



Domov se zvláštním režimem Dům sociálních služeb Pacov, p. o.

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Malovcova 1080, 395 01 Pacov
Zřizovatel:	město Pacov
Ředitelka:	Ing. Michaela Pučálková, DiS.
Typ zařízení:	domov se zvláštním režimem
Kapacita:	58 lůžek
Datum návštěvy:	18. – 19. října 2022
Datum vydání zprávy:	6. března 2023
Návštěvu provedli:	Bc. Jitka Bolinová Fialová, DiS., Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Hanelová a Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský, Ph.D.

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv



Obsah

Obsah	2
Úvodní informace	3
Shrnutí.....	7
Prostředí a vybavení.....	8
1. Orientace v realitě.....	8
2. Individualizace pokojů	9
3. Soukromí.....	10
Volnost pohybu a zajištění bezpečí.....	13
4. Volnost pohybu.....	13
5. Pobyt na čerstvém vzduchu.....	14
6. Kontakt s vnějším světem.....	16
7. Režimová opatření	16
8. Pády	17
9. Sexualita a intimita.....	18
Zajištění důstojné a individualizované péče.....	22
10. Hygiena.....	22
11. Mikční režim	23
12. Prevence malnutrice a stravování.....	24
13. Individualizovaná péče o klienty s demencí	27
Zdravotní péče	29
14. Dostupnost zdravotní péče.....	29
15. Léky	30
16. Bolest.....	31
17. Deprese	32
18. Dokumentace.....	33
Důstojnost a autonomie vůle klientů.....	34
19. Přístup personálu ke klientům.....	34
20. Důstojnost oděvu a zevnějšku	34
21. Stížnostní mechanismus	35
Přehled opatření k nápravě.....	37



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 Současný ochránce JUDr. Stanislav Křeček tuto část své působnosti přenesl na mě jako svého zástupce.²

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.³

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.⁴ Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv („Kancelář“),⁵ 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.⁶ 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 popsaným zjištěním a navrženým opatřením.⁷ Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

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

2 Podle § 2 odst. 4 zákona o veřejném ochránci práv. Více na www.ochrance.cz v části [O nás](#) → [JUDr. Vít Alexander Schorm](#), zástupce veřejného ochránce práv.

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

4 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.

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

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

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



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**.

- 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.⁸ 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).⁹

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.

⁸ Tzv. sankční opatření, u kterých se postupuje obdobně podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

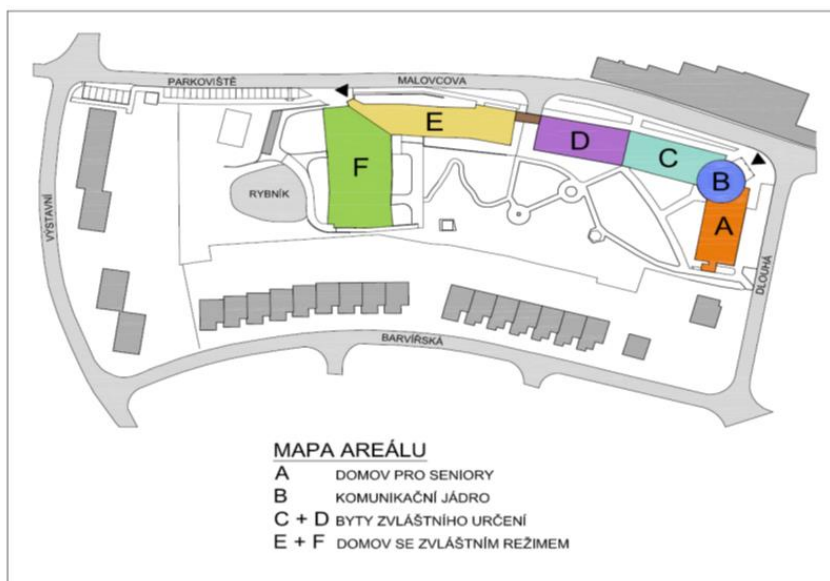
⁹ Evidence stanovisek ochránce (ESO) je dostupná z <https://eso.ochrance.cz>.



Charakteristika zařízení

Domov se nachází v obci Pacov v okrese Pelhřimov a jeho zřizovatelem je obec. V komplexu budov poskytuje Dům sociálních služeb Pacov („DSS Pacov“) sociální služby domov se zvláštním režimem, domov pro seniory a pečovatelskou službu. Část areálu tvoří také byty zvláštního určení. **Systematická návštěva se věnovala pouze sociální službě domova se zvláštním režimem („DZR“).**

Domov se zvláštním režimem je určen lidem od 55 let věku s Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence.¹⁰ V zařízení žijí ženy i muži.



Obrázek 1: Mapa areálu domova¹¹

Domov je umístěn v nově vystavěné části zařízení, ve které klienti bydlí od roku 2020. Nová budova slouží pouze pro DZR, má tři nadzemní podlaží, která jsou určená k bydlení klientů, a suterén, ve kterém je technické zázemí. Kapacita domova je 100 klientů, ale zaplňuje se postupně. V době systematické návštěvy byla služba registrovaná pro 58 lůžek a byla plně obsazena.

Zařízení je bezbariérové. Klienti zatím bydlí v 1. a 2. nadzemním podlaží. V zařízení jsou pouze dvoulůžkové pokoje. Dále jsou na obou podlažích aktivizační místnosti, jídelny a pracovny personálu. Ve 3. podlaží využívají klienti prozatím pouze kapli.

Přílehlý areál tvoří zahrada s chodníčky. K budově přiléhá také prostorná terasa s výhledem na rybníček. Areál není oplocen a je přístupný veřejnosti. DSS Pacov je situován v obydlené části obce, v okolí jsou bytové i rodinné domy a nachází se asi 500 m od centra města.

10 Dům sociálních služeb Pacov, p. o., *Základní informace*. [online]. Dům sociálních služeb Pacov, p. o. © 2022. [cit. 25. 11. 2022] Dostupné z <https://www.dssp.cz/zakladni-informace-dzr>.

11 Dům sociálních služeb Pacov, p. o., *Plán budov*. [online]. Dům sociálních služeb Pacov, p. o. © 2022. [cit. 25. 11. 2022] Dostupné z <https://www.dssp.cz/plan-budov>.



V Pacově je základní občanská vybavenost, např. obchody, supermarkety, ZŠ, gymnázium, pošta apod.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 18. – 19. října 2022 bez předchozího ohlášení. Ředitelka byla o návštěvě osobně informována při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv jí předali pověření k provedení návštěvy, vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Hanelová a Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský, Ph.D. Na šetření se též podílela pověřená expertka z oboru zdravotnictví Bc. Jitka Bolinová Fialová, DiS., psychiatrická sestra.

Zaměstnanci Kanceláře navštívili všechny prostory zařízení. Hovořili s klienty a personálem domova. **Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkuji.** Oceňuji také ochotu vedení domova vést podnětný dialog ke zlepšení poskytované péče již v průběhu návštěvy.



Shrnutí

V domově se zvláštním režimem jsem se neseťkal se špatným zacházením s klienty. V některých oblastech své činnosti je dle mého názoru domov příkladem správné praxe. Váším si přístupem personálu, který se ke klientům choval velmi vlídně a s respektem. Za správně nastavený považuji například stížnostní mechanismus v zařízení. S ohledem na cílovou skupinu vítám i skutečnost, že zařízení spolupracuje s lékařkou se specializací v gerontopsychiatrii. Stejně tak zařízení naplňuje žádoucí standard, když přistupuje komplexně k paliativní péči.

Je zde však několik oblastí, ve kterých jsem shledal pochybení, případně ve kterých vnímám prostor pro zlepšení.

Za závažné považuji plošné omezení volnosti pohybu, kdy žádný z klientů nemůže samostatně opouštět budovu, ani se nemůže samostatně pohybovat mezi podlažími domova. Zařízení nepřizpůsobuje možnosti pohybu individuálním schopnostem klientů. V případě některých klientů tak může docházet k nedůvodnému zásahu do jejich osobní svobody.

Jako nedostatečný vnímám i postup zařízení v případě sexuálního obtěžování, ke kterému docházelo mezi některými klienty. Ačkoliv vím, že se zařízení snažilo situaci řešit, postupovalo pouze intuitivně a nesystematicky. Standardizovaný postup pro řešení obdobných situací zařízení doposud nevytvořilo.

Přestože ve zprávě popisují další nedostatky, musím vyzdvihnout ochotu a empatický přístup personálu. Věřím, že pokud zařízení přijme níže navrhaná opatření k nápravě, může klientům poskytovat péči na velmi dobré úrovni.



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.¹²

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 o nich má mít přehled. Jednotlivé místnosti (pokoj, koupelna a toaleta, denní místnost, jídelna) musejí být označeny návodně a tak, aby upoutaly pozornost. Orientaci klienta v prostoru je třeba podpořit např. za pomoci piktogramů, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směrovkami, značkami.¹³ Musí být rovněž zohledněno, že mnoho lidí s demencí má strach ze tmy nebo má problém rozeznat nerovnosti terénu. Orientaci v čase je vhodné napomoci např. velkými nástěnnými hodinami, viditelným barevným provedením dne v týdnu, měsíce, roku.

Navštívený domov klade na orientaci klientů velký důraz a v prostoru ji podporuje označením místností piktogramy a obrázky. Část klientů má na dveřích svých pokojů kromě cedulky se jménem i své fotografie, případně obrázky oblíbených předmětů. Obrázkem jsou označené rovněž dveře toalet v pokojích klientů. V každém podlaží je jeho mapa.



Obrázky 2, 3, 4, 5: Označení místností

Co se týká podpory orientace v čase, všechny hodiny v zařízení byly správně seřizené. Oceňuji kartičky, které mají klienti v pokojích a které ukazují aktuální den v týdnu.

12 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.

13 „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).



Jediné nesprávné údaje byly na dřevěném kalendáři v jídelně v 2. nadzemním podlaží. Kalendář byl zjevně již 5 dní neaktuální.



Obrázek 6: Označení dne v týdnu



Obrázek 7: Dřevěný kalendář

Klienti by měli také vědět, kdo o ně pečuje. Orientaci klientů mezi členy personálu napomáhá barevné odlišení oblečení jednotlivých pracovníků (např. zdravotní sestry mají modrá trička, aktivizační pracovnice fialová apod.). Vysvětlivky, jakou pozici která barva znamená, byly vyvěšeny na několika místech v zařízení. Pracovníci také nosili visačky se jménem a funkcí v zařízení. Jmenovky měli všichni zaměstnanci, kromě zaměstnanců v zácviku (červená trička).

Podpora orientace klientů v zařízení je v mnoha ohledech příkladem správné praxe. V této oblasti proto adresuji zařízení pouze **díličí doporučení, a sice aby důsledně dbalo na aktualizaci kalendářů**, které klientům pomáhají s orientací v čase, a také, **aby jmenovky měli všichni zaměstnanci, včetně zaměstnanců v zácviku**. To, že klient zná jméno pracovníka, který o něj pečuje, nemá pouze orientační funkci, ale napomáhá i v případě, že by si klient na postup konkrétního pracovníka chtěl stěžovat. Právě u nových pracovníků v zácviku lze přitom předpokládat, že bez jmenovky klient jejich jméno nezná. Zařízení také doporučuji, **aby doplnilo jídelníčky**, které jsou doposud pouze v textové formě, **o srozumitelné zobrazení jídla**, a tím usnadnilo porozumění i pro klienty, kteří nedokáží číst.

2. Individualizace pokoje

Pokoj klientovi nahrazuje domov. Neměl by proto být sterilní, naopak by měl co nejvíce odrážet klientova přání a představy, ať jde například o vybavení osobními věcmi, kusem nábytku z domova (křeslo, skříňka) či o fotky. Osobní věci a fotografie mohou napomáhat člověku uvědomit si, kým je, a rovněž mohou pomoci lépe se vyrovnávat se změnami a případnou izolací, kterou může pociťovat.

V případě klientů převážně a trvale ležících v lůžku je třeba věnovat pozornost nejen prostředí a vybavení pokoje, ale i zornému poli ležícího klienta. I zdánlivé maličkosti mohou mít zásadní dopad na kvalitu jeho života.



Pokoje klientů byly částečně individualizované a nepůsobily sterilně. Klienti měli vystavené drobné osobní předměty, fotografie apod. Většinu této výzdoby měli klienti na poličkách nad lůžky za hlavou. Vystavené věci tak nebyly v zorném poli ležících klientů. Jedna klientka se pověřených zaměstnanců Kanceláře při rozhovoru ptala, zda má na poličce mezi fotografiemi členů rodiny vystavenou i svou fotografii, neboť z lůžka na poličku neviděla.

Kromě vybavení pokoje drobnými předměty Domácí řád zařízení připouští možnost dovybavit si pokoj vlastním nábytkem, jako je skříňka, komoda, oblíbené křeslo, židle apod. Při návštěvě však pověření pracovníci Kanceláře nezaznamenali, že by někdo z klientů, které navštívili, takové vlastní vybavení v pokoji měl. Z rozhovoru s vedoucími pracovníky zařízení vyplynulo, že se k vybavení pokojů vlastním nábytkem staví spíše zdrženlivě, zejména z důvodu požární ochrany.

Je správné, že klienti mohou své pokoje individualizovat. **Domnívám se však, že by zařízení mělo umístit poličky, na které klienti své věci dávají, do jejich zorného pole, ideálně tak, aby měli své věci na dosah.** Mám také za to, že by pro klienty bylo přínosné, pokud by si do zařízení mohli přinést i rozměrnější věci jako například vlastní křeslo. **Dávám proto zařízení ke zvážení, aby klienty ve vybavení pokoje vlastním nábytkem podporovalo, pokud o to budou stát.**

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 souvisejí 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 je potřeba vyvážit s právem klientů na ochranu jejich života a zdraví, které vyžaduje zajištění bezpečného prostředí. 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 dokumentaci klienta.

Klienti bydlí v dvoulůžkových pokojích. Dle sdělení personálu si žádný z nich svůj pokoj nezamyká, neboť nemá klíče.

V pokojích mají klienti dostatek úložných prostor (skříň, noční stolky, chladničky). Jediný prostor, který mohou reálně uzamknout, je malý trezor v šatní skříni, od kterého mají



klíče. Do trezorů si dle personálu klienti ukládají zejména osobní doklady. Možnost uzamčení trezorů údajně příliš nevyužívají, případně klíče ponechávají z vnější strany zámku. Další úložné prostory (šatní skříně, noční stolky) jsou sice vybaveny zámky, klienti je však nezamykají, neboť od nich nemají klíče.

Dle sdělení personálu nikdo z klientů nepřišel s požadavkem, aby si mohl zamknout pokoj nebo skříň či noční stolek.

Domnívám se, že by klienti, kterým to jejich stav umožňuje, měli být ze strany zařízení více vedeni k uzamykání si svých pokojů a věcí. Uvědomuji si, že klienti, kteří na to doposud nebyli zvyklí, nemusí cítit potřebu svůj pokoj zamykat. Zařízení by proto nemělo vyčkávat, až klienti sami přijdou s požadavkem si pokoj či úložné prostory zamykat, ale mělo by jim možnost uzamykání aktivně nabízet a snažit se je vést k tomu, aby vnímali své pokoje jako prostor, nad kterým mohou mít sami kontrolu. Rozhodnutí o tom, zda klient může mít klíč od pokoje či skříní, má zařízení zaznamenat do jeho dokumentace.

Opatření:

- 1) Vést klienty k tomu, aby si chránili své soukromí, v závislosti na individuálním vyhodnocení jejich schopností a rizik (průběžně).**

3.2 Soukromí při hygieně a na toaletě

Soukromí při hygienických úkonech v lůžku zajišťuje závěs zavěšený na teleskopickém rameni. Jedná se o velmi praktické řešení, kdy závěs nikterak nepřekáží dennímu provozu v pokoji, v případě potřeby zajištění soukromí jej lze však velmi snadno roztáhnout. Upozorňuji pouze zařízení, že v jednom pokoji v době systematické návštěvy závěs chyběl už delší dobu a je žádoucí jej do pokoje doplnit.



Obrázek 8 a 9: Závěs na teleskopickém rameni

Každý pokoj má svou vlastní koupelnu, kterou mohou klienti zevnitř uzamknout. Koupelna sousedí s koupelnou vedlejšího pokoje. Není však stavebně zcela oddělena zdí, ale přepážkou s kyvnými dveřmi (tzv. „lítačky“).

Dveře spojující koupelny nelze nijak uzamknout. V průběhu hygieny či používání toalety tak může do koupelny kdokoliv vstoupit z koupelny druhého pokoje. Někteří z klientů



přítom dle personálu těmito dveřmi takto běžně procházejí, čímž bezpochyby mohou narušit soukromí klientů ve vedlejší koupelně.



Obrázek 10 a 11: Kyvné dveře bez zámků

Dle sdělení ředitelky je technické řešení takto koncipováno pro snazší využití koupacího lůžka. Kyvné dveře umožní zvětšit prostor koupelny a využít části té vedlejší, což pracovníkům může usnadnit manipulaci s klientem.

Souhlasím s tím, že takové řešení může být praktické. Vybavení průchozích dveří mezi koupelnami zámkami/západkami však považuji za potřebné. Možnost rozšíření prostoru koupelny přitom nezanikne, neboť v případě potřeby pracovníci dveře budou moci odemknout a zároveň bude zachováno soukromí klientů.

Opatření:

- 2) Zajistit uzamykání kyvných dveří v koupelnách (do 3 měsíců).**



Volnost pohybu a zajištění bezpečí

4. Volnost pohybu

Skutečnost, že je klient ubytován v domově se zvláštním režimem, ani fakt, že klient má diagnostikován syndrom demence, samy o sobě nejsou důvodem k omezování klienta ve volném pohybu, tedy k zásahu do jeho základních práv.

Poskytovatel sociálních služeb je na jedné straně povinen zajistit klientům bezpečí a chránit jejich zdraví a život, na druhé straně však klienta nemůže omezovat způsobem, který je nepřiměřený možnému riziku. Je proto třeba u každého klienta individuálně vyhodnotit rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit mu individuální režim, který je zaznamenán v individuálním plánu klienta. V závislosti na výsledcích posouzení rizikovosti a potřeb je třeba klientovi buď umožnit samostatně opustit zařízení (zajistit mu možnost samostatně pobývat například na zahradě zařízení v bezpečně upraveném prostoru), nebo mu zajistit při pobytu venku dohled či doprovod (který je tudíž třeba podřadit pod jednu ze základních činností služby). K omezení volného pohybu klienta, které musí být vždy v zájmu jeho bezpečnosti, lze přistoupit pouze v individuálních případech, po zhodnocení rizik, odůvodnění a řádném záznamu do individuálního plánu klienta.¹⁴

Žádný z 58 klientů nemohl samostatně opouštět zařízení. Dveře zařízení bylo možné otevřít pouze čipem, který však neměl žádný z klientů. Klienti se zároveň nemohli samostatně pohybovat ani po zahradě či na terase u rybníčku. Pracovníci to odůvodňovali tím, že areál není oplocen, klienti by tak mohli kamkoliv odejít.

Klienti se nemohli samostatně pohybovat ani mezi podlažími. Výtah i přístup na schodiště byly rovněž na čip. Klienti tak samostatně nemohli například navštívit klienty z 2. podlaží. Pokud bydleli v 1. podlaží, nemohli samostatně například k pianu, které bylo v 2. podlaží, a naopak klienti z 2. podlaží nemohli sami využít odpočinkový prostor v 1. podlaží, ve kterém je klec s andulkami a stolní fotbal. Do podlaží, ve kterém nebydlí, se dostávali pouze v doprovodu personálu.

Nemožnost samostatně opustit zařízení a pohybovat se mezi podlažími dopadala plošně na všechny klienty. Ne všichni klienti však měli vyhodnocené riziko bloudění či ztráty v přirozeném prostředí nebo riziko ztráty v prostoru mimo zařízení. Například klient A měl v dokumentaci v programu Cygnus u rizika bloudění či ztráty v přirozeném prostředí i u rizika ztráty v prostoru mimo zařízení zaznamenané, že nehrozí žádné riziko, a nebude se tedy tvořit plán rizik pro tuto oblast. Klient však podléhal stejnému režimu jako všichni ostatní, což znamená, že i když u něj nebylo vyhodnoceno riziko ztráty a bloudění, dopadalo na něj omezení pohybu.

¹⁴ S vyhodnocováním volného pohybu klientů mimo zařízení souvisí pojem přiměřeného rizika, které je přirozenou součástí lidského života. Tato míra rizika je přijatelná, souvisí s odpovědností osob za sebe a své jednání. Domov by měl projevat přiměřenou opatrnost, která bude dostatečná k tomu, aby klient nebyl předvídatelným způsobem ohrožen, ale zároveň byla v nejvyšší možné míře zachována svoboda jeho vůle.



U klienta B bylo naopak vyhodnoceno, že u něj existuje riziko ztráty v prostoru mimo zařízení, ani on však dle dokumentace nebyl ohrožen blouděním či ztrátou v přirozeném prostředí (tedy uvnitř domova). Přesto se klient nemohl samostatně pohybovat mezi podlažími budovy.

Z mých poznatků vyplývá, že omezení volnosti pohybu dopadá na všechny klienty. Ačkoliv chápu snahu zařízení o vytvoření bezpečného prostředí, kde mohou klienti trávit čas, tak **upozorňuji, že možná rizika je nutné vyhodnocovat u klientů individuálně. Těm, kteří jsou na základě zhodnocení personálu orientováni, má být umožněno opustit samostatně zařízení.**

Při vyhodnocování rizik by se mělo zároveň v každém případě rozlišovat mezi možnostmi pohybovat se samostatně mimo areál domova a v jeho rámci. Omezení všech klientů při pohybu mezi podlažími zařízení hodnotím jako nepřiměřené. Jednotlivá podlaží tvoří *de facto* uzavřená oddělení. K omezení pohybu v zařízení by mělo docházet pouze u klientů, které by samostatný pohyb mezi podlažími skutečně ohrožoval. Podotýkám, že se v zařízeních se stejnou cílovou skupinou běžně setkávám s tím, že se klienti v rámci zařízení mohou pohybovat samostatně. Zařízení navíc využívá systém čipů, které umožní průchod dveřmi či použití výtahu. Dle sdělení ředitelky zařízení je možné u čipů řídit přístupy na jednotlivá místa, tzn. určit jednotlivým čipům oprávnění ke vstupu do konkrétních prostor. Domnívám se tedy, že i u klientů, u kterých by například bylo vyhodnoceno, že nemohou samostatně opouštět zařízení (jako u klienta B), lze nastavit přístupová oprávnění pro jejich čip tak, aby se mohli samostatně pohybovat alespoň po zařízení a přitom by nehrozilo, že zařízení sami opustí.

Možná rizika má vyhodnotit personál zařízení vždy individuálně a umožnit klientům volný pohyb v závislosti na jejich schopnostech a dovednostech. **Opačný přístup, kdy zařízení užije jiné než nejmírnější opatření, které chrání současně zdraví a bezpečí klienta, hodnotím jako nedůvodné omezování osobní svobody klientů.**

Opatření:

- 3) **Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu mimo zařízení (průběžně).**
- 4) **Umožnit klientům, u nichž personál nevyhodnotí pohyb mimo areál/budovu zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (bezodkladně).**
- 5) **Umožnit klientům volný pohyb v budově zařízení v závislosti na jejich schopnostech (bezodkladně).**

5. Pobyt na čerstvém vzduchu

Součástí poskytované sociální služby je také zajištění možnosti pobytu na čerstvém vzduchu, a to i trvale 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.



Dle personálu chodí klienti na čerstvý vzduch na terasu v 1. podlaží, na které mají posezení a houpačku. Tato terasa je uzavřená, klienti z ní nemohou samostatně odejít mimo zařízení a je jediným místem, kde mohou pobývat i bez přímého dohledu personálu. Prostor terasy je však omezený a přístup na ni mají pouze klienti, kteří bydlí v 1. nadzemním podlaží. Dalším místem, kam klienti chodí na čerstvý vzduch, je prostor, který navazuje na 2. podlaží, označovaný jako zátiší u rybníčku. Ten není ohraničený a klienti zde tráví čas pouze pod dohledem personálu. Každý pokoj v zařízení má také vlastní balkón. Balkóny jsou však uzamčené a klienti na ně mohou pouze v doprovodu personálu nebo svých návštěv. Do zahrady zařízení klienti chodí také pouze v doprovodu personálu nebo návštěv, areál není oplocen.

Dle personálu chodí klienti ven v závislosti na počasí. Pokud je hezky, bývají venku prakticky každý den. Za horšího počasí je jejich zájem o pobyt venku nižší. Personál uváděl, že i tehdy klienty ven doprovází, pokud o to stojí. Jedna klientka v rozhovoru uvedla, že ven chodí, když mají pracovníci zařízení čas.

V dopoledních hodinách bývají klienti venku s aktivizačními pracovníky¹⁵ a odpoledne s pracovníky v přímé péči. Tomu by měli odpovídat i záznamy v dokumentaci klientů. Dle sdělení ředitelky zařízení jsou zápisy o pobytu venku jednak v sekci dokumentace „Průběh plnění IP¹⁶“, jednak v sekci „Záznam péče“, přičemž do sekce „Průběh plnění IP“ má dle sdělení ředitelky záznam zadávat aktivizační pracovník a do sekce „Záznam péče“ pracovník v přímé péči. Ze studia dokumentace vyplývá, že u některých klientů jsou záznamy o pobytu venku vedeny poměrně důkladně v sekci „Průběh plnění IP“. V sekci „Záznam péče“ jsou však zápisy o pobytu venku spíše sporadické. Nabyl jsem tak dojmu, že záznamy o pobytu na čerstvém vzduchu nejsou vedeny důsledně.

V souvislosti s pobytem klientů na čerstvém vzduchu 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 Vzhledem k tomu, že klienti čas na čerstvém vzduchu tráví v naprosté většině pod dohledem personálu, závisí jejich pobyt venku na jeho časových možnostech. Doporučuji, aby zařízení vyvíjelo snahu k vytvoření podmínek bezpečného pobytu ve venkovních prostorech objektu jako např. oplocení areálu či zabezpečení balkónů (např. zvýšením zábradlí), což by umožnilo větší míru a samostatnost klientů v přístupu na čerstvý vzduch.

15 Podotýkám, že v době systematické návštěvy v DZR aktivizační pracovník chyběl a nový měl nastoupit od následujícího měsíce. Aktivizační činnosti proto probíhaly v provizorním režimu, kdy je částečně zajišťovali aktivizační pracovníci z domova pro seniory a částečně další personál DZR.

16 Pozn.: Individuální plán.

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]. Dostupná z <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>.



Opatření:

- 6) **Zajišťovat 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 důsledně záznamy do dokumentace (průběžně).**

6. Kontakt s vnějším světem

Zajištění kontaktu s vnějším světem je jednou z pojistek proti špatnému zacházení, neboť dává klientovi v případě potřeby možnost zajistit si pomoc vně zařízení.

Je správné, že návštěvy v zařízení nejsou časově omezené. Pracovníci uváděli, že například u klientů v terminálním stádiu života mohou být návštěvy i v noci.

Část klientů má vlastní mobilní telefon. Pracovníci shodně uváděli, že některým z nich např. dopomáhají vytočit číslo nebo přijmout hovor. Pokud by klient neměl vlastní telefon, může dle personálu využít telefon pracovníků. Někteří dotázaní klienti však o této možnosti nevěděli, nebo uváděli, že to není možné. Je pravda, že pokud pracovníci hovořili o využívání telefonu zařízení, šlo o situace, kdy volá člen rodiny a pracovníci telefon klientovi předají, nikoliv o situace, kdy klient volá sám. Dle personálu se nestává, že by klienti sami chtěli telefonovat.

Ve vztahu k poštovním zásilkám uváděl personál, že klientům předávají zásilky, které jim dojdou do zařízení. Pokud si to klient přeje, koupí mu známku a odešlou jeho dopis či zásilku. Jedna klientka však uváděla, že ze zařízení není možné dopis poslat.

Domnívám se, že zařízení klientům v kontaktu s vnějším světem nebrání. Z výpovědí klientů však vyplývá, že zcela nevědí, jak by sami mohli telefonovat, případně odeslat poštu. **Zařízení by je proto mělo o možnostech vhodným způsobem informovat, například tím, že jim bude opakovaně nabízet zprostředkování kontaktu s lidmi vně zařízení (nabídnutí telefonu či odeslání dopisu).** Naopak velmi vítám, že zařízení v nedávné době zavedlo tzv. Čtvrteční vyjížďky, v rámci kterých klientům zdarma nabízí dopravu maximálně pro 3 osoby např. do obchodu či na jiné místo v Pacově a okolí (do 20 km od Pacova).

7. Režimová opatření

U každého klienta je nutno individuálně zvažovat a vyhodnocovat rizika a teprve na základě tohoto zhodnocení přistoupit k možným restriktivním opatřením, která mají být prováděna vždy pouze v zájmu klienta a za použití nejmírnějších omezení.¹⁸

Nejvýraznějším režimovým opatřením je omezení volného pohybu klientů (viz kapitola [Volný pohyb](#)). Klienti u sebe dále dle sdělení personálu nemohou mít ostré předměty (nože apod.). S ostrými noži a nůžkami mohou klienti pracovat v rámci aktivizačních činností (mohou si např. nakrájet jablko), ale pod dohledem pracovníků.

18 Veřejný ochránce práv. *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením* [online], s. 51-52. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020 [cit. 28. 7. 2021]. Dostupné z https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/11-2017-NZ-OV_souhrnna_zprava_DOZP.pdf.



V evidenci stížností je záznam o tom, že si klientka stěžovala, že nedostala ke snídani nůž na krájení jídla. Bylo jí vysvětleno, že v domově se zvláštním režimem nemohou klienti ostrý nůž používat bez dohledu a že o nakrájení stravy může vždy požádat pracovníky, případně na ni mohou dohlížet. Klientka toto vysvětlení přijala.

Ačkoliv rozumím tomu, že se zařízení zákazem samostatného používání ostrých předmětů snaží zajistit bezpečnost klientů, domnívám se, že plošný zákaz není adekvátní. Není zřejmé, na základě čeho toto opatření zařízení přijalo. Jeho nastavení nezohledňuje různou míru dovedností a schopností jednotlivých klientů. Zařízení by u nich mělo individuálně vyhodnocovat rizika a nastavovat odpovídající režimová opatření.

Opatření:

- 7) Upustit od plošného zákazu používání ostrých předmětů, rizika vyhodnocovat individuálně, k restriktivním opatřením přistupovat pouze v odůvodněných případech a činit o nich záznamy do dokumentace klientů (průběžně).**

8. Pády

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).¹⁹ Je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost jejich předcházení a hodnotit riziko pádu u každého klienta, riziko zaznamenat a pravidelně tento údaj aktualizovat. V případě, že k pádu dojde, je třeba hledat příčiny a zaznamenat okolnosti pádu (stav klienta, místo, čas atp.). Příčiny je třeba analyzovat a hledat způsoby, jak pádům předejít. Do tohoto procesu by měl být zapojen celý pečující tým.

U klientů s vysokým rizikem pádu je nutné nastavit preventivní opatření: stabilní nábytek, snížené lůžko, uzavřená obuv, dostatek madel, sledování nežádoucích účinků léků, matrace umístěná pod lůžkem, chrániče kyčlí apod. Díky individualizovaným preventivním opatřením zařízení vymezí rozsah své odpovědnosti a v případě potřeby prokáže, že nezanedbalo náležitý dohled.

Dále je žádoucí zavést celkovou evidenci pádů z důvodu vysledování jejich nejčastějších příčin, případně míst a denní doby. Pravidelné vyhodnocování umožní identifikovat rizikové faktory a místa, kde k pádům nejčastěji dochází.

Navštívené zařízení pracuje s prevencí pádů. V zařízení jsou například nainstalována madla na chodbách i v koupelnách klientů. U některých klientů se dle sdělení personálu využívá snížení lůžka k zemi. Také se umísťují výstražné cedule upozorňující na kluzkou podlahu apod. Zařízení rovněž vyhodnocuje rizika pádu u jednotlivých klientů.

Pokud klient spadne, je pád zaznamenán v Protokolu o pádu. V něm je uvedeno, kde a jak upadl, jaké jsou možné příčiny pádu, zda došlo ke zranění, příp. jakému, jaký je další postup a zda dojde ke změně plánu rizika pádu. Záznam péče klienta obsahuje menší okruh informací – nezaznamenávají se v něm okolnosti a místo pádu. Zařízení nevede samostatnou

19 JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení. Praha: Grada Publishing a. s., 2007, s. 29 a násl. ISBN 978-80-247-1715-9.



evidenci pádů. Pokud chtějí pracovníci vidět souhrn pádů za určité období, vyfiltrují je ze Záznamů péče. Nejistí proto, za jakých okolností a kde k nim došlo. Zařízení tak přichází o možnost zjistit riziková místa a situace. Sami vedoucí pracovníci uváděli, že pády v zařízení zpětně systematicky z tohoto pohledu nevyhodnocují.

Co se týká přehodnocování rizika pádu, má k němu dle personálu u jednotlivých klientů docházet alespoň 1x za 6 měsíců či při změně zdravotního stavu. Zařízení po každém pádu určí, zda má dojít ke změně plánu rizika pádů. Z dokumentace však vyplývá, že tomu tak není vždy. Klient C padá poměrně často. Hodnocení rizika pádu u něj bylo zpracováno pro období od 24. března 2022 – 19. září 2022. Ke dni systematické návštěvy (18. října 2022) však nebylo znovu přehodnoceno i přesto, že klient dle záznamů v programu Cygnus od března 2022 alespoň 12x upadl a alespoň 3x z toho mělo v návaznosti na pád dojít ke změně plánu rizika pádu.

V rámci prevence pádů využívá zařízení kromě kompenzačních pomůcek u některých klientů postranice u lůžka a fixační pásy v křesle. Zařízení v plánech rizik jednotlivých klientů zaznamenává, jaké prostředky prevence pádu a za jakých okolností jsou u nich využívány. Pracovníci však nemají k dispozici jednotný seznam klientů, ze kterého by bylo zřejmé, u koho a kdy mají využít postranici (celou nebo zkrácenou) či fixační pás. Dotázaný člen personálu uvedl, že informace o postranicích je v dokumentaci jednotlivých klientů v systému Cygnus, nedokázal ji však nalézt.

Je zřejmé, že zařízení vyvíjí snahu pádům předcházet. Pro účinné řízení rizika pádů je však třeba, aby zařízení zpětně systematicky vyhodnocovalo pády a snažilo se vysledovat jejich nejčastější příčiny, místa, kde k nim dochází, a případně další okolnosti. Je také nutné, aby zařízení důsledně a včas přehodnocovalo individuální rizika u jednotlivých klientů. Pokud pracovníci nemají jasné zadání pro užití postranic či fixací v křesle nebo nevědí, kde je nalézt, mohou k užívání prostředků, které mají potenciál omezit volný pohyb klientů, přistupovat intuitivně. Zařízení proto doporučuji vytvoření přehledného seznamu, ze kterého bude zřejmé, u koho a za jakých okolností má být použita postranice či fixační pás.

Opatření:

- 8) Systematicky evidovat a vyhodnocovat pády klientů (průběžně).**
- 9) Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (průběžně).**
- 10) Vést přehledný seznam klientů, u kterých se užívají postranice (případně jiné prostředky, které jsou způsobilé omezit pohyb klientů), tento seznam dát pracovníkům k dispozici (do 1 měsíce).**

9. Sexualita a intimita

Sexualitou a intimitou se rozumí široká škála 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



o nevhodném chování, případně klientka dále trávila zbytek dne či následující dny v doprovodu personálu, aby nebyla s klientem sama. Jednalo se však o relativně krátkodobá řešení, po kterých došlo k několika dalším incidentům.

V době systematické návštěvy se již dle personálu incidenty neděly. V případě klienta B se tak stalo po spolupráci s ošetřující psychiatrickou. U klienta E dle personálu také došlo k vymizení nežádoucího chování; důvod však není zřejmý.

Popsané incidenty zařízení neeviduje jako mimořádné či nežádoucí události, ale v běžných záznamech péče jednotlivých klientů. Například v záznamu péče klienta B ze dne 14. března 2022 je popsáno, že část odpoledne trávil s klientkou D, společně komunikovali při kávě a procházeli se po společenských prostorech. „Bylo zřejmé, že si rozumí a je jim spolu dobře až do chvíle, kdy klient B začal paní D sexuálně obtěžovat, a to nejdříve slovně a po chvíli i fyzicky“. Personál vyzoroval, že jeho chování klientce není příjemné, avšak není schopná se bránit. Personál opakovaně vedl s klientem B rozhovor a snažil se mu vysvětlit, že jeho chování vůči klientce není vhodné, po zbytek dne se již situace neopakovala. **V dokumentaci klientky z daného dne však není žádná zmínka o sexuálním obtěžování, je zaznamenáno pouze, že pozdní odpoledne trávila ve společnosti pana B. Z dokumentace často není jasné, jak zařízení situaci řešilo a jaká opatření přijalo, aby se neopakovala.**

Uvědomuji si, že pro zařízení není snadné nalézt hranici, kdy do vztahu mezi klienty zasáhnout v situaci, kdy je jejich kontakt do určitého okamžiku konsenzuální. V daném případě však opakovaně docházelo k sexuálnímu obtěžování mezi klienty, které zařízení řešilo velmi intuitivně. Jako pochybení vnímám i to, že situace nebyla evidována jako nežádoucí událost, na kterou by navazoval sled kroků k zabránění jejího opakování.

Sociální služba má povinnost vytvářet takové podmínky, které umožní klientům uplatňovat jejich lidská a občanská práva.²¹ Zařízení by vždy mělo v první řadě zajistit bezpečí klienta, kterého obtěžuje jiný klient. Dále by mělo společně s ním zvažovat další postup a možná řešení situace. Z dokumentace není vůbec zřejmé, že by věc byla jakkoliv řešena s klientkou D. Za dobrou praxi bych považoval, pokud by služba v této situaci klientce navrhla a případně poskytla další podporu (například zapojení rodiny, případně opatrovníka, pokud by jej měla) či odbornou pomoc (např. psychologickou).

Zařízení musí s tématem sexuality a intimity začít intenzivně pracovat. Například nestačí vypracovat metodický předpis či proškolit pracovníky. Práce se sexualitou jako součástí poskytování sociální služby by měla být systematická. Je vhodné začít sjednocením týmu v otázce přístupu k sexualitě klientů a následným zjišťováním potřeb personálu a klientů. Teprve poté by mělo následovat vypracování interního metodického předpisu a začlenění práce se sexualitou do činnosti stávající poskytované služby.²² **Za nutné považuji zavedení formalizovaného postupu k řešení nežádoucích událostí v oblasti sexuálního obtěžování, a to zejména k jejich odhalování, hlášení a prevenci jejich opakování. Zařízení také**

21 Ustanovení § 88 odst. c) zákona o sociálních službách.

22 Viz např. VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013, ISBN 9788026203735, s. 43 a násl.



ombudsman

veřejný ochránce práv

Sp. zn.: 41/2022/NZ/CB
Domov se zvláštním režimem
Dům sociálních služeb
Pacov, p. o.

doporučuji, aby navázalo spolupráci s některou z organizací, které s tématem sexuality klientů sociálních služeb komplexně pracují.

Opatření:

- 11) Systematicky zavádět do praxe téma sexuality a intimity klientů (průběžně).**
- 12) Zavést formalizovaný postup k řešení sexuálního obtěžování v zařízení (do 3 měsíců).**



Zajištění důstojné a individualizované péče

10. 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 jsou jednou ze základních činností, které je domov povinen klientům zajistit.²³

Ranní hygiena²⁴ u klientů, kteří potřebují podporu právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,²⁵ večerní hygiena²⁶ zase každý večer.²⁷ Taktéž intimní hygienu je zásadní provádět každý den.²⁸ Je rovněž důležité, aby personál domova zajistil u klientů i tzv. **celkovou koupel** („koupel“), a to **minimálně dvakrát týdně**. Celková koupel zahrnuje umytí celého těla včetně vlasů pod tekoucí vodou, vyčištění zubů a případně 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.²⁹ 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 se 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.

K zajištění hygieny jsou využívány koupelny v pokojích klientů. V koupelnách jsou bezbariérové sprchy. Část klientů využívá koupací židli či koupací lůžko.

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

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

25 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

27 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

28 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

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



Podle sdělení personálu dopomáhají pracovníci s hygienou všem klientům. Potřebná míra dopomoci se liší. Někteří klienti potřebují nastavit například pouze teplotu vody, jiní omýt záda a jiní celkové zajištění hygieny. Jak má dopomoc s hygienou u konkrétního klienta vypadat, je zaznamenáno v jeho plánu péče, kde je popsáno, které úkony zvládá sám a se kterými a jak konkrétně potřebuje pomoci.

Celková koupel probíhá 1x týdně dle rozpisu + v případě dle potřeby. Personál uvedl, že se klienti mohou koupat i vícekrát, pokud chtějí. Možnost častějšího koupání potvrdila i jedna klientka. Naopak klienty, kteří se nechtějí koupat, se snaží pracovníci motivovat. Pokud by se klient přesto koupat odmítl, zapíše to do dokumentace a nenutí jej.

Je správné, že zařízení individualizuje míru dopomoci při hygieně i že respektuje individuální přání klientů. Domnívám se však, že již základní nastavení služby by mělo klientům umožňovat celkovou koupel alespoň 2x týdně.

Opatření:

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

11. Mikční režim

Jedním z projevů demence může být 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.³⁰

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.

Personál uváděl, že přibližně 70 % – 80 % klientů má určitou míru inkontinence. Míra závislosti klientů je různá, pracovníci uváděli, že někteří si dojdou na toaletu sami, jiní si řeknou sami o doprovod, některých klientů se chodí ptát, protože si o doprovod sami neřeknou, a jiní jsou plně závislí na podpoře personálu. Klienti mají zaznamenáno v plánech péče, jakou míru dopomoci v této oblasti potřebují.

Je správné, že v zařízení působí tzv. inko tým, jehož úkolem je vyhledat nejvhodnější inkontinenční pomůcky pro daného klienta a starat se o jejich včasné objednání. V zařízení však neprobíhá systematický trénink mikce, jehož cílem by bylo udržení nebo posílení kontinence některého z klientů. Pracovníci uváděli, že u žádného z klientů nemají jasné

30 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 109, op. cit.



zadání, jak často ho doprovázet/připomínat na toaletu, u nikoho není vedena ani tzv. mikční karta.

Z rozhovorů s personálem vyplynulo, že výměna inkontinenčních pomůcek probíhá mj. po 7. hodině ráno. Jedna pracovnice uvedla, že pokud by klient ještě spal, vynechá jej a pomůcku vymění, až se probudí. Další pracovníci však sdělovali, že po 7. hodině vymění inkontinenční pomůcku všem klientům, čímž je probudí, ale nenutí je vstávat. Pokud chtějí klienti znovu usnout, personál je nechá v lůžku. V dokumentaci klientů jsou také záznamy, že výměna inkontinenčních pomůcek proběhla v brzkých ranních hodinách, ve 2:00 až 3:00 hod. ráno.

V zařízení vnímám prostor pro nastavení individualizovaného mikčního tréninku u klientů, kteří si jej budou přát. Zařízení tak může efektivně předcházet prohlubování jejich inkontinence, případně jejich soběstačnost v této oblasti posílit. Domnívám se také, že by k výměně inkontinenčních pomůcek nemělo docházet na úkor spánku klientů. K přerušení spánku klientů by měli pracovníci přistoupit pouze v situacích, kdy je výměna pomůcky skutečně potřeba, a nikoli z provozních důvodů.

Opatření:

- 14) Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (průběžně).**
- 15) Přerušovat spánek klientů kvůli výměně inkontinenčních pomůcek pouze ve skutečně potřebných případech (průběžně).**

12. Prevence malnutrice a stravování

12.1 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.³¹

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.

31 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.



12.1.1 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.³² U klientů, kteří se nepostaví na váhu, je vhodné využívat alternativních možností zjišťování hmotnosti (např. měření obvodu paže či kožní řasy). Na základě těchto vstupních informací vyhodnotit, zda je klient ohrožen malnutricí. Tento postup by mělo zařízení opakovat v pravidelných intervalech.

Klienti zařízení jsou pravidelně 1x za měsíc váženi. K vážení imobilních klientů zařízení může využít zvedák s integrovanou váhou. V dokumentaci klientů jsou zaznamenány výsledky nutričního testu (MNA-SF).

V případě, že pracovníci zpozorují u klienta úbytek váhy nebo menší příjem stravy, doporučí ho do péče nutričního terapeuta a lékaře externí nutriční společnosti. Poukaz na nutriční terapii poté indikuje praktický lékař klientů. V době systematické návštěvy bylo v péči nutričního terapeuta 5 klientů.

Nutriční lékař navštěvuje dle personálu klienty v zařízení 1x za 3 měsíce a měl by nastavovat nutriční intervenci. V dokumentaci vedené v systému Cygnus však není u klientů vyplněná nutriční anamnéza ani nutriční plán. Například klientka F a klientka G mají dlouhodobě léčené dekubity. Ani u jedné z těchto klientek přitom není vyplněna nutriční anamnéza ani nutriční plán. Dle sdělení zdravotní sestry jsou u klientky G externí nutriční společnosti doporučeny odběry krve 1x ročně a žádná další intervence zatím od nutriční společnosti nepřišla.

Navázání spolupráce s nutričním lékařem či terapeutem považují za správné. Z popsané praxe však vyplývá určitá pochybnost o předávání informací mezi externí nutriční společností a zdravotnickým personálem v zařízení. Zdravotní sestry nemají v dokumentaci klientů jasně zadané nutriční plány. Oslovený zdravotnický personál nedokázal vysvětlit, jaká je systematická kontinuální péče o klienty mezi jednotlivými návštěvami externí nutriční společnosti. Za žádoucí považují, aby se nutriční anamnéza a nastavená intervence propisovala přímo do plánů péče klientů a zejména aby s ní byl personál obeznámen.

Opatření:

- 16) Zohledňovat u klientů malnutrici a její riziko v ošetřovatelských plánech a plánech péče a systematicky s touto diagnózou pracovat (průběžně).**

32 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.



12.2 Nutriční hodnota stravy

Zajištění vhodné celodenní stravy je jednou ze základních činností poskytované sociální služby. Musí odpovídat věku, zásadám racionální výživy, potřebám dietního stravování. Vyhláška jako minimum stanoví tři hlavní jídla denně.³³ Pokud však zařízení poskytuje péči osobám s demencí, je třeba této klientele přizpůsobit i stravovací režim. Osoby s Alzheimerovou chorobou mají vyšší energetickou potřebu, měla by jim proto být podávána nutričně a energeticky odpovídající strava reflektující aktuální fázi onemocnění, stav výživy a přítomnost dalších chorob. Klientům se syndromem demence by rovněž měl být zajištěn neustálý přístup k jídlu.

Klienti v domově dostávají snídaně, oběd (mohou vybírat ze dvou variant), svačinu a večeři, druhou večeři pak dostávají diabetici. Jídelníček, který zařízení doložilo, má však z pohledu pověřené expertky z oboru zdravotnictví poměrně nízký obsah ovoce a zeleniny. Stejně jej hodnotili i někteří členové personálu. Ke snídaně klienti často dostávají různé pomazánky s pečivem a k večeři převážně pečivo se sýrem, šunkou nebo pomazánkou. Jako teplá večeře je podávána nejčastěji polévka opět s pečivem.

V době systematické návštěvy měli klienti k večeři chléb namazaný sýrem. Klienti, kteří nedokázali kousat chléb, měli bramborovou kaši s karbanátkem, což bylo stejné jídlo, jaké měli k obědu. Část klientů tedy měla dle pověřené expertky večeři nutričně chudou a druhá část měla zbytek od oběda.

Vítám, že klienti mohou volit alespoň ze dvou variant obědů, nicméně složení jídelníčku vnímám jako poměrně jednotvárné a mnohdy nutričně chudé. **Zařízení proto doporučuji zrevidovat pestrost a výživové hodnoty jednotlivých jídel a vyvarovat se podávání stejného jídla 2x denně.**

Vedle toho mohou mít klienti uložené své potraviny v lednicích, které mají v pokoji. Snídaně se v zařízení podává mezi 8. a 9. hodinou, oběd je mezi 11. a 12. hodinou, svačina mezi 14. a 15. hodinou a večeře mezi 17. a 18. hodinou (druhá večeře je ve 21:00 hodin).

Upozorňuji zařízení, že mezi posledním a prvním jídlem dne vzniká poměrně velká pauza, a to až 15 hodin, kdy klienti (vyjma diabetiků) nemají žádné jídlo, pokud nemají své vlastní. **Mám za to, že by zařízení mělo při podávání jídla vycházet z individuálních zvyklostí klientů a případně zkrátit časový rozestup mezi večeří a snídaní.**

Opatření:

- 17) **Jídelníčky sestavovat s ohledem na jejich nutriční hodnotu a potřeby klientů (průběžně).**
- 18) **Zajišťovat, aby klientům se syndromem demence bylo jídlo k dispozici celý den (průběžně).**

³³ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.



12.3 Podávání jídla

Dopomoc se stravou vychází v první řadě z určení, který klient potřebuje při jídle pomoc personálu. Rozhodnutí se zaznamená do dokumentace. Rovněž je třeba, aby zařízení k podávání jídla určilo dostatečný počet zaměstnanců (případně dobrovolníků). Poskytovaná podpora by měla odpovídat skutečným potřebám klienta (zejména co se týče rychlosti jídla, způsobu polykání či preference jídla). V důsledku nerespektování potřeb klientů u jídla mohou nejen vznikat rizika (například vdechnutí potravy), ale přijímání potravy se může pro klienty také stát stresujícím a zatěžujícím momentem dne. Tím se zvyšuje riziko malnutrice, kdy v úmyslu vyhnout se nepříjemným zážitkům u jídla raději přestane klient přijímat potravu.

Pokud klienti potřebují určitou míru dopomoci při jídle a pití, mají v Plánu péče zaznamenáno, jakou dopomocí potřebují. Dopomoc při podávání stravy probíhala v domově ve velmi příjemné a klidné atmosféře. Personál při komunikaci s klienty využíval například obraty: „*Prosím [...] dobrou chuť*“ (při položení jídla před klienta), „*Můžu Vás trošku přisunout?*“, „*Můžu Vám to rozkrájet?*“, „*Je to takhle lepší?*“, „*Paní XY, podívejte se, co máte [...] filé se sýrem.*“, „*Chcete vidličku, nebo lžíci?*“ apod.

Přístup pracovníků ke klientům při dopomoci s jídlem byl profesionální a považují ho za příklad správné praxe.

13. Individualizovaná péče o klienty s demencí a jejich podpora

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jejího stadia, musí být nastavena individuálně a prováděna poučeným personálem. Intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže či zbytečně působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv klienta či přímo o špatné zacházení. Požadavku na zohlednění odborné stránky věci odpovídá právní povinnost poskytovatele sociální služby zajistit individuální přístup k potřebám klientů.³⁴ K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti.³⁵ Informace o tom, jaký typ demence osoba má a v jaké fázi se syndrom demence nachází, je klíčová pro správné nastavení péče. Informace musí být obsažena v dokumentaci klienta a personál musí s těmito informacemi dále pracovat.

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,³⁶ osoby s těžkou demencí potřebují

34 Ustanovení § 2 odst. 2 a § 88 písm. f) zákona o sociálních službách.

35 Mini-Mental State Examination (MMSE), Test hodin atd.

36 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



především individualizovanou asistenci. Účast na programových aktivitách již pro ně přínosná není, naopak jim může způsobovat diskomfort a být pro ně zatěžující.³⁷ 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.

Všichni klienti v zařízení mají některý z typů demence. Do zařízení dochází gerontopsychiatrička, která dle zdravotní dokumentace mj. vyhodnocuje a sleduje kognitivní schopnosti klientů (realizuje MMSE).

Kromě lékařských zpráv však aktuální kognitivní stav klientů není nikde zaznamenán. Oslovený personál nedokázal popsat, jaké jsou rozdíly v péči o klienty v jednotlivých stádiích demence, nebo jak se aktuální stádium odráží v péči o klienta. Dle jedné z pracovnic s kognitivními funkcemi klientů pracuje aktivizační pracovnice, která s nimi trénuje paměť apod. To však v době systematické návštěvy nebylo možné ověřit, protože bývalá pracovnice v domově již nepracovala a nová měla nastoupit až od následujícího měsíce. Aktivizační činnosti tak v omezené míře prováděli pracovníci v přímé péči a vypomáhali jim aktivizační pracovníci z domova pro seniory.

Je zřejmé, že domov určitým způsobem potřeby klientů rozlišuje. V programu aktivizačních činností byl například vymezen prostor nejen pro skupinové, ale i pro individuální aktivizace.³⁸ Jedna z pracovnic uvedla, že v rámci trénování paměti například dělají pro klienty kvízy, kdy mají vymýšlet co nejvíce slov začínajících na určité písmeno abecedy apod. **Nejistil jsem však, že by v zařízení probíhala nějaká ucelená terapie zaměřená na udržení kognitivních dovedností např. v podobě kognitivního tréninku. S ohledem na cílovou skupinu považuji zavedení aktivit vedoucích k udržení či rozvoji kognitivních funkcí klientů za nutné.**

Opatření:

19) Promítat aktuální kognitivní stav do péče o klienty (průběžně).

a vytvářejí náplň dne (Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014, str. 5).

³⁷ Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014, str. 4–5, 8.

³⁸ Program aktivizací byl však v době systematické návštěvy realizován pouze v omezené míře.



Zdravotní péče

14. Dostupnost zdravotní péče

Klienti pobytových sociálních služeb mají právo na místně a časově dostupné zdravotní služby včetně preventivní péče a na volbu poskytovatele zdravotních služeb,³⁹ přičemž povinností poskytovatele je pomoci klientům tato práva realizovat.⁴⁰

Zařízení spolupracuje s praktickým lékařem. Při nástupu mají klienti možnost ponechat si svého praktického lékaře, v takovém případě si však musí například komunikaci s lékařem, dopravu či předpisy léků zajistit klient a jeho blízcí. Většina klientů proto volí přechod k praktickému lékaři, který spolupracuje se zařízením.

Dále má domov navázanou pravidelnou spolupráci s lékařkou z oboru gerontopsychiatrie, která za klienty dojíždí 1x měsíčně, a s nutričním lékařem z externí společnosti. Zařízení naopak nemá navázanou spolupráci s fyzioterapeutem či rehabilitačním pracovníkem, stejně tak do zařízení nedochází psycholog či psychoterapeut.

Jako problematické shledávám zajištění **preventivní péče**. Vedení zařízení k tomu uvedlo, že klienti nechodí na preventivní zubní a gynekologické prohlídky, neprobíhá ani preventivní mamografie. Lékaře navštíví klienti při obtížích, nebo při indikaci návštěvy lékařem jiné odbornosti. Důvodem je dle personálu nezájem klientů o preventivní péči a obtížnost zajištění lékaře, který by vyšetření realizoval.

Ačkoliv při hledání lékaře může narážet na potíže, **apeluji na zařízení, aby na zajištění pravidelných preventivních prohlídek klientů nerezignovalo**. Vzhledem k cílové skupině klientů zařízení doporučuji také navázat pravidelnou spolupráci s fyzioterapeutem nebo rehabilitačním pracovníkem a psychologem, popř. psychoterapeutem.

Opatření:

- 20) Zajišťovat klientům účast na pravidelných preventivních lékařských prohlídkách (průběžně).**

14.1 Paliativní péče

Vzhledem k cílové skupině klientů by zařízení mělo být připraveno i na závěrečnou fázi jejich života.

Paliativní péči zařízení vnímá komplexně, zapojuje se do ní jak paliatr, tak praktický lékař, rodina klienta i pracovníci zařízení.

39 Zejména ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

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



Při zařazení klienta do paliativní péče kontaktuje rodinu paliatr a vysvětlí jí, co to znamená. Zároveň sestaví návod pro zařízení, jak o konkrétního klienta v závěrečné fázi života pečovat.

Klienta v paliativní péči může rodina navštěvovat nepřetržitě, a to i v případě epidemie covid-19. Rodina však nemůže přespat v jeho pokoji, protože je dvoulůžkový.

Popsaný přístup k paliativní péči, zejména navázání spolupráce s paliatrem, komplexní přístup k paliativě a individualizaci péče o umírající považují za příklad žádoucí praxe. Doporučuji zařízení zvážit, zda by v takových případech rodiny nemohly využít některý z dosud neobsazených pokojů.

15. Léky

15.1 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 předpisem lékaře. Ve zdravotnické dokumentaci klienta by měl být uveden záznam o podání léčivého přípravku včetně podaného množství.⁴²

Léky podává vždy zdravotní sestra ráno, v poledne, večer a na noc. Léky jsou skladovány v uzamykatelné lékárně na sesterně. Klíč od lékárny mají pouze sestry.

Za rizikové považují, že léky na celý nadcházející den připravuje sestra na noční směně. Na té slouží sama a kromě toho musí současně reagovat na aktuální potřeby klientů. Je tedy možné, že přípravu léků musí i několikrát přerušit. Léky jsou připravovány podle lékových listů a do těchto listů sestry nezaznamenávají, které léky již připravily, ani se za přípravu nepodepisují.

Dalším rizikem je, že připravené léky během následujícího dne rozdává sestra, která má denní službu. Jedna sestra tudíž léky připraví a jiná je vydává. Podání léků se zpětně zaznamenává do systému Cygnus.

Pokud léky podává ten, kdo je nechystal, zvyšuje se výrazně riziko chybovosti. Pracovník, který rozdává nachystané léky, již totiž nemá žádnou možnost jak zkontrolovat, zda skutečně podává danému klientovi správný lék. Na situace, kdy lék podává někdo jiný, než kdo jej

41 Jedná se o registrovanou všeobecnou sestru, praktickou sestru, dětskou sestru a zdravotnického záchranáře podle ustanovení § 4 odst. 3 písm. b), § 4a odst. 2 písm. a), § 4b odst. 2 a § 17 odst. 2 písm. b) vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

42 Ustanovení § 1 odst. 2 písm. e) bodu 2 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci („vyhláška o zdravotnické dokumentaci“).



připravoval, a na rizika s tímto spojená upozorňuje ochránce dlouhodobě.⁴³ Obdobně na rizika tohoto postupu upozorňuje i česká a zahraniční odborná praxe.⁴⁴

Opatření:

21) Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (průběžně).

15.2 Doba podávání léků

Jako nestandardní vnímám čas podávání večerních a nočních léků. Večerní léky jsou podávány mezi 16. až 18. hodinou, přičemž celý proces podávání léků trvá poměrně dlouhou dobu, neboť všech 58 klientů obchází pouze jedna sestra. Noční léky jsou rozdávány už od 20. hodiny.

Klientům je standardně předepisována i medikace na spaní. Ta je jim podávána v případě, že nemohou usnout do 23. hodiny, což je podle zdravotníka opět nestandardně brzy.

Podávání nočních léků již ve 20:00 hodin je z mého pohledu velmi brzké. Zařízení by mělo nastavit spánkový režim klientům tak, jako je tomu v běžné populaci. Čas uléhání by neměl ustupovat provozním důvodům, ale měl by respektovat individuální potřeby klientů.

Opatření:

22) Při podávání léků respektovat individuální denní rytmus klientů (průběžně).

16. Bolest

U klientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,⁴⁵ může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, případně může vést k poruchám chování (vnímaných jako neklid či agrese) a následnému zbytečnému omezení klientů.

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. 28. 11. 2021]; 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 Eva MARKOVÁ. 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 dával, nebo připravoval někdo jiný**“).

45 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>.



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.⁴⁶ Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Dle sdělení personálu není k zjišťování intenzity, popřípadě typu bolesti, v domově používán žádný test nebo škála. Personál pozná, že klienta něco bolí, podle grimas, sténání, popřípadě to klient sám řekne. V takovém případě je podána předepsaná medikace na bolest. Ke zhodnocení účinku léčby bolesti dochází opět dle intuice personálu nebo slov klientů.

Ačkoliv 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 pracovníci vždy nemusí mít. **Proto považují za potřebné využívat dostupné škály pro zjišťování bolesti, její intenzity a efektu podaných analgetik, které byly sestaveny pro seniory s demencí, a vést pečlivé záznamy.**

Opatření:

- 23) Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (do 1 měsíce).**

17. Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,⁴⁷ 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.

Dle zdravotnického personálu je velmi těžké u klientů rozeznat, zda mají depresi. Žádné škály deprese se v domově nepoužívají. V případě podezření na rozvíjející se depresi nebo pozorování častějších výkyvů nálad u klientů je vše konzultováno s lékařkou z oboru gerontopsychiatrie a ta stav klienta posoudí.

Jsem si vědom toho, že posoudit míru deprese objektivně je velmi obtížné. Proto doporučuji, aby zařízení využívalo vypovídající způsob posuzování deprese, jako je např. geriatrická škála deprese, a s tím dále systematicky pracovalo.

Opatření:

- 24) U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda nemají depresi (průběžně).**

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

47 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.



25) Stanovit pro práci s depresí jasné zadání a povinnosti pro personál (do 3 měsíců).

18. Dokumentace

Zdravotnická dokumentace musí obsahovat informace o zdravotním stavu klienta a o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb.⁴⁸ Pokud si zdravotničtí pracovníci předávají tyto informace v jiných nosičích (např. kniha hlášení), musí být informace o klientovi zapsány současně také do jeho individuální ošetrovatelské dokumentace. V opačném případě hrozí, že důležité informace o jednotlivých klientech nebude možné flexibilně v případě potřeby dohledat a dokumentace nebude plnit svůj účel. Zaznamenávání informací o klientech by mělo být nastaveno tak, aby umožňovalo komplexní a efektivní práci s klientem.

Dokumentace klientů je z největší části vedena v systému Cygnus. Zde je možné najít informace od zdravotních sester ve zdravotnické části dokumentace a zároveň informace od pracovníků v sociálních službách v sociální části dokumentace.

Mimo dokumentaci v systému Cygnus je ještě o každém klientovi vedena tištěná dokumentace, kde jsou zprávy od lékařů, kteří pravidelně docházejí do domova, lékové listy, informované souhlasy a ošetrovatelská anamnéza. Další tištěná dokumentace je vedena u některých klientů pro externí nutriční společnost. Fotodokumentace dekubitů je dle sdělení personálu odesílána přes služební mobil specialiste na mokré hojení ran.

Doporučuji, aby zařízení soustředilo dokumentaci do jednoho systému, aby v něm bylo možné najít všechny informace o daném klientovi. Dokumentace klientů vedená na několika místech může vést k tomu, že personál o nich nemá ucelené informace.

⁴⁸ Zdravotnická dokumentace je souborem informací v rozsahu stanoveném zákonem, které se vztahují ke klientovi, o němž je vedena. Dokumentace tedy musí poskytovat v souladu ucelený přehled o klientovi [viz ustanovení § 53 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách].



Důstojnost a autonomie vůle klientů

19. 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.⁴⁹ 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.

Personál v zařízení přistupoval ke klientům vlídně a s respektem. Pracovníci všem klientům vykali a oslovovali je buď příjmením, nebo křestním jménem. To, jakým způsobem si přeje být klient osloven, je zaznamenáno v dokumentaci v sekci základní údaje o klientovi. Celkově jsem v přístupu personálu ke klientům nezaznamenal žádné excesy a hodnotím jej kladně.

20. Důstojnost oděvu a zevnějšku

Klienti by měli mít možnost úpravy zevnějšku dle svého přání a měli by nosit vlastní oblečení, z něhož 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 v zařízení nosili vlastní oblečení, které bylo upravené a čisté. Oblečení je označované štítky, kvůli prevenci ztráty při praní. Označení oděvů nebylo umístěné viditelně, vyjma ponožek některých klientů, kde byly štítky vidět přes přezůvky. **Viditelné označení oblečení klientů je nedůstojné, doporučuji zařízení, aby se vyvarovalo viditelného označování oblečení, byť jen na ponožkách klientů.**

Jedna klientka k tématu oblečení také uvedla, že jí pracovníci pořídili nové spodní prádlo (podprsenky) poté, co se její vlastní opotřebilo. Nové prádlo jí však zcela nesedělo. **Za žádoucí považuji zapojení klientky do nákupu oblečení, kdy by si jej mohla vyzkoušet a sama zvolit.**

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

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



21. 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.

Pravidla pro podávání a vyřizování stížností má zařízení zpracovaná v Metodickém pokynu č. 7a/1. Klienti mohou stížnosti podávat písemně i ústně, zaměstnanci poskytovatele mají také za úkol sledovat neverbální projevy nespokojenosti klientů, kteří komunikují s obtížemi, a tyto projevy zaznamenávat do jejich dokumentace.

V době systematické návštěvy evidovalo zařízení dvě stížnosti, které klienti podali ústně. Pokud si klient stěžuje ústně, zapíše pracovník stížnost a předá ji nadřízenému. Stížnost se zaeviduje a vyřídí. Záznam v evidenci pak obsahuje informaci o tom kdy, kým a jak byla stížnost vyřešena.

Písemné stížnosti mohou klienti vhadzovat do schránek důvěry, které jsou v obou obydlených podlažích. Oceňuji, že je u schránek přímo umístěn papír, tužka a lupa. Tyto schránky vybírá personál 1x týdně. Jako dobrou praxi hodnotím i to, že po pokojích klientů postupně putuje další stížnostní schránka, aby do ní mohli vhodit stížnost i méně mobilní klienti, případně aby kdokoliv mohl vhodit stížnost nepozorovaně. Do této schránky personál předem umístí několik prázdných papírů, aby nebylo možné poznat, zda od klientů z pokoje, na kterém schránka zrovna byla, přibyla nová stížnost. Tato schránka se otevírá až poté, co obejde všechny pokoje, aby byla zajištěna anonymita stěžovatelů, pokud se rozhodnou neuvést své jméno.

Návody, jak podat stížnost, jsou umístěné na nástěnkách vedle schránek. V 1. nadzemním podlaží je však tento návod umístěn na vzdálenější straně nástěnky a klient ho podle mého názoru může snadno přehlédnout. Návod rovněž není zpracovaný ve formě snadného čtení. **Doporučuji proto zařízení, aby umístilo návody v této formě přímo ke schránkám důvěry.**

Metodický pokyn č. 7a/1 i návod umístěný na nástěnkách obsahuje informace o tom, že v případě, kdy klient nebude s vyřízením stížnosti spokojen, může se obrátit na statutární orgán organizace (ředitele), zřizovatele zařízení nebo na Kancelář veřejného ochránce práv. Upozorňuji zařízení, že ochránci zákon⁵² neumožňuje vstupovat do soukromoprávních vztahů mezi klienty a poskytovateli sociálních služeb, nemůže se proto zabývat individuálními stížnostmi na činnost poskytovatelů sociálních služeb. Podněty klientů může zohlednit pouze při plánování systematických preventivních návštěv. Kontrolou kvality sociálních služeb je však pověřena **Inspekce poskytování sociálních služeb Ministerstva**

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

52 Zákon o veřejném ochránci práv.



ombudsman

veřejný ochránce práv

Sp. zn.: 41/2022/NZ/CB
Domov se zvláštním režimem
Dům sociálních služeb
Pacov, p. o.

práce a sociálních věcí. Zařízení by mělo tuto informaci a kontaktní údaje doplnit do Metodického pokynu č. 7a/1 i návodu, který umístí ke schránkám na stížnosti.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Umožnit klientům, u nichž personál nevyhodnotí pohyb mimo areál/budovu zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (opatření č. 4)• Umožnit klientům volný pohyb v budově zařízení v závislosti na jejich schopnostech (opatření č. 5)
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Vést klienty k tomu, aby si chránili své soukromí, v závislosti na individuálním vyhodnocení jejich schopností a rizik (opatření č. 1)• Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu mimo zařízení (opatření č. 3)• Zajišťovat 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 důsledně záznamy do dokumentace (opatření č. 6)• Upustit od plošného zákazu používání ostrých předmětů, rizika vyhodnocovat individuálně, k restriktivním opatřením přistupovat pouze v odůvodněných případech a činit o nich záznamy do dokumentace klientů (opatření č. 7)• Systematicky evidovat a vyhodnocovat pády klientů (opatření č. 8)• Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (opatření č. 9)• Systematicky zavádět do praxe téma sexuality a intimity klientů (opatření č. 11)• Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, umožnit celkovou koupel nejméně dvakrát za 7 dnů (opatření č. 13)• Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (opatření č. 14)• Přerušovat spánek klientů kvůli výměně inkontinenčních pomůcek pouze ve skutečně potřebných případech (opatření č. 15)• Zohledňovat u klientů malnutrici a její riziko v ošetrovatelských plánech a plánech péče a systematicky s touto diagnózou pracovat (opatření č. 16)• Jídelníčky sestavovat s ohledem na jejich nutriční hodnotu a potřeby klientů (opatření č. 17)• Zajišťovat, aby klientům se syndromem demence bylo jídlo k dispozici celý den (opatření č. 18)• Promítat aktuální kognitivní stav do péče o klienty (opatření č. 19)• Zajišťovat klientům účast na pravidelných preventivních lékařských prohlídkách (opatření č. 20)



	<ul style="list-style-type: none">• Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 21)• Při podávání léků respektovat individuální denní rytmus klientů (opatření č. 22)• U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda nemají depresi (opatření č. 24)
Do 1 měsíce	<ul style="list-style-type: none">• vést přehledný seznam klientů, u kterých se užívají postranice (případně jiné prostředky, které jsou způsobilé omezit pohyb klientů), tento seznam dát pracovníkům k dispozici (opatření č. 10)• Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (opatření č. 23)
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit uzamykání kyvných dveří v koupelnách (opatření č. 2)• Zavést formalizovaný postup k řešení sexuálního obtěžování v zařízení (opatření č. 12)• Stanovit pro práci s depresí jasné zadání a povinnosti pro personál (opatření č. 25)