- 32) Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (průběžně).**
- 33) Vymezit si dostatečné množství času na podávání léků. Léky podávat dle doporučených postupů – nedotýkat se léčiv rukou, zabránit míchání léků při jejich drcení (průběžně).**

43 Viz Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem [online], str. 54. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 27. 6. 2022]; dostupná z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf.

44 Viz např. PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6, str. 107: „Při podávání léků na psychiatrii vychází sestra ze stejných principů a norem jako v jiných oborech. Tím jsou míněny takové zásady, jako je např. bezkontaktní příprava léků dle platné ordinace a z originálního balení; **podání léku tou sestrou, která jej připravila**; způsob aplikování léčivého přípravku dle ordinace lékaře a doporučení od výrobce; bezpečné skladování léčiv a kontrola doby použitelnosti léku; dokumentování podané medikace apod. V zahraničí např.: KRONENBERGER, Judy. LEDBETTER, Julie. Jones & Bartlett Learning's Comprehensive Medical Assisting 5th Edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2016, ISBN-13: 978-1284208832, s. 589. Medication Administration Basics, Safety guidelines, Nr. 19: „Never give a medication poured or drawn up by someone else“ (Základní zásady podávání léků, Bezpečnostní pravidla, bod 19: „**Nikdy nepodávejte medikaci, kterou dávkoval, nebo připravoval někdo jiný**“).

45 Nad rámec toho ještě upozorňuji, že o drcení léku by měl navíc vždy rozhodnout lékař, neboť některé léky mohou mít po rozdrčení změněnou účinnost.



Důstojnost a autonomie vůle klientů

13. Přístup personálu ke klientům

Lidská důstojnost je hodnota, která musí být chráněna a respektována vždy. Zásah do ní nelze ospravedlnit ničím, rozhodně ne časovou vytížeností personálu či organizačními záležitostmi. Sebelepší péče nemůže mít zamýšlený efekt, pokud není respektována klientova důstojnost.⁴⁶ Personál by měl ke klientům přistupovat s úctou a respektem. Pracovníci by měli pamatovat na to, že klienti jsou lidé s vlastními přáními a potřebami, s vlastní důstojností. Při komunikaci personálu s klienty by měla být zachována zdvořilost obvyklá mezi dospělými lidmi.

Při přímé komunikaci personálu s klienty se pověřeni zaměstnanci Kanceláře nesetkali s nevhodnými osloveními, zaměstnanci zařízení klientům vykali, používali tituly, příjmení klientů, popřípadě je oslovovali dle profese (např. „paní učitelko“). Přímá komunikace s klienty byla v zásadě důstojná a vhodná. Zaznamenány byly pouze jednotlivé excesy, např. vybízení klientky ať udělá „ham“, což klientku infantilizuje.

V hovoru mezi sebou nebo se zaměstnanci Kanceláře však personál používal výrazy jako „krmení“, „přebalování“ či „ležák“. Zařízení by mělo personál edukovat o nutnosti vhodného nazírání klientů i v soukromých hovorech, kterým klienti nejsou přítomni, aby nedocházelo k posilování paternalistického nahlížení na klienty.

34) Průběžně edukovat personál o nezbytnosti jednání s klienty s respektem a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (průběžně).

14. Komunikace

S postupující demencí a upadáním kognitivních funkcí se zhoršují komunikační schopnosti nemocných a schopnost porozumět situaci.⁴⁷ Vyjádření vůle (a tím i možnosti rozhodovat o sobě), libosti či nelibosti (připomínky, stížnosti) je stále těžší. Pro zamezení nedorozumění, ignorování potřeb a přání klienta, jeho sociální izolace a také frustrace je třeba s tímto problémem pracovat. *„Správná komunikace je východiskem a podmínkou dobrých vztahů a dobré spolupráce. Při komunikaci s lidmi s demencí je důležité přijetí člověka s demencí, úcta a podpora důstojnosti. Mnoho nedorozumění vzniká v situacích, kterým člověk*

46 Toto pravidlo zaznělo jako jeden ze závěrů konference Alzheimer Europe „Living well in a dementia-friendly society“ pořádané v říjnu 2013 na Maltě.

47 Schopnost komunikace je u člověka s demencí velmi poškozena, a to jak v části vysílání, tak i přijímání sdělení. Tuto „vstupenku do společnosti“ tak člověk s demencí ztrácí. Člověk může být potom v důsledku nedostatečné komunikace osamocen a izolován, i když je fakticky lidmi obklopen. Přitom schopnost komunikovat není u člověka s demencí nikdy zcela zničená, stále je možné hledat jiné formy komunikace, kterými klient ještě disponuje. I sdělení, která zdánlivě nemají význam, ho mít mohou. Pečující si velmi usnadní situaci a zpříjemní péči jak klientům, tak sami sobě, pokud se naučí komunikaci s člověkem s demencí reflektovat, rozumět jí a používat ji. HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007, edice Vážka, s. 68. ISBN 978-80-254-0177-4.



*s demencí nerozumí. Je proto zapotřebí trpělivě pátrat, naslouchat, sledovat jeho slova i mimoslovní komunikaci a adekvátním způsobem na ně reagovat.*⁴⁸

Je zapotřebí zvláštního tréninku a empatie, aby personál uměl zjistit přání klienta s demencí. Je dále zapotřebí mnohem více vysvětlovat, nabízet, komentovat dění, a přitom musí být péče co nejméně závislá právě na obsahu mluveného slova.⁴⁹

Zařízení vyvíjí určitou snahu o nastavení funkční komunikace s klienty, pracovníci například absolvovali školení na toto téma. Záznam o způsobech komunikace je součástí individuálních plánů klienta (část „Jak komunikuji“). U klientů, kteří nekomunikují verbálně, je zpracováván formulář ke sledování libosti/nelibosti. Snaha o srozumitelnost je zjevná i z některých dokumentů, např. domácí pravidla mají částečně formu obrázků. Nejde však o dokumenty, které by bylo možné považovat za dokumenty srozumitelné pro cílovou skupinu osob v domově se zvláštním režimem, nejedná se o dokumenty ve formě „easy to read“.

Pracovníci sdělili, že ke komunikaci s klienty na denní bázi (k vysvětlení, že bude oběd, že bude provedena hygiena apod.) nevyužívají žádné komunikační pomůcky. S klienty se snaží hovořit pomalu a klidně. Například piktogramy zkouší využívat v rámci terapeutických činností, ne však v běžné komunikaci. To, co se klientovi líbí nebo nelíbí, rozeznávají podle mimiky, gest a hlasu klienta. Do dokumentace tyto informace nezaznamenávají, ale předávají si je mezi sebou ústně.

Komunikaci s klienty pozorovali zaměstnanci Kanceláře mj. i během ranní hygieny. Pracovnice postupovaly velmi rychle, popisovaly jen některé činnosti, ale nikterak nečekaly na reakci klientů, ani si neověřovaly, zda rozumí tomu, co jim sdělují. Během hygieny byl klient čistě objektem péče, který do celého procesu nebyl nijak zapojen.

Je zjevné, že zařízení vyvíjí snahu v oblasti navázání efektivní komunikace, jedná se však spíše o dílčí pokusy. Celkově komunikaci s klienty v zařízení vnímám jako založenou na intuitivní bázi, kdy úroveň komunikace je založena především na individuální míře empatie každého pracovníka. Ačkoliv právě empatie je jedním z předpokladů pro navázání funkčního způsobu komunikace, sama o sobě není dostačující. Je zapotřebí tréninku a potřebné podpory, aby personál zvládl tuto náročnou úlohu, která je však základem pro poskytování služby v souladu s individuálními potřebami klienta.

Opatření:

- 35) Zajišťovat pro pracovníky pravidelné školení v tématu komunikace s klientem s demencí (průběžně).**
- 36) Systematicky mapovat komunikační schopnosti a potřeby klientů, z nich vycházet při navazování funkčního způsobu komunikace s klienty (průběžně).**

48 HOLMEROVÁ, Iva. Úvodní stručná informace o problematice demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 7.

49 K tomu více BÁŇOVÁ, Marie. Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 76–83.



15. Důstojnost oděvů

Klienti by měli mít možnost úpravy zevnějšku dle svého přání a měli by nosit vlastní oblečení, z něž není na první pohled jasné, že se jedná o klienty pobytové sociální služby. Vlastní oděv je důležitým projevem naší individuality a jeho odejmutí může vést k uniformitě či až dehumanizaci. Pokud klient po každém praní obdrží jiné oblečení, může to snadno vést k pocitu méněcennosti. Vlastní oblečení hraje důležitou roli u klientů s demencí, kterým pomáhá déle si uchovat vlastní identitu a jedinečnost.⁵⁰

Klienti nosili vlastní oblečení, které bylo čisté. Oblečení i další věci klientů (např. ručníky) měly číselné označení. Každý klient musí před nástupem do zařízení z rubu označit oblečení přiděleným číslem. Toto přiřazené číslo by měl mít po celou dobu pobytu. Označené bylo veškeré prádlo, pakliže některé oděvy označené nebyly, došivala číslo pracovnice zařízení. **Někteří klienti měli číslo vyšité zvenku, případně prosvítalo přes oblečení tak, že bylo na první pohled patrné.**



Obrázek 20 a 21: Viditelné označení prádla

Praní prádla je zajišťováno centrální prádelnou. Klienti sdělovali, že se jim prádlo v zařízení poměrně často ztrácí, někdy jej dostanou i po několika měsících, nebo dostanou třeba cizí oblečení. Z rozhovorů vyplynulo, že se jedné klientce od počátku jejího pobytu v zařízení ztratilo už několik kusů oblečení a ručníků. Klientka je navíc oblékána do cizího oblečení, v době systematické návštěvy na sobě měla cizí pánské kalhoty. Jiná klientka rovněž sdělila, že se jí ztratilo několik kusů oblečení, včetně ponožek a spodního prádla. Údajně to sdělila personálu, ale pracovnice jí řekla, ať už je nehledá, protože už je stejně nosí někdo jiný.

Pokud by klient chtěl či potřeboval nové oblečení nebo obuv, zařídí je buď rodina, nebo personál. Klient se nákupu nového oblečení ani obuvi neúčastní. Pracovníci také uváděli, že shromažďují oblečení navíc jako „tzv. sekáč.“ Většinou se jedná o oblečení, které v zařízení zůstane po zemřelých klientech. V případě potřeby toto oblečení dají klientům.

Klientům se závislostí v běžných denních činnostech nebyla dána ani možnost vlastního rozhodnutí o oblečení na další den. Zaměstnanci zařízení přichystali oděv před ranní hygienou, aniž by se s klientem domluvili na tom, co si chce obléct.

50 TWIGG, Julia. Clothing and dementia: A neglected dimension?. *Journal of Aging Studies*. 2010, 24(4), 223-230. ISSN: 0890-4065.



Zařízení by mělo vyvíjet snahu k zjišťování přání klienta v oblasti úpravy zevnějšku a oblékání. Přidělení čísel posiluje ústavní charakter zařízení a klienty odosobňuje. **Viditelné označení oblečení klientů čísla považují za nedůstojné.** Současný systém označení prádla navíc není funkční, neboť se oblečení velmi často ztrácí a zaměňuje. Klientům tak nezajišťuje, že bude jejich oblečení pouze jejich. Zařízení by také mělo zvážit, zda je vhodné klientům v případě potřeby dávat oblečení z tzv. „sekáče“, kdy klient může dostat oblečení po zesnulém známém. K využívání tohoto oblečení by zařízení mělo přistupovat velmi citlivě.

Opatření:

- 37) Upustit od viditelného označování oblečení klientů čísla (bezodkladně).**
- 38) Zajišťovat péči o prádlo klientů tak, aby nedocházelo k jeho ztrátám a záměnám (průběžně).**

16. Sexualita a intimita

Sexualitou a intimitou rozumíme širokou škálu vjemů a způsobů chování. Nejedná se pouze o uspokojení sexuálního pudu, ale také o naplnění potřeby blízkosti, doteku atd. Opomíjení této základní potřeby každého člověka (nevyjímaje osoby staršího věku) se může negativně projevit v duševním zdraví klientů, v jejich sexuální identitě, ve vztazích, přátelství, sebeúctě, povědomí o těle i emočním a sociálním růstu. Zařízení by mělo ke klientům přistupovat s respektem k jejich potřebám a napomáhat jim k zodpovědnému a důstojnému prožívání vlastní sexuality.

V zařízení neprobíhala práce s tématem intimity a sexuality klientů. Dle ošetřovatelského personálu „klienti o tyto aktivity nemají zájem“. Poskytovatel má zpracovaný interní předpis k této problematice pouze u služby chráněného bydlení, nikoli pro domov se zvláštním režimem. Dle sdělení pracovníků je započít práce s tématem výhledově v plánu, aktuálně jsou však na pořadu již probíhající školení.

Upozorňuji v tomto ohledu zařízení na vhodnost a potřebnost práce se sexualitou a intimitou jako součásti poskytování sociální služby. Tím nemám na mysli pouze dílčí aktivity jako je vypracování metodického předpisu pro tuto oblast, či proškolení pracovníků, ale práci na systematické bázi, kterou je vhodné započít sestavením a sjednocením týmu v otázce přístupu k sexualitě klientů a následným zjišťováním potřeb personálu a klientů. Teprve poté by mělo následovat vypracování interního metodického předpisu (tzv. protokolu sexuality) a začlenění práce se sexualitou a intimitou do činnosti stávající poskytované služby. Je správné, že zařízení umožňuje partnerům bydlet ve společném pokoji.

Opatření:

- 39) Systematicky pracovat s tématem sexuality a intimity klientů (průběžně).**

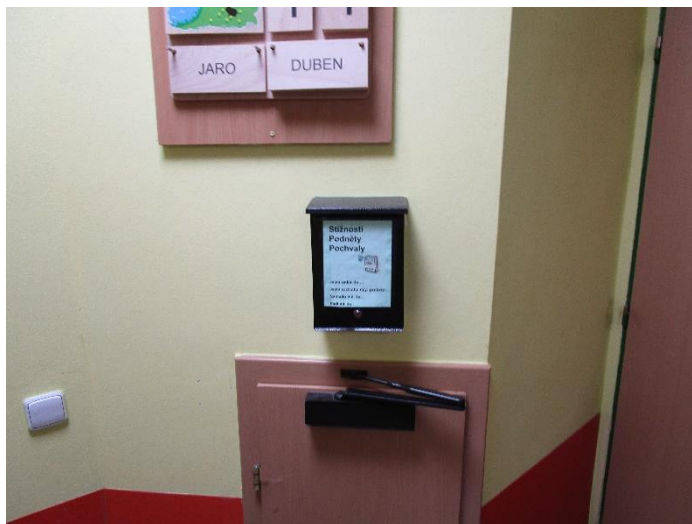
17. Stížnostní mechanismus

Zařízení je povinno mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné klientům. Tyto stížnosti má povinnost evidovat a písemně vyřizovat



v přiměřené lhůtě.⁵¹ Včasné zaznamenání stížnosti, kvalitní vyhodnocení situace a následná efektivní reakce působí jako jeden z významných prvků prevence špatného zacházení.

Poskytovatel dle směrnice č. 19 přijímá stížnosti v ústní a písemné formě. V zařízení je umístěna pouze jedna schránka na stížnosti, a to v přízemí, ve vyšších patrech není. Schránka na stížnosti je označená, nicméně u ní nejsou přiložena žádná pravidla či informace o tom, kdo ji vybírá, jak často, jak se stěžovatel dozví o výsledku prošetření stížnosti apod. V přízemí vedle recepce je umístěn také sešit, který má primárně sloužit ke stížnostem a připomínkám ze strany rodin klientů.



Obrázek 22: Schránka na stížnosti

Pravidla pro podávání a vyřizování stížností jsou zakotvená ve směrnici č. 19. O stížnostech pojednává i čl. 10 Domácích pravidel vzájemného soužití klientů, která jsou k dispozici na nástěnkách na chodbách zařízení, nikoliv však u schránky na stížnosti.

Dle sdělení pracovníků se stížnostní schránka vybírá 1krát měsíčně, což je uvedeno i ve směrnici č. 19. Stejně tak je 1krát za měsíc kontrolována i kniha (resp. sešit) stížností. Stížnosti mají být dle směrnice č. 10 vyřízeny bezodkladně, nejdéle do 30 dnů od přijetí (případně od vybrání ze schránky).

Celkově nastavený stížnostní mechanismus neumožňuje efektivní podávání a vyřizování stížností klientů. **Zařízení by mělo umístit schránky na stížnosti na další místa, která umožní vhodné podání stížností i osobám v dalších patrech, a to bez dohledu personálu. U schránek na stížnosti je nutné umístit srozumitelná pravidla pro podávání a vyřizování stížností.**

Jako problematické vnímám vybírání schránky pouze 1krát za měsíc. V případě, kdy klient podá stížnost krátce po vybrání schránky, bude trvat měsíc, než se vedení zařízení o problému dozví. Druhý měsíc má zařízení na vyřízení stížnosti. Na vyřízení stížnosti může klient čekat v důsledku až 2 měsíce. **Taková časová prodleva může u naléhavých problémů znamenat, že stížnostní mechanismus přestává být efektivní.** Zařízení také musí brát

51 Standard č. 7 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.



v potaz, že část klientů není schopna svou stížnost napsat či projevit verbálně, o to důležitější je nastavení vhodných způsobů komunikace a sledování libosti či nelibosti klientů, které zmiňují v kapitolách výše.

Ve směrnici č. 19 i v domácích pravidlech je mj. informace o tom, že v případě, že klient nebude s vyřízením stížnosti spokojen, může se obrátit na Krajský úřad Královéhradeckého kraje nebo na Kancelář veřejného ochránce práv. Upozorňuji zařízení, že mi zákon⁵² neumožňuje vstupovat do soukromoprávních vztahů mezi klienty a poskytovateli sociálních služeb, nemohu se proto zabývat individuálními stížnostmi na činnost poskytovatelů sociálních služeb. Podněty klientů mohu zohlednit pouze při plánování systematických preventivních návštěv. Kontrolou kvality sociálních služeb je však pověřena **Inspekce poskytování sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. Zařízení by mělo tuto informaci a kontaktní údaje doplnit do směrnice č. 19, domácích pravidel i návodu, který umístí ke schránkám na stížnosti.**

Opatření:

- 40) Doplnit schránky na stížnosti i do vyšších pater, ve kterých bydlí klienti, a opatřit je srozumitelnými pravidly pro podávání a vyřizování stížností (do 1 měsíce).**
- 41) Vybírat schránku důvěry v častějších intervalech, např. 1krát za týden (průběžně).**

52 Zákon o veřejném ochránci práv.



Aktivní prožívání dne

Klienti se syndromem demence profitují v každé fázi svého onemocnění z jiných aktivit a tomu má odpovídat nabídka náplně dne v zařízení. Zatímco ve fázi středně pokročilé a rozvinuté demence jsou klienti schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a profitují z programových aktivit,⁵³ osoby s těžkou demencí potřebují především individualizovanou asistenci. Účast na programových aktivitách již pro ně přínosná není, naopak jim může způsobovat diskomfort a být pro ně zatěžující.⁵⁴ Realizace aktivit by měla probíhat na základě procesu individuálního plánování, kdy personál ve spolupráci s klientem vymezí oblasti, v nichž je potřeba posílit dovednosti klienta a kterým se bude ve spolupráci s personálem věnovat.

V zařízení je poměrně omezená nabídka aktivizačních činností. Působí zde tři aktivizační pracovníce. Klienti mají možnost účastnit se skupinových činností, přičemž probíhá pouze jedna aktivita denně během dopoledne. O víkendech nejsou plánované žádné konkrétní aktivity. Aktivity klientů jsou ponechány na potenciální návštěvě. Pokud klient návštěvy nemá, je celý víkend prakticky bez aktivit.

Z týdenního rozpisu vyplývá, že 2krát týdně probíhá pracovní terapie, jedná se např. o háčkování, pletení, kreslení apod. Jeden den v týdnu byl klientům promítán film, který vybírají pracovníci zařízení, a 1krát týdně probíhá cvičení. Dle pracovníků jednou za čas probíhá společné vaření a jednou až dvakrát měsíčně canisterapie. Odpoledne má být dle pracovníků věnováno individuální aktivizaci. V době systematické návštěvy spočívala individuální aktivizace v posezení u rádia. Jednou za čas se v zařízení také údajně pořádají výstavy výrobků klientů nebo oslavy, na které pracovníci zajistí občerstvení.

Pracovníci Kanceláře vedli rozhovor mj. s klientkou, která celé dopoledne čekala na to, až jí přijde zdravotní sestra udělat převaz. Sestra chodila za klientkou každý den v jinou dobu. Klientka si tak nemohla plánovat svůj program, čekala na ni, a neúčastnila se proto dopoledních skupinových aktivit. Vzhledem k tomu, že zařízení nabízí pouze jednu skupinovou aktivitu denně, neměla se dle svých slov již poté čeho účastnit. Tato klientka také uvedla, že by teoreticky mohla alespoň sledovat televizi. To však nemůže vždy, protože **někdy ráno personál nemá dostatek času ji nasadit sluchadlo**, a ona potom televizi stejně neslyší.

Pracovníci uváděli, že klientům nabízejí takové aktivity, o kterých ví, že o ně budou stát. Klienti uváděli, že se jich pracovníci aktivně neptají, jaké aktivity by si přáli. Spíše se ptají, zda se chtějí účastnit toho, co probíhá. Většina dotázaných klientů uváděla, že tráví volný čas sledováním televize, protože údajně nemají, co jiného by mohli dělat. Do běžných denních

53 Programové aktivity jsou takové aktivity, které naplňují den člověka jednotlivými činnostmi se zřetelem na zachování jeho soběstačnosti. Jde zejména o sebeobslužné činnosti a další aktivity, které zlepšují kvalitu života a vytvářejí náplň dne (Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014, str. 5).

54 Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014, str. 4 -5, 8.



činností nejsou klienti zapojováni. Nedochází tak k udržování schopností jako je příprava jídla, péče o oblečení, svůj pokoj či o sebe samého apod.

U klientů v pokročilých stádiích demence či u trvale ležících klientů je náplň dne ještě omezenější. Někteří klienti měli nad lůžky pokyny k bazální stimulaci, ty však nejsou zdravotnickým personálem zcela dodržovány, jelikož došlo k personálním změnám a část stávajícího zdravotnického personálu není v této oblasti proškolená. Školení je dle pracovníků plánováno.

Bazální stimulaci tak provádí především pracovníci v přímé péči. Dle jejich sdělení je prý prováděna, pokud je na ni čas „tak různě“ např. po obědě, při hygieně, případně o víkendu. Není zde stanoven pravidelný režim, podléhá spíše časovým možnostem personálu. S ohledem na to, že personálu není dostatek, náplň dne těchto klientů sestává spíše ze sledování televize a péčových úkonů. Pokud další činnosti a aktivity závisí na tom, zda zbyde pracovníkům čas, může to vést nejen k zanedbání aktivizace, ale úplnému opomíjení těchto klientů.

V oblasti nabídky aktivit se zcela zásadně projevuje nedostatek personálu v zařízení. Jsem toho názoru, že personál aktuálně dostatečně nezajišťuje realizaci cílených systematických aktivit, které by směřovaly k udržení schopností klientů, jako je péče o sebe, příprava stravy apod. Jako problém vnímám pevnou nabídku aktivit, která není přizpůsobovaná zájmu klientů, ani fází jejich onemocnění. Upozorňuji také, že personál musí důsledně zajišťovat, že klienti budou mít k dispozici kompenzační pomůcky vždy, když je potřebují. Pouze tak mohou prožít svůj den plnohodnotně.

Opatření:

- 42) Zajistit nabídku aktivit, které odpovídají individuálním potřebám jednotlivých klientů, s důrazem na specifika demence (průběžně).**
- 43) Zajistit, že klienti budou mít kompenzační pomůcky vždy, když je potřebují (průběžně).**



Personální zajištění

Pouze s odpovídajícím počtem odborně vzdělaných pracovníků může být klientům poskytována kvalitní a dostatečně individualizovaná podpora, namísto pouhého zajištění jejich základních potřeb.

Ředitelka uvedla, že jsou naplněné všechny úvazky, které zařízení má. V době systematické návštěvy však byli tři pracovníci v přímé péči v dlouhodobé pracovní neschopnosti. I s plně obsazeným počtem úvazků vnímá ředitelka počet personálu jako nedostatečný, a proto dle svých slov každý rok žádá zřizovatele zařízení o navýšení počtu úvazků. Doposud jí nebylo vyhověno.

Celkově jsem nabyl dojmu, že zajištění personálu skutečně není dostatečné. Počet pracovníků neumožňuje poskytování péče individuálně a tempem odpovídajícím potřebám klientů. Svědčí o tom například rychlý přístup personálu při provádění hygieny, neposkytování bazální stimulace v dostatečné míře, dopomáhání několika klientům zároveň při podávání stravy, nedostatečná nabídka a individualizace aktivit či nerespektování tempa klientů při doprovodu při chůzi a další výše zmíněné nedostatky.

Navýšení počtu personálu, případně zefektivnění systému práce ve stávajícím počtu či zajištění dobrovolníků se mi jeví jako klíčové pro umožnění poskytování skutečně individualizované a kvalitní péče. Zařízení doporučuji zpracování plánu optimálního personálního zajištění. Jsem si vědom, že vedení zařízení opakovaně žádá zřizovatele o navýšení počtu personálu, věřím proto, že tato zpráva může být podkladem pro další jednání se zřizovatelem.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit bezpečnou únikovou cestu ze zařízení (opatření č. 15).• Upustit od viditelného označování oblečení klientů čísly (opatření č. 37).
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Podporovat klienty ve využívání již funkčních prostor, např. kuchyňek či relaxačních zón (opatření č. 2).• Vést klienty k tomu, aby si chránili své soukromí, v závislosti na jejich schopnostech (opatření č. 4).• Vyhodnocovat, kteří klienti jsou schopni mít doklady u sebe a nepřístupovat nadbytečně k ukládání osobních dokladů klientů u personálu (opatření č. 6).• Neubytovávat klienty odlehčovací služby ve vícelůžkových pokojích v DZR (opatření č. 10).• Umožňovat klientům individuální pohyb mimo areál zařízení s podporou personálu (opatření č. 11).• Zajistit všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den bez časového omezení) a činit o tom záznamy do dokumentace klientů (opatření č. 12).• Systematicky vyhodnocovat pády klientů a přijímat opatření k jejich eliminaci (opatření č. 14).• Důsledně uzamykat dvířka šachet na shoz prádla (opatření č. 16).• Zajišťovat funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou s ohledem na své kognitivní postižení schopni je ovládat a realizovat systematický nácvik využívání signalizace (opatření č. 17).• Umisťovat signalizační zařízení tak, aby na ně klienti dosáhli z lůžka (opatření č. 18).• Důsledně sledovat a hodnotit váhu klientů a správně pracovat s validními nutričními testy (opatření č. 19).• Pořizovat objektivizované záznamy příjmu stravy a tekutin a pravidelně je vyhodnocovat ve spolupráci s lékařem (opatření č. 20).• Zajišťovat, aby klientům byla podávána strava a tekutiny s respektem k jejich tempu, v dostatečném množství, bezpečným a důstojným způsobem (opatření č. 21).• Zajišťovat pro pomoc se stravováním dostatek času a personálu (opatření č. 22).• Při mechanické úpravě stravy upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (opatření č. 23).• Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, umožnit celkovou koupel nejméně dvakrát za 7 dnů (opatření č. 24).



- Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (opatření č. 25).
- Zajišťovat hygienické a důstojné používání permanentního močového katetru (opatření č. 26).
- Vést vypovídající ošetřovatelské záznamy (opatření č. 29).
- U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost zkoumání, zda nemají depresi (opatření č. 30).
- Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 32).
- Vymezit si dostatečné množství času na podávání léků. Léky podávat dle doporučených postupů – nedotýkat se léčiv rukou, zabránit míchání léků při jejich drcení (opatření č. 33).
- Průběžně edukovat personál o nezbytnosti jednání s klienty s respektem a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (opatření č. 34).
- Zajišťovat pro pracovníky pravidelné školení v tématu komunikace s klientem s demencí (opatření č. 35).
- Systematicky mapovat komunikační schopnosti a potřeby klientů, z nich vycházet při navazování funkčního způsobu komunikace s klienty (opatření č. 36).
- Zajišťovat péči o prádlo klientů tak, aby nedocházelo k jeho ztrátám a záměnám (opatření č. 38).
- Systematicky pracovat s tématem sexuality a intimity klientů (opatření č. 39).
- Vybírat schránku důvěry v častějších intervalech, např. 1krát za týden (opatření č. 41).
- Zajistit nabídku aktivit, které odpovídají individuálním potřebám jednotlivých klientů s důrazem na specifika demence (opatření č. 42).
- Zajistit, že klienti budou mít kompenzační pomůcky vždy, když je potřebují (opatření č. 43).

Do 1 měsíce

- Zamezit kamerovému snímání pokojů klientů (opatření č. 8).
- Zajistit, aby byl výstup z termokamery dostupný pouze oprávněným osobám (opatření č. 9).
- Zajistit klientům pomůcky na diskrétní a bezpečné uložení sběrného sáčku na moč (opatření č. 27).
- Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména pak u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (opatření č. 28).
- Doplnit schránky na stížnosti i do vyšších pater, ve kterých bydlí klienti, a opatřit je srozumitelnými pravidly pro podávání a vyřizování stížností (opatření č. 40).



Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Uzpůsobit prostředí potřebám lidí s demencí, kteří mohou mít problém s orientací (opatření č. 1).• Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání koupelen, a to i na základě vyhodnocení jejich individuálních schopností (opatření č. 5).• Dbát na soukromí klientů a odstranit kamerové systémy snímající prostory, kde se klienti pohybují v rámci každodenních činností (opatření č. 7).• Proškolit personál zařízení v tématu používání opatření omezujících pohyb (opatření č. 13).• Stanovit pro práci s depresí jasné zadání a povinnosti pro personál (opatření č. 31).
Do 1 roku	<ul style="list-style-type: none">• Zprovoznit nefunkční a nevyužívané prostory klientům (opatření č. 3).
