



# Domov se zvláštním režimem Obecně prospěšná společnost Důstojnost

---

## Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Nýdek č. ev. 100, 739 95 Nýdek
Zřizovatel:	Obecně prospěšná společnost Důstojnost
Ředitel:	Ing. Dalibor Mitrenga
Typ zařízení:	domov se zvláštním režimem
Kapacita:	132 lůžek
Datum návštěvy:	28. února – 1. března 2023
Datum vydání zprávy:	20. července 2023
Návštěvu provedli:	Mgr. Petra Benáčková, 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 .....	4
Shrnutí .....	7
Prostředí a vybavení.....	8
1. Orientace v realitě.....	8
2. Estetika a čistota .....	9
3. Prostor pro trávení dne .....	10
4. Pokoje klientů .....	12
Volnost pohybu a osobní svoboda klientů .....	14
5. Volnost pohybu.....	14
6. Pobyt na čerstvém vzduchu.....	17
7. Kontakt s vnějším světem.....	18
8. Vážně míněný nesouhlas .....	19
9. Opatření omezující pohyb .....	20
10. Prostředky prevence pádu .....	24
Zdravotní péče .....	32
11. Dostupnost zdravotní péče.....	32
12. Příprava a podávání léků .....	32
13. Akutní stavy a úrazy v noci .....	35
14. Jídlo a malnutrice .....	36
15. Bolest.....	39
16. Deprese .....	39
Zajištění důstojné a individualizované péče.....	41
17. Specifika demence .....	41
18. Rozhodování o sobě .....	42
19. Průběh dne .....	44
20. Aktivní prožívání dne.....	45
21. Klienti s chováním náročným na péči.....	47
22. Hygiena.....	49
23. Inkontinence a její prevence.....	50
Soukromí .....	52
24. Soukromí v pokoji a při hygieně.....	52



25. Pokyny k péči .....	53
Bezpečnost a pojistky v průběhu pobytu .....	54
26. Signalizace .....	54
27. Pády .....	55
28. Stížnostní mechanismus .....	56
Personál.....	60
29. Přístup personálu ke klientům.....	60
30. Personální zajištění .....	60
Celkové hodnocení zařízení.....	62
Přehled opatření k nápravě.....	63



# 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.<sup>1</sup>

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

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.<sup>3</sup> Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv,<sup>4</sup> konkrétně právníky, odborníky z oblasti sociálních služeb a všeobecné a psychiatrické sestry. Návštěva spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a klienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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**.

- 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,

---

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

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.



kteřá 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) dy 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.<sup>7</sup> 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).<sup>8</sup>

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 Důstojnost je soukromé zařízení, které provozuje obecně prospěšná společnost. Nachází se na okraji obce Nýdek v Moravskoslezském kraji. Je obklopené lesy a loukami, centrum obce je vzdálené asi 1,4 km.

Budova zařízení má 4 nadzemní podlaží (NP) a je bezbariérová. Uvnitř ní jsou poskytovány dvě sociální služby. Domov pro seniory (ve 3. NP) a domov se zvláštním režimem (v 1., 2. a 4. NP). Domov se zvláštním režimem (DZR) má kapacitu 132 klientů, přičemž v době systematické návštěvy v něm žilo 130 klientů, žen i mužů. Domov pro seniory (DS) má kapacitu 51 klientů. V celé budově tak žije přibližně 183 klientů, v závislosti na aktuálním naplnění kapacity. Vzhledem k tomu, že personál je v zařízení společný pro klienty DZR i DS a při péči mezi klienty nerozlišuje, hovořím na několika místech této zprávy o souhrnném počtu klientů.

DZR poskytuje službu osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí a osobám s chronickým duševním onemocněním, které mají sníženou soběstačnost z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.<sup>9</sup> Služba je určena lidem od 35 let.

**Systematická návštěva se zaměřovala pouze na službu DZR.**

## Průběh návštěvy

Návštěvu provedli právníci Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Hanelová a Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský, Ph.D., právník a psycholog, jakož i pověřená expertka z oboru zdravotnictví Bc. Jitka Bolinová Fialová, DiS., psychiatrická sestra.

Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 28. února – 1. března 2023. Ředitel se o návštěvě dozvěděl při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře mu předali pověření k provedení návštěvy a vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Zaměstnanci Kanceláře navštívili podlaží zařízení, ve kterých je poskytována služba DZR (tzn. 1., 2. a 4. NP). Hovořili s přítomným personálem, tj. zdravotními sestrami, pracovníky v sociálních službách, ředitelem zařízení, sociálními pracovníci, aktivizačními pracovníci a s klienty. **Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkuji.**

---

9 Registr poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. *Obecně prospěšná společnost Důstojnost. Popis realizace poskytované sociálních služeb.* [cit. 16. 5. 2023]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/agportal-ser-ver/rest/documents/3FA5A2E8-F01C-47B6-BFE2-ABD20086BAD6/content>.



## Shrnutí

---

Systematickou návštěvou domova se zvláštním režimem Obecně prospěšná společnost Důstojnost jsem zjistil **velké množství závažných nedostatků, které kumulativně dosahují intenzity špatného zacházení.**

Nedostatky spočívají v zásazích do lidské důstojnosti a osobní svobody klientů, ale také v poskytování neodborné a rizikové péče a v režimu, kterému podléhají někteří klienti již několik let. Na základě celkového zhodnocení stavu doporučuji 56 opatření k nápravě. Naplnění tolika doporučení potrvá dlouho a půjde o velký objem práce. Pro zajištění účinné ochrany stávajících klientů před špatným zacházením je však nezbytné, aby zařízení učinilo potřebné kroky bez zbytečného odkladu. **Vzhledem k celkově neuspokojivému poskytování služby žádám závěrečným opatřením poskytovatele, aby do 2 měsíců předložil přesvědčivý plán celkové sanace nedostatků v zařízení, v němž popíše, jak jednotlivá opatření naplní.**

Své závěry popisuji v podrobné zprávě, kde mimo jiné rozebírám následující zjištění:

Poskytovanou péči v zařízení definuje **zásadní nedostatek personálu**, který tak pečuje o více klientů, než je zvládnutelné. Náročnost péče je dána i cílovou skupinou klientů s demencí, kteří mají specifické potřeby. Personální podstav se propisuje do většiny popsanych pochybení. Zcela nedostatečné je zajištění péče v noci, kdy o přibližně 180 klientů pečují pouze 2 až 3 pracovníci v sociálních službách a žádný zdravotník. Takový přístup představuje hazard se zdravím a životy klientů, neboť ošetřování úrazů, vyhodnocování zdravotního stavu klientů i podávání léků zajišťuje personál, který k tomu není kvalifikován ani není v dostatečném počtu.

V zařízení dochází také **k zásahům do osobní svobody klientů**. Ze zjištění z návštěvy vyplynulo, že pracovníci zařízení měli pokyn uzamknout některé klienty v jejich pokojích v situacích, kdy projevovali chování náročné na péči. Zařízení využívá také restriktivní prostředky prevence pádu, přičemž nutnost fixace klientů dostatečně nevyhodnocuje. Jeden klient je tak trvale fixován za zápěstí v lůžku již několik let.

**Je zcela nemožné, aby stávající personál poskytoval klientům individualizovanou péči**, která by reflektovala potřeby cílové skupiny klientů s demencí. Přetížený personál nemá prostor poskytovat klientům základní činnosti sociální služby v potřebném rozsahu, což vede k posilování závislosti klientů na zařízení. Režim a náplň dne klientů podléhá provozním potřebám zařízení. Někteří klienti jsou probouzeni již ve 4:30 hod. ráno, aby personál dokázal zajistit hygienu všem. Personál rovněž nemá prostor zajistit všem klientům dostatečnou aktivizaci. Klienti, kteří potřebují doprovod po zařízení či na čerstvý vzduch, jej nemají adekvátně zajištěn. Zařízení jen velmi málo pracuje s podporou orientace klientů v realitě.

V budově zařízení není dostatek prostor pro trávení dne mimo pokoj, velká část klientů proto zůstává většinu času ve svých pokojích. V zařízení není nastavený ani efektivní stížnostní mechanismus.

Ve zprávě popisuji i další pochybení. Pokud zařízení nebude schopno naplnit uvedená opatření, mělo by zvážit ukončení poskytování sociální služby.



# 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.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup> 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.

V jednotlivých podlažích zařízení jsou dlouhé chodby, ze kterých se vchází do pokojů klientů. V zařízení nebylo mnoho prvků, které by napomáhaly orientaci v prostoru. Jednotlivá podlaží byla odlišena pouze barevnou výmalbou spodní poloviny stěn. Chybělo označení, ve kterém patře se člověk nachází, na chodbách nebyly žádné směrovky (např. k denní místnosti, k odpočinkové zóně). U schodů ani ve výtahu nebyl směrovník, piktogramy ani nic podobného, co by značilo, kam schodiště směřuje nebo co se nachází v jednotlivých podlažích.

Většina pokojů byla označená pouze psanými jmenovkami se jménem a příjmením klientů. Jen několik pokojů bylo označených i obrázkem. Personál k tomu uvedl, že pokud klient bloudí, snaží se mu nabídnout nějaký obrázek na dveře, který by mu pomohl s orientací. Místnosti personálu byly označené pouze černobílým nápisem nebo keramickou tabulkou.

Ze sdělení personálu i záznamů v sešitech denních hlášení vyplývá, že někteří klienti v zařízení bloudí a pletou si pokoje.

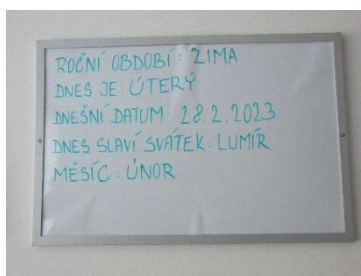
Orientaci v čase zařízení podporuje tabulemi v jednotlivých podlažích, na kterých je napsáno, jaké je roční období, den, datum, kdo slaví svátek a jaký je měsíc. Na chodbách byly také nástěnky s aktuální nabídkou aktivit, jídelníčkem či s termíny bohoslužeb. Na jednotlivých podlažích ale nebyly na chodbách žádné hodiny. Velké hodiny byly pouze v 1. NP u recepcce.

---

10 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.

11 „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: Tabule na chodbě

Podpora orientace v osobách nebyla v zařízení systematická. Většina pracovníků nenosila jmenovky. Z knihy stížností přitom vyplývá, že klientka, která podávala stížnost na pracovníky, neznala jejich jméno.

Současný stav podpory orientace v realitě nelze považovat za dostačující. S ohledem na cílovou skupinu klientů s demencí je nutné, aby zařízení vytvořilo orientační prvky.<sup>12</sup> Vždy je důležité pozorovat a vyhodnocovat, zda jsou konkrétní orientační prvky pro klienty přínosné, a odstraňovat prvky, které mohou být pro klienty matoucí. Stejně tak považují za žádoucí, aby zařízení doplnilo hodiny na chodby jednotlivých podlaží. Personál by měl také nosit viditelné jmenovky. 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. Pro srovnání uvádím, že v jiných zařízeních poskytujících péči klientům s demencí mají pro lepší orientaci také nástěnky „Dnes se o Vás stará,“ na kterých se nacházejí jména, případně i fotografie členů personálu, kteří aktuálně mají službu.

#### Opatření:

- 1) Vybavit zařízení prvky podporujícími orientaci klientů v prostoru, čase i osobách (do 3 měsíců).**

## 2. Estetika a čistota

Pobytové zařízení sociálních služeb by mělo být pro uživatele, kteří jsou zde často dlouhodobě, domovem. Prostory zařízení by měly být mj. čisté a uklizené, v zařízení by neměl být přítomen zápach.

Jednotlivá podlaží zařízení byla na pohled čistá. V průběhu systematické návštěvy se však pověřený zaměstnanci Kanceláře opakovaně setkávali se zápachem stolice a moči. Jednalo se o různá místa v zařízení, mj. o přízemí domova (zejména před sesternou), a to po celý den i během nočního šetření.

Přestože v průběhu systematické návštěvy paní uklízečka několikrát vytírala, podlaha chodeb lepila, což bylo slyšitelné při chůzi. V jednom z navštívených pokojů byla na zdi u lůžka klientky skvrna neznámého původu. Na nedostatečnou čistotu směřuje i několik stížností v evidenci a v knize přání a stížností.

---

12 Kromě směrovek a piktogramů jsme se setkali např. s praxí, kdy byly určité místnosti označeny fotografiemi toho, co se v nich nachází (např. fotografie toalety na dveřích toalet).



Obrázek 2: Skvrna na zdi

Mám za to, že nedostatky jsou dány zejména nízkým počtem personálu jak provozního, tak pečovatelského, který nemá prostor pro včasnou likvidaci použitých inkontinenčních pomůcek a dostatečné zajištění úklidu.

#### **Opatření:**

- 2) Zajišťovat včasnou likvidaci inkontinenčních pomůcek a udržovat zařízení čisté (průběžně).**

### **3. Prostor pro trávení dne**

Domovy se zvláštním režimem jakožto zařízení poskytující pobytovou službu neslouží pouze k přechodnému pobytu klientů, ale mají se co nejvíce přibližovat prostředí domova. Prostory by měly být co nejvíce uzpůsobeny cílové skupině a individuálním potřebám jednotlivých klientů.<sup>13</sup>

Je normální a přirozené, že člověk během dne střídá různá prostředí dle typu činností: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity. Osoba s demencí má jako každý jiný právo střídát prostředí a z této změny profitovat. Je vhodné zvolit takové prostory, které poskytnou příjemné a bezpečné místo pro setkávání klientů navzájem i s lidmi žijícími mimo zařízení. Dále je vhodné, aby zařízení disponovalo bezpečně upraveným venkovním prostorem, kde jsou intuitivní chodníky a dostatek míst k sezení.

V zařízení je nedostatek prostor, kde by klienti mohli trávit čas mimo svůj pokoj. Je zde pouze jedna společenská (aktivizační) místnost, která je společná pro službu DS i DZR a má kapacitu max. 30 osob (z toho cca 16 míst s pracovní plochou). Společenským prostorem je i jídelna, kde se klienti scházejí na snídani, oběd, večeři a občas jsou zde společenské události (např. ples). Jídelna však poskytuje prostor jen pro přibližně třetinu klientů zařízení. Ani jedna z místností navíc není klientům volně přístupná bez personálu.

---

13 Bod 13 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. 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/Doporučený\\_postup\\_Materiálně\\_techický\\_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_Materiálně_techický_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96).



Posezení mimo pokoj klienti mají pouze na koncích chodeb jednotlivých podlaží, kde je několik křesel. Nejedná se ale o společenské prostory jako takové, o prostory pro programové aktivity ani o odpočinkový prostor typu obývacího pokoje, který by poskytoval soukromí a klid. Část klientů sedává v 1. NP pod schodištěm, kde je několik křesel, a sledují zde televizi. Křesla na chodbách jsou volně přístupná, kapacitně však nemohou naplnit potřeby až 183 klientů.

V zahradě zařízení je několik laviček, velká pergola s dalšími místy k sezení a zahradními houpačkami. Je správné, že prostor zahrady je klientům volně přístupný a že chodníky umožňují bezbariérový přístup do pergoly a k lavičkám. V areálu je také menší domek, který má sloužit jako společenský prostor. V době systematické návštěvy se však nevyužíval.



Obrázek 3: Jídelna



Obrázek 4: Společenská místnost



Obrázek 5: Křesla na chodbě 4. NP



Obrázek 6: Prostor u televize v 1. NP

Celkově mám za to, že klienti nemají dostatek prostor, kde by mohli trávit svůj den. Většinu času proto tráví v pokojích.<sup>14</sup> Trvale ležící klienti nemají žádný prostor, ve kterém by mohli trávit den mimo pokoj. Jako nedůvodné vnímám uzamčení jídelny mimo časy podávání jídel. Klienti tím přichází o největší prostor, kde by se mohli setkávat. Možnosti posezení na chodbách nejsou dostačující, neboť neposkytují dostatek místa pro všechny, nejsou upravené pro trávení volného času a nezajišťují ani základní soukromí a klid, pokud by se zde chtěl klient setkat např. s návštěvou. Zařízení také může zvážit celodenní zpřístupnění společenské místnosti klientům.

---

14 Upozorňuji zařízení, že překážkou není pouze nedostatek prostor, ale i nedostatek personálu. Klienti například uváděli, že personál nemá čas je doprovodit ven, kde by se mohli setkat s dalšími klienty, pokud sami ven dojíždějí.



Jsem si vědom toho, že řešení nedostatku místa pro trávení dne je technicky, časově i ekonomicky náročné. Považuji jej však za nutné, neboť současné uspořádání při kapacitě 183 lůžek nutí podstatnou část klientů trávit většinu času v pokojích. **Celkově by zařízení mělo směřovat k tomu, aby byla služba domova se zvláštním režimem poskytována formou služby v domácnostech pro menší počet osob s uspořádáním, které evokuje běžný způsob života doma. Dávám zařízení při dalším směřování služby na zvážení možnosti řešení situace (přemístění do jiných prostor, snížení lůžkové kapacity).**

**Opatření:**

**3) Umožňovat klientům přístup do jídelny po celý den (průběžně).**

## 4. Pokoje klientů

Pokoj v pobytovém zařízení sociální služby nahrazuje klientovi domov. Standardem by měly být jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, které nemají být průchozí a poskytují klientům patřičné soukromí. Dvoulůžkový pokoj má mít alespoň 20 m<sup>2</sup>, pro osoby s těžkým pohybovým postižením minimálně 25 m<sup>2</sup>.<sup>15</sup> V pokoji by měl mít každý klient přístup k vybavení umožňujícímu sedět, ležet, ukládat si věci běžné denní potřeby a vykonávat aktivity u plochy (např. jíst, psát, číst) vzhledem k jeho schopnostem a možnostem.<sup>16</sup>

Pokoj by neměl být sterilní, naopak by měl co nejvíc odrážet klientova přání a představy, ať jde 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.

V DZR jsou jednolůžkové (5x), dvoulůžkové (50x) a třílůžkové (9x) pokoje. Každý klient má v pokoji lůžko, noční stolek, šatní skříň. V pokojích jsou také menší stolky a každý klient má jedno křeslo/židli. Součástí pokojů je kuchyňský kout s dřezem, skříňkami a malou lednicí. Někteří klienti zde měli také vlastní varnou konvici. Každý pokoj má vlastní koupelnu s toaletou, sprchovým koutem a umyvadlem. Součástí některých pokojů je balkón.

Dle měření pracovníků Kanceláře měly navštívené dvoulůžkové a třílůžkové pokoje obdobné rozměry s plochou přibližně 20 m<sup>2</sup> (+ cca 5 m<sup>2</sup> tvořila koupelna s toaletou). Některé z navštívených pokojů tak působily poměrně stísněně. Zaměstnanci Kanceláře byli svědky toho, kdy si například návštěva klienta v pokoji neměla kam sednout. Na nedostatek míst k sezení upozorňovala dle záznamů péče i rodina jednoho z klientů.

Také úložné prostory nejsou pro potřeby klientů dostatečné. Zaměstnanci Kanceláře zaznamenali např. oblečení klienta vyskládané v mezeře mezi lůžkem a zdí či nutridrinky vyskládané v pokoji na zemi. Jako nedůstojné vnímám uložení inkontinenčních pomůcek na okenním parapetu či na dalších viditelných místech.

<sup>15</sup> Doporučený postup MPSV č. 2/2016, s. 25, op. cit.

<sup>16</sup> Tamtéž, s. 30.



Vzhled a míra individualizace pokojů se mezi klienty lišila. V některých pokojích se nacházelo prakticky jen základní vybavení, v jiných pokojích byla také spousta fotek a osobních předmětů.

Rozdílné bylo i zorné pole ležících klientů. Jedna klientka měla vylepené fotografie po celé boční stěně lůžka tak, aby na ně viděla. Jiní ležící klienti však v zorném poli neměli vystaveno prakticky nic.



Obrázek 7: Třílůžkový pokoj



Obrázek 8: Kuchyňský kout



Obrázek 9: Uložení nutridrinků



Obrázek 10: Čárové kódy

Velikost třílůžkových pokojů neodpovídá žádoucímu stavu. **Stísněnost pokojů v kombinaci s tím, že klienti nemají dostatek alternativ pro trávení dne mimo svůj pokoj (viz kapitola 3), tak přímo ovlivňují kvalitu jejich života.** Z nedostatku prostor v pokojích také vyplývá nedostatek úložných prostor. Mám za to, že zařízení v současných prostorech nemůže nabídnout odpovídající ubytování všem 183 klientům. **Opakuji proto apel, aby do budoucna zařízení směřovalo k poskytování služby v domácnostech pro menší počet osob nebo aby postupně snižovalo kapacitu lůžek.** Zařízení by mělo věnovat zvláštní pozornost prostředí pokoje klientů, kteří jsou převážně nebo trvale ležící, a jejich zornému poli, které by mělo být podnětné.

#### Opatření:

- 4) **Zvláštní pozornost věnovat prostředí pokoje klientů, kteří jsou trvale a převážně ležící, a jejich zornému poli (průběžně).**



# Volnost pohybu a osobní svoboda klientů

---

## 5. Volnost pohybu

Skutečnost, že je klient ubytován v domově se zvláštním režimem, ani fakt, že klientovi byl 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. Zajištění bezpečí může u některých klientů (typicky neorientovaných) spočívat v tom, že poskytovatel na základě vyhodnocení rizika bude bránit jejich samostatnému odchodu. 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 klientovi třeba buď umožnit samostatný pohyb, 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.

### 5.1 Pohyb uvnitř zařízení a v přilehlém areálu

Klienti zařízení se mohou v zásadě volně pohybovat po zařízení. K pohybu mezi podlažími mohou využít schodiště a dva volně přístupné výtahy. Mohou také volně vycházet do zahrady zařízení.

Fakticky se však samostatně po zařízení a přilehlém areálu může pohybovat pouze ta část klientů, která na to fyzicky stačí. Několik klientů s omezenou mobilitou nezávisle na sobě sdělilo, že personál nemá čas klienty doprovázet po budově. Někteří proto tráví většinu dne v pokoji.

Upozorňuji zařízení také na to, že všem klientům není přístupná kancelář sociálních pracovníků, která je v podkroví. Výtah jede pouze do 4. NP, dále do kanceláře sociálních pracovníků vede schodiště.

Je správné, že se klienti mohou volně pohybovat po zařízení a zahradě. Pro podstatnou část klientů je to však nemožné kvůli nedostatku personálu. Zařízení musí zajistit dostatek personálu proto, aby poskytovalo základní činnosti sociální služby domova se zvláštním režimem.<sup>17</sup> Mezi ně patří i pomoc při samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.<sup>18</sup> Pracovníci, kteří pracují v podkroví, by také měli mít na paměti, že je část klientů nemůže

---

17 Ve smyslu § 50 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

18 Dle § 16 odst. 1 písm. d) bod 5 vyhlášky č. 505/2006 Sb.



samostatně vyhledat. Musejí proto klienty se sníženou mobilitou sami vyhledávat tak, aby i oni mohli řešit věci, které potřebují.

**Opatření k zajištění dostatku personálu pro pomoc při samostatném pohybu klientů ve vnitřním i vnějším prostoru zařízení formulují v kapitole [Personální zajištění](#).**

## 5.2 Pohyb mimo areál

### 5.2.1 Otevření brány

Areál zařízení je oplocený a jeho brána uzavřená. Nikdo z klientů nemá čip či klíč, který by mu umožnil odejít bez součinnosti personálu.

Informace o tom, zda někteří klienti DZR mohou areál opouštět samostatně, se lišily. Někteří pracovníci uváděli, že mimo areál nechodí sám žádný z klientů DZR, jiní to naopak připouštěli. Klienty, kteří mohou areál opouštět sami, pouští ven přes bránu pracovníci recepce, kteří dle zbývajících personálu mají vědět, koho mohou pustit.

V průběhu systematické návštěvy se v recepci vystřídalo více pracovníků zařízení (zástup v době pauzy apod.). V některých chvílích v recepci nikdo nebyl. Ačkoliv ze sdělení některých členů personálu vyplynulo, že mimo zařízení mohou samostatně odcházet dvě klientky DZR, někteří z pracovníků v recepci uváděli, že pustit za bránu mohou pouze jednu klientku DZR. Zaměstnanci Kanceláře měli k nahlédnutí rukou psaný seznam klientů, kteří mohou zařízení opouštět. Jeden z pracovníků však uvedl, že žádný seznam klientů nemají, klienty zná a ví, koho může pustit.

**Nabyl jsem dojmu, že pracovníci zařízení nemají stejné informace ohledně toho, který z klientů může odcházet mimo zařízení, a který nikoliv. Zařízení tak nemůže garantovat, že nedochází k neoprávněným zásahům do osobní svobody klientů.**

### 5.2.2 Vyhodnocení, zda klient může opouštět zařízení

Personál zařízení nebyl jednotný ani v odpovědi, kdo rozhoduje o tom, zda klient může zařízení opouštět samostatně. Někteří pracovníci uváděli, že nevědí, kdo rozhoduje, případně, že se pracovníci v sociálních službách dozvědí informaci od zdravotních sester.

Jedna pracovnice k vyhodnocení uvedla, že rodina klienta řekne, zda zvládá jít ven sám, a z toho poté vychází. Zda může klient odcházet, by pak mělo být vyplněné v tištěných individuálních plánech.<sup>19</sup> Jiná pracovnice sdělila, že o tom, kdo může volně odejít z domova, rozhoduje zdravotní úsek a rodina klienta. To, zda klient může jít sám ven, je prý zaznamenáno v elektronické dokumentaci v systému Cygnus (v plánu péče) a informaci si mezi sebou předá personál také ústně či e-mailem. Dle jiné pracovnice se možnost opouštět zařízení probírá v týmu pracovníků zařízení.

Z výpovědí personálu vyplývá, že v **zařízení není nastavený jednotný postup k vyhodnocení schopností klienta samostatně opouštět zařízení.**

---

19 Tištěné individuální plány jsou uloženy v denních místnostech personálu v jednotlivých podlažích.



### 5.2.3 Dokumentace

V dokumentaci není samostatně zaznamenáno, zda klient může opouštět zařízení. Jsou v ní ale záznamy o tom, zda je klient orientovaný, či zda hrozí riziko ztráty či bloudění. V tištěných individuálních plánech (IP) je hodnocená schopnost orientace klientů. Je zde zvoleno, zda je klient orientován všemi směry, nebo je porušená jeho orientace (v čase, v místě, v prostoru, v osobách), případně zda je úplně dezorientovaný. Není zde ale jasný závěr o tom, zda může klient sám mimo zařízení, jak uváděla jedna z pracovnic. V elektronické dokumentaci v systému Cygnus se schopnost orientace hodnotí v Záznamu o průběhu adaptace, Plánu péče a Plánu rizik. **Dokumentace však není vedená důsledně, u některých klientů si záznamy dokonce odporují.**

Rozpory jsou například v dokumentaci klientky A, která dle personálu může samostatně opouštět zařízení. V sekci Plán péče v oblasti prostorové orientace je zaznamenáno, že tato klientka nezvládá prostorovou orientaci z důvodu: „*Možnost samovolného opouštění zařízení*“. Zdrojem klientky A je dle záznamu, že se „*orientuje ve svém přirozeném prostředí – v rámci pokoje*“. Společný cíl klientky a PSS je: „*Klient je ochráněn před ztrátou, úpravou činností a prostředí při současném zachování jeho maximální možné nezávislosti*“. Plán péče dále stanovuje kroky vedoucí k naplnění cíle klientky, které má dělat PSS: „*dohled / kontrola přítomnosti klienta a asistovaný doprovod po zařízení*“. Klientka se přitom po zařízení pohybuje samostatně. V ostatních sekcích dokumentace v systému Cygnus<sup>20</sup> je zaznamenáno, že je klientka orientovaná a nehrozí žádné riziko ztráty či bloudění. Podotýkám, že zápis v sekci Plán péče v oblasti prostorové orientace je zcela shodný se zápisem u některých dalších klientů (např. klienta B).

Odporují si i záznamy v dokumentaci klientky C, která dle většiny záznamů naopak orientovaná není a hrozí u ní bloudění a ztráta mimo zařízení. V záznamu o průběhu adaptace, starém v době systematické návštěvy dva týdny, je však uvedeno, že orientace místem, časem i situací je u klientky v normě.

**Obdobné nesrovnalosti jsou i v dokumentaci dalších klientů. To vyvolává dojem, že zařízení dokumentaci vede spíše formálně než jako skutečný nástroj poskytování kvalitní péče.**

### 5.3 Závěr – volný pohyb

S ohledem na rozdílná tvrzení zaměstnanců ohledně volného pohybu klientů, nejasnosti ohledně rozhodování o volném pohybu i odporujícím si záznamům v dokumentaci klientů **jsem nabyl přesvědčení, že zařízení systematicky a správně nevyhodnocuje, kdo z klientů může samostatně opouštět zařízení, a kdo nikoliv.**

Zařízení musí možná rizika vyhodnocovat u klientů individuálně a důsledně. Těm, kteří jsou na základě zhodnocení personálu orientováni, má být umožněno opustit samostatně zařízení, těm, kterým dle vyhodnocení hrozí riziko, musí poskytovatel zajistit přiměřená opatření k zajištění bezpečí. **Opačný přístup, kdy zařízení užije jiné než nejmírnější opatření, které**

---

20 Jako je sekce Vymezení schopností klienta zvládat základní životní potřeby, Záznam o průběhu adaptace i Plán rizik.





**chrání současně zdraví a bezpečí klienta, hodnotím jako nedůvodné omezování osobní svobody klientů.**

**Opatření:**

- 5) **Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu mimo zařízení (průběžně).**
- 6) **Umožnit klientům, u nichž personál nevyhodnotí pohyb mimo areál/budovu zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (bezodkladně).**
- 7) **Informovat všechny pracovníky, kteří jsou odpovědní za pouštění klientů mimo areál, o tom, kdo na základě vyhodnocení může zařízení opouštět (bezodkladně).**

## 6. 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 o pobytu venku budou systematicky pořizovány záznamy. 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 na čerstvý vzduch nedostanou.

Klienti mohou volně využívat zahradu, kde jsou lavičky, pergola s posezením, houpačky apod. Část pokojů má balkóny.

Stejně jako u dopomoci při pohybu uvnitř zařízení je problematický i doprovod na vzduch u klientů, kteří se nedokáží ven dostat sami. Klienti uváděli, že personál je velmi vytížený a nemá na doprovody čas. Jedna z klientek sdělila, že se v letních měsících dostane ven maximálně 2x týdně. To potvrzovali i pracovníci zařízení. Jedna z pracovníků uvedla, že sama zvládne jít najednou ven se 2 až 3 klienty v pokročilejší fázi demence. Dle jiných za hezkého počasí zvládnou pečovatelé vyvést ven denně 8 až 10 klientů, z celkového počtu 183 klientů (část z nich se pohybuje samostatně). Klienty proto musí prostřídat.

Klienti se dostanou ven zejména za hezkého počasí. V zimě chodí ven spíše ti samostatní. Jedna z pracovníků uvedla, že v zimě s klienty, kteří potřebují dopomoc, ven nechodí.

Personál také uváděl, že na čerstvý vzduch berou trvale a převážně ležící klienty, pokud dokáží sedět na vozíku. **Klienty, kteří to nedokáží, ven nevozí, protože s lůžky není možné vyjet z pokojů.**

V souvislosti s pobytem klientů na čerstvém vzduchu odkazují na názor Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT), **dle kterého klienti zařízení sociálních služeb mají mít v souladu se svým aktuálním zdravotním stavem možnost užívat během dne přístupu na čerstvý vzduch neomezeně** (pokud není nezbytná jejich aktuální přítomnost uvnitř zařízení). **Klienti s omezenou mobilitou by navíc měli dostat potřebnou pomoc.**<sup>21</sup>

---

21 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. 5. 2023]. Dostupné z <https://rm.coe.int/168095aeb2>.



Je správné, že zařízení klientům nebrání v přístupu na čerstvý vzduch. Poskytovatel však není schopný při současné kapacitě a počtu personálu zajistit pomoc všem klientům, kteří ji potřebují. Zvláště upozorňuji na potřebu zajištění dostatečného pobytu na čerstvém vzduchu u klientů, kteří jsou trvale ležící a doposud se ven nedostávali. Pokud nelze vyjet z pokoje s lůžkem a klient zároveň nezvládá sedět ve standardním vozíku, existují další kompenzační pomůcky (např. speciální vozíky), které lze využít. Zařízení by mělo hledat cesty, jak umožnit pobyt na vzduchu všem klientům, kteří o to stojí.

#### **Opatření:**

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

## **7. Kontakt s vnějším světem**

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

Klienti přijímají v zařízení návštěvy. Dle informační cedule v recepci návštěvy probíhají do 18 hodin. Někteří pracovníci však uváděli, že návštěvy mohou zůstat v zařízení i déle, pokud chtějí.

Část klientů má vlastní mobilní telefon. Pracovníci se shodovali, že některým z nich např. pomáhají vytočit číslo nebo přijmout hovor. Pokud by klient neměl vlastní telefon, může využít služební telefon pracovníků, případně lze telefonovat z recepcce zařízení. Možnost telefonování z recepcce potvrdila i dotázaná klientka. Klientům také chodí do zařízení poštovní zásilky, které jim personál předává.

Pro kontakt s vnějším světem však není ideální poloha zařízení. Zařízení je v kopci na kraji obce. Veřejná doprava k zařízení nedojíždí, na nejbližší zastávku je to 1,4 km. V okolí je náročný terén a dle personálu není moc kam jít.

Někteří klienti se účastní aktivit mimo zařízení (např. návštěv plaveckého bazénu, cukrárny, restaurace či výletů). Dopravu zařízení zajišťuje dvěma osobními vozy, do kterých se vejde maximálně 8 klientů. Poskytovatel nemá automobil, do kterého by mohl snadno nasednout klient na vozíku. Pokud se klient není schopný sám (či s mírnou podporou) přesunout z vozíku do auta, nemůže na výlet jet. Dopravu do města zařízení nabízí jako fakultativní službu.

Aktivity mimo zařízení mají spíše skupinový charakter, individuální aktivity jsou v dokumentaci ojedinělé (např. doprovod klientky do knihovny).

Do zařízení dojíždí také pojízdná prodejna potravin, ve které klienti mohou nakupovat.

Domnívám se, že zařízení nebrání klientům v kontaktu s vnějším světem. Pro kontakt s občanskou vybaveností ale není ideální poloha zařízení. To se sice nachází v hezkém prostředí blízko přírody, avšak pro podstatnou část klientů není samostatná cesta k občanské vybavenosti reálná.



## 8. Vážně míněný nesouhlas

Domov se zvláštním režimem je typem služby, ve které mohou za jistých okolností klienti pobývat i proti své vůli – pokud je to nezbytné a přiměřené a pokud jsou naplněny veškeré podmínky stanovené zákonem.<sup>22</sup> Podle českého právního řádu platí, že pokud klient projeví vážně míněný nesouhlas s poskytováním pobytové sociální služby, přičemž není schopen vypovědět svou smlouvu se zařízením, je poskytovatel sociální služby povinen oznámit tuto skutečnost ve lhůtě 24 hodin soudu, do jehož obvodu dané zařízení sociálních služeb spadá. Projevy vážně míněného nesouhlasu jsou přitom velmi individuální. Nejde jen o slovní vyjádření nesouhlasu, ale může jít například o pokusy o útěk ze zařízení, odmítání stravy apod. Ke každému klientovi je třeba přistupovat individuálně a vyhodnocovat jeho případný nesouhlas s poskytováním služby na základě znalosti jeho chování v jiných situacích, jeho schopností, způsobů komunikace a dalších okolností. Pokud klient projeví v přítomnosti pracovníka nesouhlas s pobytem v zařízení, mělo by dojít k posouzení tohoto stavu určenými pracovníky a následně (pokud je nesouhlas opravdu vyhodnocen jako vážně míněný) k odešlání informace na soud, který poté rozhodne o dalším setrvání klienta v zařízení.<sup>23</sup>

Zařízení neeviduje žádný případ vážně míněného nesouhlasu klienta s pobytem v zařízení (VMN). Poskytovatel má zpracovaný metodický postup<sup>24</sup> pro VMN, který obsahuje pouze sdělení, že evidenci VMN vedou sociální pracovníci, a kopii § 91b zákona o sociálních službách. Není zde nijak popsáno, jak má personál postupovat, pokud klient projeví VMN, jak může takový nesouhlas vypadat, kdo je odpovědný za vyhodnocení projevu vůle klienta, kdo informuje soud apod. Metodika pracovníkům nedává prakticky žádný návod, jak mají postupovat.

Z rozhovorů se sociálními pracovníky se zdá, že právní úpravu VMN nemají příliš zažitou. Uváděly například, že by „*vážně míněný nesouhlas ani podávat nemohly, protože s nimi příslušná obec s rozšířenou působností nesouhlasí s tím, jak mají koncipovanou smlouvu*“.<sup>25</sup> Při projevu VMN však obec s rozšířenou působností nehraje roli, neboť oznámení o projevu VMN je příslušný řešit výhradně soud.

Je také možné, že zařízení některé projevy VMN přechází. Z dokumentace vyplývá, že se v minulosti pokusilo několik klientů o útěk ze zařízení nebo z něj přímo uteklo. Je samozřejmě možné, že odchod ze zařízení může být například projevem dezorientace klienta. Zařízení však u žádného z těchto případů nezvažovalo, zda se nejedná o projev vážně míněného nesouhlasu.

---

22 Ustanovení § 91a a § 91b zákona o sociálních službách.

23 Doporučený postup č. 5/2018 ze dne 1. ledna 2019, kterým se nahrazuje doporučený postup č. 04/2017 k detencím v zařízení sociálních služeb. Dostupný na: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporu-ceny\\_postup\\_c.5\\_2018\\_kterym\\_se\\_nahrazuje\\_doporu-ceny\\_postup\\_c.04\\_2017\\_k\\_detencim\\_v\\_zari.pdf/3d8e2105-3e08-6a32-6574-ca74ab07097d](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporu-ceny_postup_c.5_2018_kterym_se_nahrazuje_doporu-ceny_postup_c.04_2017_k_detencim_v_zari.pdf/3d8e2105-3e08-6a32-6574-ca74ab07097d).

24 Metodický postup zařízení MP/DS/19: Postup při projevení vážně míněného nesouhlasu.

25 Z rozhovoru vyplynulo, že příslušná obec s rozšířenou působností kritizuje současné nastavení smlouvy o poskytování sociálních služeb.



Ze zařízení odešla například klientka C. Personál klientku našel, když utíkala pryč od zařízení. Dle pracovníků chce klientka C z domova opakovaně odcházet. Útěk však personál nezaznamenal ani jako mimořádnou událost a ani u dlouhodobější snahy o odchod nezvažoval, zda se nejedná o projev VMN.

Přístup zařízení signalizuje nedostatečnou znalost problematiky vážně míněného nesouhlasu. Při poskytování sociální služby intuitivně bez uvedených znalostí hrozí obcházení zákona či postup v rozporu s ním. Silně doporučuji, aby se vedení zařízení i ostatní pracovníci v této problematice proškolili.

#### Opatření:

- 9) **Důsledně zaznamenávat všechny projevy klientů vyjadřující nesouhlas s pobytem v zařízení a vyhodnocovat, zda se jedná o vážně míněný nesouhlas. V kladném případě informovat soud (průběžně).**
- 10) **Revidovat metodiku vážně míněného nesouhlasu a uvést ji do praxe zařízení včetně proškolení personálu (do 1 měsíce).**

## 9. Opatření omezující pohyb

Omezení volnosti pohybu klienta může nastat v souvislosti s použitím opatření omezujících pohyb osob (OOPO). Opatření omezující pohyb klientů lze použít pouze v souladu se zákonnou úpravou.<sup>26</sup> Zákon o sociálních službách<sup>27</sup> stanoví, že při poskytování sociálních služeb **nelze používat opatření omezující pohyb**, kromě vyjmenovaných případů, kdy se jedná o **přímé ohrožení zdraví nebo života** klientů nebo jiných osob, a to **pouze po nezbytně nutnou dobu**, přičemž musejí být splněny další podmínky.

Zákon přesně vyjmenovává, jaké prostředky jde v těchto výjimečných situacích použít k omezení klienta v pohybu. Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob **zvolit vždy nejmírnější opatření**. Zasáhnout lze nejdříve pomocí **fyzických úchopů**, poté **umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu**, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat **léčivé přípravky**.<sup>28</sup>

Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob a o užití opatření informovat bez zbytečného odkladu opatrovníka nebo zákonného zástupce klienta.<sup>29</sup>

Nedodržení tohoto postupu je přestupkem, za který lze uložit pokutu až do 250 000 Kč.<sup>30</sup>

Je důležité, aby přijatá opatření, pokud jsou součástí specifické péče o klienty, nebyla nahodilá, neprofesionální nebo výsledkem intuitivního rozhodování personálu. Musí jít o výsledek spolupráce lékaře, sester a pečujícího týmu pracovníků zařízení. Rovněž je třeba, aby

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

27 V § 89 odst. 1 zákona o sociálních službách.

28 V § 89 odst. 3 zákona o sociálních službách.

29 Dle § 89 odst. 5 a 6 zákona o sociálních službách.

30 Dle § 107 odst. 2 písm. e) a odst. 5 písm. e) zákona o sociálních službách.



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 samo představovat ohrožení jeho zdraví či života nebo zásah do dalších základních práv a svobod.

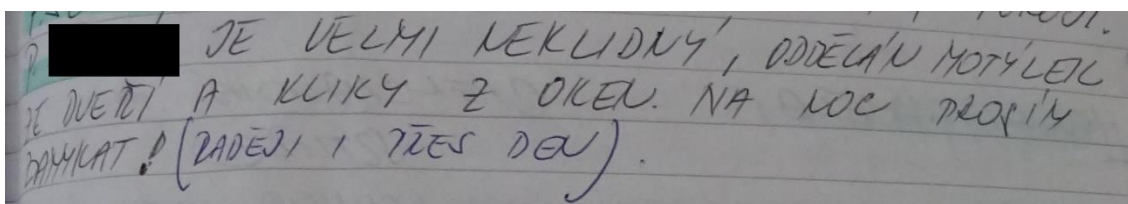
Personál shodně uváděl, že se v zařízení nevyužívají opatření omezující pohyb klientů. Oslovení klienti také nevěděli o tom, že by se v zařízení opatření omezující pohyb užívala. V zařízení není samostatná místnost zřízená pro bezpečný pobyt klientů.

## 9.1 Zamykání klientů v pokojích

### 9.1.1 Klient D

Pracovníci uváděli, že nikoho z klientů nezamykají v pokojích. Ze zápisů denních hlášení pracovníků v sociálních službách však vyplývá, že minimálně v případě klienta D a klientky E měli pečovatelé pokyn zamknout je v pokojích.

Zápis ze dne 8. srpna 2022 uvádí: „p. [klient D] je velmi neklidný, oddělán motýlek ze dveří a kliky z oken. Na noc prosím zamykat! (Raději i přes den)“. Ze záznamů také vyplývá, že zmíněnému neklidu o 4 dny dříve předcházela útěk klienta ze zařízení do cca 3,5 km vzdálené obce.



Obrázek 11: Zápis denního hlášení



Obrázek 12: Zámek, který se v zařízení používá z vnitřní strany pokojů, tzv. motýlek

Ze zápisu je zjevné, že klientovi bylo znemožněno odemknout pokoj zevnitř, když byla odstraněna část zámku, tzv. motýlek. K opatření omezujícímu pohyb však může poskytovatel přistoupit pouze v situaci, kdy se jedná o přímé ohrožení zdraví nebo života klientů nebo jiných osob. Záznam hovoří pouze o tom, že byl klient velmi neklidný. Samotný neklid však nemusí být přímým ohrožením života či zdraví a ze zápisu nevyplývá, že by klient na životě či zdraví byl přímo ohrožen.



Před použitím OOPO má poskytovatel nejprve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Zároveň musí klienta vhodným způsobem informovat, že může využít opatření omezující pohyb. Až poté může k omezení přistoupit.<sup>31</sup> Nemůže navíc rovnou přistoupit k umístění klienta do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu. To může učinit, pokud k odvrácení ohrožení života a zdraví klienta nepostačoval fyzický úchop.

Samotné omezení může trvat pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení zdraví a života klienta či jiných osob.<sup>32</sup> Z formulace v záznamu „...na noc prosím zamykat! (raději i přes den)“ vyplývá, že uzamčení klienta má mít preventivní charakter, nikoliv pouze nezbytně nutnou dobu omezení. Poskytovatel přitom musí zkoumat, zda skutečně trvá přímé ohrožení života či zdraví, a pokud ne, musí omezení ukončit.

Lze také pochybovat o tom, zda je možné pokoj klienta považovat za místnost určenou k bezpečnému pobytu vhodnou pro uzavření člověka s demencí. Jsem si vědom, že Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí pro používání OOPO<sup>33</sup> připouští použití pokoje klienta, nepovažuji to však za žádoucí. V daném případě není vůbec zřejmé, zda pokoj klienta poskytuje bezpečné prostředí. A s ohledem na to, že pokoj klienta je navíc jeho domovem, jsem přesvědčen, že by neměl být místem klientova omezení, které může být traumatizující.

Omezení rovněž nebylo řádně zaevidované (viz [kapitola 8.3](#))

**Celkově jsem přesvědčen, že by zařízení uzamčením klienta D v pokoji porušilo zákonné podmínky užití OOPO.**

### 9.1.2 Klientka E

Další zápis je ze dne 5. srpna 2022 a uvádí: „Prosím na noc zamykat [klientku E], [klientka F] nemá odpočívadlo, tak ať se tam [klientka E] nedostane. Díky.“ Z tohoto znění jsem nabyt přesvědčení, že klientka E měla být v pokoji uzamčena tak, aby jej nemohla samostatně opustit a nechodila do pokoje klientky F.

Zařízení nemůže klienty uzamykat v pokojích pouze z toho důvodu, že vstupují do pokojů jiných klientů, neboť se nejedná o situaci přímého ohrožení života či zdraví. Zařízení by mělo pátrat po příčinách toho, že klient chodí do cizích pokojů, a situaci řešit například podporou orientace klienta, tím, že navštěvovaným klientům umožní si pokoj zamykat, zvýšením dohledu nad klientem apod. **Omezení, kdy není naplněna základní podmínka přímého ohrožení života či zdraví, je zcela nepřipustné.**

### 9.1.3 Další klienti

Pochybnosti vzbuzují i další zápisy. Např. ze dne 19. prosince 2022: „[klient G] – Znovu lezení na pokoj [klientky H], prosím na noc zamykat pokoj.“ Zde však není zcela zřejmé, zda si má

31 Dle § 89 odst. 2 zákona o sociálních službách.

32 Dle § 89 odst. 1 zákona o sociálních službách.

33 Doporučený postup č. 06/2018, Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí pro používání opatření omezujících pohyb osob. [cit. 21. 5. 2023]. Dostupný z [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny\\_postup\\_c\\_06\\_2018\\_pro\\_pouzivani\\_opatreni\\_omezujicich\\_pohyb\\_osob.pdf/c9758bed-3b71-c0d7-701b-3248fe66efb1](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_c_06_2018_pro_pouzivani_opatreni_omezujicich_pohyb_osob.pdf/c9758bed-3b71-c0d7-701b-3248fe66efb1).



klientka H zamykat svůj pokoj na noc a může jej opustit dle svého uvážení, nebo zda má být v pokoji zamykán klient G.

Případné uzamčení klienta G je stejně jako v případě klientky E nepřipustné. Dle seznamu klientů je navíc klient G na pokoji s dalšími dvěma spolubydlícími, což znamená, že mohlo dojít k zásahu i do jejich práv.

#### 9.1.4 Závěr – zamykání klientů v pokojích

**Ve výše popsanych případech zařízení nesplnilo zákonné podmínky k užití opatření omezujících pohyb.** Upozorňuji, že v záznamech denních hlášení se vyskytují i další zápisy, které hovoří o uzamykání pokojů klientů.<sup>34</sup> S ohledem na jejich strohost však nelze určit, zda v nich byli klienti uzamčeni bez možnosti opuštění pokoje, nebo zda klienti mohli pokoj zevnitř odemknout a s postupem souhlasili. V kontextu výše popsanych případů vzniká i o těchto záznamech významná pochybnost.

Zdůrazňuji také, že OOPO nikdy nemůže nahrazovat nedostatek personálu v zařízení či podpory orientace klientů (např. v situacích, kdy klient bloudí po zařízení a personál nemá čas mu věnovat zvýšený dohled). Oslovený personál navíc prokázal nedostatečné povědomí o tématu OOPO, když uváděl, že se v zařízení nevyužívají. Pracovníci přitom v denních hlášeních měli k omezením přímé pokyny. Poskytovatel proto musí personál v oblasti používání OOPO edukovat.

#### Opatření:

- 11) **Upustit od praxe uzamykání klientů v pokojích (bezodkladně).**
- 12) **Opatření omezující pohyb klientů používat výhradně v souladu s právní úpravou (průběžně).**
- 13) **Proškolit personál zařízení v tématu používání opatření omezujících pohyb (do 3 měsíců).**

#### 9.2 Užití úchopů

Pochybnost vyvstává i o možném užití fyzického úchopu, které poskytovatel řádně neevduje. Podle zápisu v evidenci mimořádných událostí ze dne 24. ledna 2023 škrtil klient CH na chodbě jiného klienta. Ohlásila to recepční. V záznamu je uvedeno: „Klienti oddělení od sebe, [klient CH] uložený na pokoj. Podle pečovatelky (x) [klient CH] napadl přes den [i jiného klienta]. Rodina klienta CH informována o chování klienta.“<sup>35</sup>

Zápis v evidenci mimořádných událostí dostatečně nepopisuje, jaké kroky personál podnikl při bezprostředním řešení konfliktu. Z formulace „klienti oddělení od sebe“ však vyplývá, že personál mohl využít fyzický úchop klientů. Pokud personál při řešení agrese klientů použije fyzický úchop, má povinnost to evidovat.<sup>36</sup> Žádný takový záznam však neexistuje. **Upozorňuji zařízení, že pokud personál využije fyzický úchop, musí vždy užití OOPO řádně zaevidovat.**

34 Jedná se o zápisy ze dne 27. 7. 2022, 18. 9. 2022 a 3. 2. 2023.

35 Originál zápisu je ve slovenském jazyce.

36 V souladu s § 89 odst. 6 zákona o sociálních službách.



**Opatření:**

**14) Vždy evidovat užití opatření omezujících pohyb klientů (průběžně).**

### 9.3 Pravidla pro používání OPO a evidence užití OPO

Zařízení nemá zpracovaná pravidla pro používání OPO. Ve skutečnosti se jeho Metodický pokyn MP/DZR/05 nazvaný „*Opatření omezující pohyb osob, použití postranic a bezpečnostních pásů*“ opatřením omezujícím pohyb osob ve smyslu § 89 zákona o sociálních službách vůbec nevěnuje. Popisuje pouze použití postranic, bezpečnostních pásů ve vozíku a křesle jako prostředků prevence pádu, případné použití ochranných rukavic.

V zařízení rovněž není vedena evidence případů použití OPO, neboť se dle personálu nepoužívají.

**Opatření:**

**15) Zpracovat pravidla pro používání OPO v zařízení (do 1 měsíce).**

## 10. Prostředky prevence pádu

Postranice a fixační pomůcky jsou běžně užívaným ošetřovatelským nástrojem, jehož účelem je zabránit pádu klienta, zároveň však mají potenciál omezit člověka v pohybu. Pro jejich užití je tedy nutné splnit několik podmínek:<sup>37</sup>

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,<sup>38</sup>
- musí se jednat o vhodný prostředek prevence pádu pro konkrétního klienta,<sup>39</sup>
- nelze využít méně restriktivní opatření,<sup>40</sup>
- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu nebo jiného poškození klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, a nikoliv usnadnění práce personálu,<sup>41</sup>

---

37 Podmínky jsou detailně vysvětleny v souhrnné zprávě ombudsmana Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, Brno 2015, s. 57. Dostupné z [https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava\\_z\\_navstev.pdf](https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf).

38 Nejprve je tedy třeba zmapovat riziko pádu u konkrétního klienta. Není možné předpokládat správné používání postranic či fixačních pomůcek coby nástroje prevence pádu, pokud riziko pádu není řádně vyhodnoceno.

39 To znamená, že je nutné použít takový prostředek, který zajistí bezpečí konkrétního klienta. Např. postranice je běžně používaným prostředkem prevence pádu. Pokud ji však klient přelézá, může způsobit pád z větší výšky a komplikovanější zranění. Pro takového klienta postranice nezajišťuje bezpečí, a není tak v jeho případě vhodným prostředkem prevence pádu.

40 Ve druhém kroku tedy musí pečující tým zvážit, zda nelze k ochraně klienta před pádem použít jiné prostředky než postranice či fixační pomůcky, které takový omezovací efekt nemají. Např. snížení lůžka či položení matrace vedle lůžka.

41 Rovněž není přípustné jejich použití přes den z důvodu neklidu pohyblivého klienta, potřebuje-li personál udržet klienta na lůžku nebo v křesle.





- v individuální dokumentaci klienta musí být zaznamenáno, kdo užití postranic či fixační pomůcky doporučil a z jakého důvodu, a musí být stanovena jasná pravidla pro jejich použití (kdy a po jaký časový úsek mají být používány),<sup>42</sup>
- klient, který je samostatně mobilní, musí mít možnost sám omezení ukončit,<sup>43</sup>
- zvolené opatření musí být pro klienta bezpečné.<sup>44</sup>

Prostředky prevence pádu mohou být využity pouze na základě úplného a svobodného souhlasu klienta. V případě, že klient není schopen souhlas vyjádřit, má posoudit použití prostředků odborný tým. 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.<sup>45</sup>

## 10.1 Fixace klienta I

### 10.1.1 Zjištění ze zařízení

V zařízení žije trvale ležící klient I. Ze sdělení personálu i dokumentace vyplynulo, že je tento klient trvale fixován za zápěstí v lůžku.<sup>46</sup> Dle personálu zařízení k fixaci přistoupilo kvůli opakovaným pádům klienta z lůžka, ke kterým docházelo, i když měl klient zvednuté postranice. K fixaci se využívá polstrovaný pás obepínající zápěstí klienta, který je připevněný k lůžku popruhem dlouhým cca 40 cm. Personál uváděl, že průběžně střídají fixaci pravé a levé ruky. V době systematické návštěvy byl klient fixován za jednu ruku. Jeden člen personálu v přímé péči však uvedl, že klienta fixují za obě ruce. Je tedy možné, že jednotliví pracovníci přistupují k fixaci různě.

---

42 Pravidla by měla vymezovat, jaké prostředky ochrany nebo podpory (které nejsou opatřením omezujícím pohyb podle § 89 zákona o sociálních službách) lze použít; za jakých okolností; nutnost provést preventivní vyhodnocení rizik a prozkoumat mírnější alternativy, které lze využít. Pravidla by měla obsahovat části týkající se zapojení a konzultace pracovníků na různých pozicích před přikročením k těmto prostředkům; lékařského předpisu, ošetřovatelských postupů, pravidelného monitorování a přehodnocení prostředků, potřebného dohledu a formuláře souhlasu. Ošetřovatelský personál by měl mít k dispozici vstupní i pravidelná školení na používání těchto prostředků.

43 Zkrácená postranice, technická úprava lůžka, možnost uvolnění zádržného pásu.

44 Při užití opatření je třeba zajistit zvýšený dohled personálu nad klientem. K zajištění bezpečnosti je např. při podpoře sezení třeba používat profesionální fixační pomůcky, jež zabrání zranění klienta či samovolnému dušení. U postranic je vhodné používat ochranu proti zaklínění končetin do postranic.

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

46 V dokumentaci klienta I v systému Cygnus je v sekci Aktuální stav: „Klient trpí dezorientací, vyjadřuje se ve většině případech neverbálně. Jeho stav vyžaduje komplexní ošetřovatelskou péči včetně polohování, podávání stravy a výměny inko pomůcky. Z důvodu bezpečí je celý den i noc v nepřítomnosti PSS zajištěn zádržným pásem na zápěstí – viz formulář o použití zádržného pásu.“



Obrázek 13: Fixace ruky klienta I



Obrázek 14: Volná fixace

Z předložené dokumentace vyplývá, že klient I je imobilní, sám je schopen změnit polohu pouze v rámci lůžka. V období od 22. května 2020 do 23. září 2020 je v evidenci zaznamenáno 7 pádů. Ze záznamů vyplývá, že k některým pádům došlo při přelézání postranic. Není však zcela zřejmé, kdy k užívání fixace zařízení přistoupilo. „Formulář o použití zádržného pásu (bez žádosti)“ je datován až ke dni 5. října 2021. Z jeho obsahu je zřejmé, že v té době zařízení fixaci za zápěstí klienta již využívalo.<sup>47</sup> **Není proto jasné, kdo a jak o počátku užívání fixace původně rozhodoval. Dotázaní pracovníci to nevěděli.**

Samotný Formulář o použití zádržného pásu (bez žádosti) je velmi stručný. Jako důvod užití fixace uvádí, že klient není schopen udržet požadovanou polohu v lůžku. Podle formuláře personál předtím, než přistoupil k fixaci klienta za ruku, zkoušel dát matraci pod lůžko, ale klient padal a odsouval matraci. Způsobil si tím odřeniny a nastydnutí. Ve formuláři jsou uvedeni pracovníci týmu, kteří se účastnili rozhodování. Je zde také vyjádření praktického lékaře, který uvádí pouze: „Použití zádržného pásu je vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta odůvodněné a oprávněné.“ Závěrem je, že se zádržný pás bude na základě posouzení týmem používat „dle aktuálního zdravotního stavu – nepřetržitě“. Formulář ještě obsahuje informaci o tom, že klient má k dispozici signalizační zařízení. Je však otázkou, zda klient dokáže s ohledem na jeho zdravotní stav signalizaci použít.

O důvodech, kvůli kterým je klient fixován, hovoří i Hodnocení individuálního plánu ze dne 20. ledna 2023. Tam se uvádí: „...Míval jsem problémy s udržením se v lůžku, neustále jsem z něj vypadal, i když byly použity postranice. Opakovaně i během noci. **Pečovatelé chodí v intervalech polohování a já jsem zejména v zimních měsících za ty 3 hodiny na zemi bez přikrývky úplně prochladnul. Trpěl jsem častými záněty průdušek...**“

---

47 Ve formuláři o použití zádržného pásu je uvedeno: „Popis situace předcházející užití pásu: Pokud není klient zabezpečen zádržným pásem, opakovaně se přemísť z postele na zem i přes postranice. Při pádu si většinou způsobí zranění a nastydnutí. Již jsme zkoušeli také měkkou matraci pod postelí, kterou posune a setrvává na studené zemi. Opakovaně trpěl záněty průdušek a odřeninami. **Se zádržným pásem se toto neděje. Pás upevňujeme střídavě na pravé a levé zápěstí v závislosti na polohování. Klient použití zádržného pásu akceptuje, pás upevňujeme tak, aby ruku zcela neobepínal a mezi látkou a pokožkou klienta byla vůle.**“



V dokumentaci klienta I jsou opakované záznamy o tom, že u něj hrozí riziko pádu. Riziko pádu klienta je vyhodnoceno z přednastavených kritérií systému Cygnus na 41 %. V plánu rizik jsou pouze kusé informace.<sup>48</sup> Plán rizik navíc personálu ukládá pouze: „*Činnosti: zajištění použití postranic do lůžka viz souhlas.*“ **Užití fixace ruky plán rizik vůbec nezmiňuje.**

V realizaci ošetrovatelské péče je zaznamenáno zhodnocení celkového stavu klienta přibližně každé 3 měsíce. Ve vztahu k riziku pádu je zde ale pouze velmi stručné konstatování, že u klienta trvá riziko pádu.

V záznamech realizace ošetrovatelské péče je zaneseno, že u klienta probíhá pravidelné polohování a ošetrovatelská rehabilitace. Ze záznamů o průběhu poskytované péče ale také plyne, že klient má naprosté minimum aktivizačních činností. V posledním čtvrtroce před systematickou návštěvou byly zaznamenány pouze 3 aktivizační činnosti, které spočívaly v tom, že personál pustil klientovi CD Karla Gotta (každý měsíc 1x).

Poskytovatel navíc nemá zpracovaná pravidla pro použití fixace ruky.<sup>49</sup>

### 10.1.2 Hodnocení fixace klienta I

Prostředky prevence pádu, které mají potenciál klienta omezit ve volném pohybu, je možné využít pouze za splnění výše uvedených podmínek.

Zprv předtím, než poskytovatel přistoupí k fixaci, která má bránit pádu, musí zmapovat riziko pádu u konkrétního klienta. Není možné předpokládat správné používání fixace coby nástroje prevence pádu, pokud riziko pádu není řádně vyhodnoceno. Z předložené dokumentace a sdělení personálu není vůbec zřejmé, kdy poskytovatel k používání fixace přistoupil. U klienta I zjevně v roce 2020 existovalo riziko pádu, o čemž svědčí i 7 evidovaných pádů. Riziko pádu je ale v dokumentaci vyhodnoceno pouze pomocí šablonovitého formuláře. Zařízení nijak blíže nezkoumalo, proč se klient pokoušel z lůžka dostat ven. Snaha opustit lůžko přitom může mít řadu příčin, např. nepohodlí, bolest, touhu po změně prostředí apod. Poskytovatel by měl při vyhodnocení rizika pádu zkoumat příčiny pádu a primárně se je snažit eliminovat bez užití restriktivních opatření.

Užití fixační pomůcky je odůvodněné pouze tehdy, pokud současně trvá riziko pádu. Pouhé konstatování, že riziko pádu trvá, jaké nalezneme v dokumentaci tohoto klienta, však vzbuzuje pochybnost, zda dochází ke skutečnému přehodnocení rizika. Poskytovatel se totiž dle mých poznatků v průběhu času nepokouší ověřit, zda nepostačují mírnější alternativy prevence pádu než fixace ruky. **Poskytovatel pochybil, když riziko pádu dostatečně nezkoumal na počátku fixace a pravidelně je nepřehodnocoval s ohledem na to, že mohlo v průběhu času pominout.**

Ve druhém kroku musí pečující tým zvážit, zda nelze k ochraně klienta před pádem použít jiné prostředky než fixaci, které takový omezovací efekt nemají. Z dokumentace vyplývá, že se poskytovatel pokoušel dát vedle lůžka matraci, která by zabránila zraněním klienta.

---

48 V plánu rizik je u rizika pádu uvedeno: „*Rizikové faktory: Kombinovaný handicap (fyzický a intelektový). Cíl péče: Snížení možností vzniku pádu, poškození klienta. Klient si neuvědomuje riziko. Činnosti: zajištění použití postranic do lůžka viz souhlas. Jiné: Kontrola celkového stavu.*“

49 Metodický pokyn zařízení MP/DZR/05 nazvaný *Opatření omezující pohyb osob, použití postranic a bezpečnostních pásů* popisuje pouze použití postranic, bezpečnostních pásů ve vozíku a křesle jako prostředků prevence pádu a případné použití ochranných rukavic.



Řešení však nebylo efektivní, a tak poskytovatel přistoupil k fixaci za ruku. Jako zcela lichou vnímám argumentaci zařízení, že protipádová matrace vedle lůžka není efektivní, protože ke klientovi pečovatelé chodí v intervalech polohování a klient „zejména v zimních měsících za ty 3 hodiny na zemi bez přikrývky úplně prochladnul“. **Pokud personál ví, že u klienta existuje riziko prochladnutí, když jej kontroluje co 3 hodiny, nemůže situaci řešit omezením klienta, ale má u něj zajistit zvýšený dohled.**

Přiložení protipádové matrace navíc není jediným možným řešením pádů klienta. Na trhu existuje celá řada dalších, méně omezujících nástrojů. Klient může mít lůžko snížené až k zemi, aby se snížilo riziko poranění při pádu,<sup>50</sup> lze využít i signalizační podložku, která personál okamžitě upozorní na to, že je klient mimo lůžko, a nehrozí tak, že klient na zemi prochladne. Pomoci může i širší lůžko, které by klient nemusel mít snahu opouštět, či tzv. polohovací hnízdo.

Kromě technických řešení je také třeba zvažovat, proč klient lůžko opouští. Klient nemusí mít sklon lůžko opouštět, pokud bude mít v průběhu dne dostatek podnětů. V současné době klient celodenně leží ve svém pokoji a jeho aktivizace je mizivá. Klient přitom může profitovat ze změn prostředí během dne, pokud by jej personál převezl z jeho pokoje do jiných prostor zařízení či ven,<sup>51</sup> stejně tak může profitovat z individuální aktivizace, bazální stimulace, z častějšího nebo jiného polohování či z vytvoření bezpečného odpočinkového prostoru mimo lůžko apod. Uvádím zde pouze příklady možných řešení. Zařízení by se mělo pokoušet hledat taková opatření, která budou klientovi vyhovovat.

Jako nedostatečné hodnotím i citované vyjádření lékaře, že „[p]oužití zádržného pásu je vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta odůvodněné a oprávněné“. Lékař nijak blíže nehodnotí nutnost použití fixace ruky ve vztahu ke stavu klienta. Neuvádí například, proč je vhodná právě fixace ruky, nepostačuje mírnější opatření apod. **Vyjádření lékaře je navíc totožné jako všechna jeho vyjádření ve formulářích o použití postranic a fixačních pásů v křesle ostatních klientů. Vzbuzuje tak pochybnost o jeho autenticitě.**

Obecně platí, že pokud se fixace nepoužívají správně a odborně, mohou způsobit zranění, jako jsou odřeniny kůže, hematomy, pohmoždění měkkých tkání, poškození nervů a zlomeniny, případně i smrt udušením. Smrtelné úrazy jsou možné i v případě, že jsou fixace správně nasazeny, ale dotyčná osoba není dostatečně sledována. Dlouhodobá fixace může také vést ke svalové atrofii (nebo zhoršit stávající atrofie). Může podporovat rozvoj komplikací typických pro imobilizaci, jako jsou proleženiny, trombózy žil či pneumonie. Imobilizace často způsobuje také stres a má negativní vliv na kognitivní schopnosti klientů.<sup>52</sup>

**Samotné použití fixace klienta I za jednu ruku hodnotím jako nebezpečné.** Dle pověřené expertky z oboru zdravotnictví u takovéto fixace hrozí právě například vykloubení či zlomení fixované končetiny.

**Celkově jsem přesvědčen, že poskytovatel pochybil, když přistoupil k invazivní fixaci tohoto klienta, když nedostatečně hodnotil riziko pádu, v čase je řádně nepřehodnocoval,**

50 Což se jeví jako ideální v kombinaci s protipádovou matrací vedle lůžka.

51 Ze sdělení personálu vyplynulo, že trvale ležící klienty personál ven vůbec nevozí. Viz kapitola [Pobyt na čerstvém vzduchu](#).

52 Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W: Todesfälle bei Gurtfixierungen. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(3): 27–32. [cit. 21. 5. 2023]. Dostupné z <https://www.aerzteblatt.de/archiv/118941/Todesfaelle-bei-Gurtfixierungen>.



nehledal další méně omezující opatření a uchýlil se k trvalé fixaci klienta v lůžku, která trvá již několik let a jen s minimální aktivizací, navíc způsobem nebezpečným pro jeho zdraví. Užití fixace ruky u klienta I hodnotím jako nepřiměřené, neboť zařízení nenaplnilo podmínky pro užití fixace. Celkový přístup poskytovatele tudíž představuje špatné zacházení s klientem I.

Poskytovatel nyní musí přehodnotit fixaci klienta I. Musí přitom zvážit všechna výše uvedená kritéria a postupovat v souladu s doporučeným postupem MPSV.<sup>53</sup> Očekávám, že mi poskytovatel předloží výsledek přehodnocení fixace klienta I spolu s vyjádřením k této zprávě.

#### Opatření:

- 16) Přehodnotit fixaci klienta I. Důsledně vyhodnotit rizika pádu, zvážit méně omezující prostředky prevence pádu a nastavit přiměřená opatření (bezodkladně).
- 17) Vést vypovídající dokumentaci užití prostředků prevence pádu (průběžně).

#### 10.2 Postranice

Dalším prostředkem prevence pádu, který se v zařízení využívá, jsou postranice. Personál uváděl, že pokud klienti komunikují, žádají o souhlas s použitím postranic přímo je. Pokud klient nekomunikuje nebo nedokáže souhlas podepsat, podepíše jej za něj rodina, opatrovník nebo lékař.

U klientů, kteří nedali s používáním postranic souhlas, zařízení eviduje *Formulář použití postranic u lůžka klienta (bez souhlasu)*. Formuláře jsou u všech klientů prakticky totožné.<sup>54</sup> Zdůvodnění použití postranic se omezuje pouze na „Zajištění bezpečí a zabránění pádu“ a popis situace předcházející užití postranic v předložených formulářích zcela chybí. Nedostatečné je i vyjádření lékaře, že „použití postranic je vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta odůvodněné a oprávněné“, které obdobně jako u fixace klienta I nijak nehodnotí nutnost použití postranic ve vztahu ke stavu konkrétního klienta.

Dle personálu někteří klienti postranice přelézají. Jedná se například o klientku J. Ta měla 2x přelézt postranice a při těchto pádech si postupně zlomit pravý i levý krček stehenní kosti. V dokumentaci klientky je zaneseno použití postranic přes den i noc jakožto prostředek ochrany klientky.<sup>55</sup> V evidenci pádu v dokumentaci klientky je zapsáno 5 pádů v období 14. prosince 2022 – 17. února 2023. Protokoly o pádech jsou ve většině případů neúplné a je

53 Doporučený postup č. 06/2018, Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí pro používání opatření omezujících pohyb osob. S. 21 an.

54 Jako důvod užití opatření formulář uvádí: „Zajištění bezpečí a zabránění pádu“. Popis situace předcházející užití postranic ve formulářích zcela chybí. Doporučení: „Postranice se používají jako prostředek ochrany klienta, jako pomůcka k polohování a aktivizaci v rámci lůžka.“ Dále formulář obsahuje rozhodnutí, zda se bude používat 1 nebo 2 postranice, a to přes den nebo v noci, případně dle aktuálního zdravotního stavu. Rozhodnutí o použití postranic dle formuláře učinil multidisciplinární tým. Některé formuláře obsahují rozhodnutí lékaře, které ve všech případech zní: „Použití postranic je vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta odůvodněné a oprávněné“.

55 Formulář je prakticky totožný s formuláři ostatních klientů.



zde napsáno, že změna plánu rizika pádu není potřeba.<sup>56</sup> Nezachycují ani to, že by klientka spadla při přelézání postranice, jak uváděl personál.

Jsem přesvědčen, že zařízení postupuje nesprávně, když nechává rozhodnutí o postranicích na rodině či opatrovníkovi. U klientů, kteří nemají schopnost učinit rozhodnutí nebo nemožnou projeviti svou vůli, musí o nasazení postranic rozhodnout tým pracovníků zařízení, který vyhodnotí riziko pádu a zváží přiměřená opatření k předcházení pádu. **Souhlas člena rodiny či opatrovníka nevnímám v tomto případě jako právně významný.**<sup>57</sup>

Samotné formuláře o použití postranic podle mého mínění nemají prakticky žádnou vypovídací hodnotu. Omezují se na obecné konstatování o existenci rizika pádu. Nikterak npracují s konkrétními riziky u klienta a není z nich zřejmá jakákoliv úvaha o vhodnosti užití postranice či o možných mírnějších opatřeních.<sup>58</sup> Vzniká zde i pochybnost o jejich autenticitě, neboť obsah je u všech klientů prakticky totožný, a to včetně vyjádření lékaře. **Jsem proto přesvědčen, že zařízení potřebu užití postranic u jednotlivých klientů nedostatečně vyhodnocuje a příslušnou dokumentaci vede pouze pro forma.**

Upozorňuji současně poskytovatele, že postranice nejsou vhodným nástrojem prevence pádu pro klienty, kteří je přelézají. Pokud klient přelézá postranici, hrozí mu pád z větší výšky, než kdyby postranici neměl. Při přelézání si může způsobit další komplikovaná zranění. Nejprve je třeba hledat příčiny, pro které klient postranice přelézá, a snažit se je odstranit. **Poskytovateli doporučuji zavedení alternativních prostředků prevence pádů k postranicím, a to především u klientů, jejichž pády jsou následkem přelézání postranic.** Zdůrazňuji, že pokud je klient samostatně mobilní, musí mu být umožněno samostatně opouštět lůžko tak, aby postranici nemusel přelézat (např. za pomoci dělené postranice).

**V případě klientky J poskytovatel dle mého pochybil, když po jejích opakovaných pádech nepřistoupil ke změně plánu rizika pádu, ponechal jí postranice a neřešil jejich přelézání. Poskytovatel musí hledat takové prostředky prevence pádu, které budou pro klientku vhodné a zajistí její bezpečí.**

#### Opatření:

- 18) **U klientů individuálně vyhodnocovat riziko pádu a postranice používat, až pokud nelze použít méně omezující prostředek k ochraně před pádem z lůžka (průběžně).**
- 19) **Vést autentickou dokumentaci, do které bude zaznamenáno, z jakého důvodu a na jaký časový úsek [den/noc] bude mít klient postranici nasazenou a kdo rozhodl o nasazení postranice (průběžně).**

---

56 Vyjma protokol ze dne 14. prosince 2022, ve kterém je sice zaznamenáno, že má dojít ke změně plánu rizika pádu, ale ke dni systematické návštěvy byly v plánu rizika pádu postranice ponechány.

57 „Pokud jsou tyto podmínky splněny, k nasazení postranic není třeba souhlas ani od lékaře, ani od člena rodiny či opatrovníka. Tyto jsou právně nevýznamné, mohou nicméně prospívat atmosféře důvěry mezi pečujícím týmem a rodinou. Pokud však tyto podmínky splněny nejsou, oprávněnost užití postranic (zábran) je diskutabilní i přes případný souhlas lékaře, člena rodiny či opatrovníka.“ Viz Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem [online], str. 57–59. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 06. 5. 2023]; dostupné z <https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana-osob/ZARIZENI/Socialni-sluzby/2015-Zprava-domovy-pro-seniory.pdf>.

58 Možná mírnější opatření popisují v kapitole [Hodnocení fixace klienta I.](#)



### 10.3 Fixace v křesle

K prevenci pádu se v zařízení využívají i zádržné pásy v křesle. Pověřeni zaměstnanci Kanceláře navštívili dvě klientky, které měly nasazený pás. Obě klientky seděly na křesle nedaleko od lůžka, byly nasměrované na televizi a byly fixované pásem na pomezí hrudníku a břicha.<sup>59</sup> Pás měl v části dotyku s tělem polstrování. Obě klientky byly v pokoji za zavřenými dveřmi a neměly po ruce signalizaci.

Obě klientky mají v dokumentaci prakticky totožné *Formuláře použití zádržného pásu u klienta (bez žádosti)*. Obdobně jako u postranic je zdůvodnění i zadání pro personál velmi strohé. Je zde i šablonovité vyjádření lékaře: „*Použití zádržného pásu je vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta odůvodněné a oprávněné*“. Z formuláře nevyplývá, jak často, na jak dlouho může být klient umístěn v křesle s pásem, jak často má být kontrolován personálem atd. Ve formuláři je také uvedeno, že „*klient má k dispozici signalizační zařízení, jehož prostřednictvím má možnost přivolat personál k umožnění pomoci a mobility*“.

Obdobně jako u postranic zde vzniká pochybnost o tom, zda zařízení skutečně individuálně vyhodnocuje potřebu užití fixačního pásu u klientů, neboť vedená dokumentace není vypovídající. Zařízení porušuje své vlastní pokyny, když klientky nemají k dispozici signalizaci k přivolání personálu. Vzhledem k rizikovosti fixací<sup>60</sup> může mít nemožnost přivolání pomoci i fatální důsledky.

Celkově není přípustné, aby poskytovatel prostředky prevence pádu nahrazoval dostatečný počet personálu a poskytování dohledu nad klientem. Pro ošetřovatele nepředstavuje použití fixace v žádném případě ulehčení pracovní zátěže. Vyžaduje intenzivní dohled a pozorování omezených osob a také zvýšené administrativní úsilí, jako je pečlivá a srozumitelná dokumentace každého provedeného opatření. Nutné je i důkladné školení personálu na použití fixací.<sup>61</sup> K tomu však v zařízení nedochází.

#### Opatření

- 20) **U klientů individuálně vyhodnocovat riziko pádu a volit vhodné prostředky prevence pádů (průběžně).**
- 21) **Vést autentickou dokumentaci, do které bude zaznamenáno, z jakého důvodu a kdy bude mít klient fixační pás nasazený (průběžně).**
- 22) **Zajišťovat klientům, kteří jsou prostředkem prevence pádu omezení v pohybu, zvýšený dohled a možnost přivolání pomoci (průběžně).**

59 Rizika, která fixace přináší, popisují v kapitole [Hodnocení fixace klienta I.](#)

60 Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. op. cit.

61 Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. op. cit.



## Zdravotní péče

---

### 11. 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,<sup>62</sup> přičemž povinností poskytovatele je pomoci klientům tato práva realizovat.<sup>63</sup>

Do zařízení dochází 1x týdně praktický lékař, který je dostupný i telefonicky v případě potřeby. Psychiatr s psychiatrickou sestrou navštěvují zařízení 1x měsíčně. Diabetolog dojíždí do zařízení 1x za 3 měsíce. Dále zařízení spolupracuje s nutriční terapeutkou, která zařízení navštěvuje 1x za 2 týdny a průběžně případy konzultuje telefonicky či elektronicky. Zařízení navštěvuje i externí rehabilitační pracovník. Ošetřovatelská rehabilitace je prováděna i zdravotními sestrami zařízení. Se zřetelem k počtu personálu a počtu klientů je však z pohledu pověřené expertky z oboru zdravotnictví nemožné u všech klientů poskytovat rehabilitační ošetřovatelskou péči v potřebné intenzitě. Psychologická, psychoterapeutická ani logopedická péče v zařízení poskytována není.

Počet personálu v zařízení je problematický, a to zejména v noci. V zařízení v noci neslouží žádný zdravotník a slouží pouze 2 až 3 pracovníci v přímé péči, což považují při počtu přibližně 180 klientů v budově za zcela nedostatečné. Personál v přímé péči tak přebírá úkoly zdravotníků (jako je podávání léků a řešení akutních stavů), ke kterým nemá kvalifikaci. Počet dvou až tří pečovatелů navíc nemůže zajistit bezpečnou péči pro všechny klienty, což dokládá i několik událostí popsaných v kapitolách [Příprava a podávání léků](#) a [Akutní stavy a úrazy v noci](#). V těchto kapitolách formulují i příslušná opatření k nápravě.

### 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.<sup>64</sup> 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.<sup>65</sup>

Léky jsou v zařízení uchovávány v lékárně na sesterně. Lékárna je samostatně uzamykatelná místnost, která je součástí sesterny, a sesterna je také uzamčená. Klíče od sesterny mají pouze sestry. Léky sestry chystají na týden dopředu, jsou přichystané v lékovkách v lékových vozících. **Léky tak klientům podává jiný pracovník, než který je chystal.**

---

62 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.

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

64 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), § 4 b odst. 2 a § 17 odst. 2 písm. b) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

65 Ustanovení § 1 odst. 2 písm. e) bod 2 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.



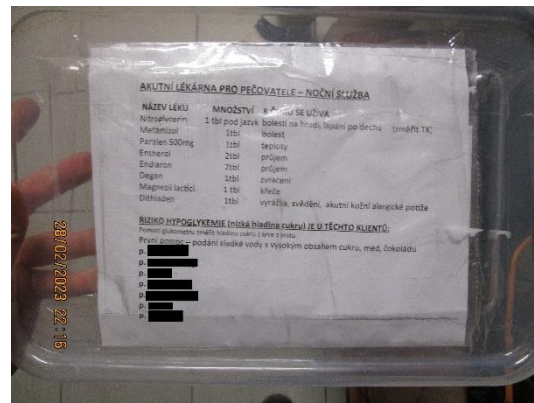


Přes den je klientům podávají zdravotní sestry (ZS). Na noční směně ale zdravotní sestry neslouží a podávají je pracovníci v sociálních službách (PSS). PSS dostávají léky v plastové krabici od ZS před noční směnou. Ty, které mají PSS jednotlivým klientům podat, jsou nachystané v denních lékovkách. Na lékovkách je fixou napsáno jméno klienta, jemuž patří. **Rizikové je, že jméno je na některých lékovkách opotřebením setřeno a velmi špatně čitelné.** PSS navíc nevědí, jaké léky podávají, protože v dávkovači je pouze tableta. Nemohou tak ověřit, zda klientovi podávají správný lék, a musí slepě důvěřovat přípravě od ZS. PSS uváděli, že některým klientům píchali i inzulin.

Kromě léků nachystaných v dávkovači mohou PSS sami podat léky na bolest, horečku, průjem. Tyto léky PSS podávají dle svého uvážení, případně podle pokynů ZS, které jim napíší na lísteček. Na co je který lék, mají PSS popsáno na víku krabice. Popsáno je i to, u kterých klientů je riziko hypoglykemie a jak měřit hladinu cukru v krvi. Dotázaní pracovníci však neměli jasné zadání, kdy lék podat, např. nedokázali odpovědět, za jakých okolností by podali lék na bolest.



Obrázek 15: Krabice s léky a tlakoměrem



Obrázek 16: Pokyny pro PSS

PSS sami uváděli, že vědí, že by klientům léky podávat neměli, ale že vzhledem k tomu, že na noční směně není žádný zdravotnický personál, nemají jinou možnost. Co se týká záznamů o podávání léků, výpovědi personálu se lišily. Jeden člen uváděl, že se informace o podávání léků nemá objevovat v dokumentaci, takže pokud je např. potřeba podat klientovi z důvodu nemoci lék a čaj, tak se uvede pouze, že personál podal čaj. Jiní pracovníci naopak udávali, že by podaný lék zapsali do systému Cygnus, případně do sešitu denních hlášení. V zápisech denních hlášení lze nalézt informaci o tom, že noční směna má podávat léky nachystané od zdravotních sester. Některé zápisy nasvědčují tomu, že personál mohl zapomínat léky podávat.<sup>66</sup>

Správně nepostupují ani zdravotní sestry při drcení léků. Klientům, kteří potřebují léky drtit, je ZS drtí těsně před podáním. **Pro drcení léků používají jeden hmoždíř, který ZS mezi jednotlivými podáními nevymývají a nedezinfikují.** Dochází tak k míchání léků podávaných různým klientům.

66 Například záznam ze dne 7. února 2022 „Kontrolovat léky od sester na noční směně a nezapomínat je podávat klientům“.



Obrázek 17: Hmoždíř před použitím



Obrázek 18: Hmoždíř během podávání léků

Postup, kdy jsou léky podávány z předem nachystaných dávkovačů, 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 spojená upozorňuje dlouhodobě.<sup>67</sup> Obdobně na rizika tohoto postupu poukazuje i česká a zahraniční odborná praxe.<sup>68</sup>

Za zcela nepřijatelné považuji podávání léků pracovníky v sociálních službách. **To je nesprávné a pro klienty ohrožující, neboť pracovníci v sociálních službách nemají oprávnění ani odbornost s léky nakládat.**

**Praxi, kdy personál nečistí hmoždíř po každém jednotlivém drcení léků, a dochází tak k jejich následnému smísení, pak hodnotím jako zcela nepřijatelnou.**<sup>69</sup>

**Opatření:**

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

67 Viz Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, s. 54.

68 Viz např. PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. Ošetrovatelství 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**“).

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



- 24) **Zajistit, aby léky připravoval a klientům vydával jen zaměstnanec, který je k tomu kompetentní (bezodkladně).**
- 25) **Vymezit si dostatečné množství času na podávání léků. Léky podávat dle doporučených postupů – zabránit míchání léků při jejich drcení (průběžně).**

### 13. Akutní stavy a úrazy v noci

Kromě podávání léků v noci PSS řeší i zhoršení zdravotního stavu klientů a úrazy. V takových chvílích rozhodují o tom, zda podají lék či zavolají zdravotnickou záchrannou službu (ZZS). Sami PSS hodnotili takové rozhodování jako velmi náročné, nemají jasné zadání, kdy ZZS volat.

Postup při pádu klienta v noci popsal jeden z pracovníků. Pokud klient upadne v noci, přistupuje ke klientovi intuitivně – zkontroluje, jestli klient komunikuje, jestli ho něco nebolí, zda je dušný apod. Změří klientovi také tlak. Pracovník však nedokázal sdělit, jaká naměřená hodnota by byla v nepořádku, aby kvůli ní zavolał ZZS. Poté se rozhodne, zda přivolá ZZS, nebo klienta ponechá v zařízení. Pokud klient zůstane v zařízení, tak mu personál ošetří případný úraz a klienta po zbytek noci častěji kontroluje. Následně informaci předá kolegům při předávce směn. Pády evidují v systému Cygnus.<sup>70</sup>

Úrazy či akutní stavy v noci nejsou v zařízení ojedinělé.<sup>71</sup> V záznamech denních hlášení se například objevují zápisy o pádech klienta K. Dne 25. ledna 2023 je zaznamenáno, že klient K měl po pádu tržnou ránu nad obočím a udával bolest hlavy. Personál klientovi ránu ošetřil a podal lék Paralen. Klient K spadl i v noci z 22. února 2022 a personál jej ponechal v zařízení. Následující den byl dle denních hlášení denní směny odvezen ZZS. Vzniká tak pochybnost, zda personál na noční službě postupoval správně a zda klient neměl být do nemocnice transportován již v noci.

Problémem není pouze neodbornost personálu, ale celkový nízký počet pracovníků na noční směně. Dotázaní klienti popisovali situace, kdy se personálu nemohli dovolat. Například při nevolnosti spolubydlícího, neboť personál zrovna zasahoval u akutnějšího stavu v jiném podlaží.

V evidenci mimořádných událostí je zaznamenána i situace, kdy upadla klientka L. Personál v dané chvíli pracoval na jiném podlaží, a proto neslyšel volání o pomoc. Klientka L sama zavolala záchrannou službu, která na výjezd poslala i posádku PČR a hasičského záchranného sboru. Personál zařízení se o pádu klientky dozvěděl z volání PČR, která se pokoušela dovolat na recepci zařízení. Na základě telefonátu personál klientku, která nejevila známky zranění, zvedl ještě před příjezdem složek záchranného systému. Dle evidence mimořádných událostí mělo zařízení přijmout v reakci na událost dvě opatření, a to opravit signalizační zařízení a navýšit počet ošetřovatelského personálu. K dostatečnému navýšení personálu však zjevně nedošlo.

**Zajištění nočních služeb v zařízení je velmi problematické. Během noční služby jsou pracovníci v sociálních službách nuceni přebírat úkoly, které jim nepřísluší (např. ošetřování**

70 Pokud dojde k pádu při denní směně, přivolá personál ZS, která rozhodne o dalším postupu.

71 K jednomu pádu došlo i v průběhu systematické návštěvy při nočním šetření. Personál řešil situaci přivoláním ZZS.



úrazů, vyhodnocování zdravotního stavu, podávání léků). V kombinaci se zcela nedostačným počtem pracovníků na 183 klientů považují nastavení péče v noci za výrazně ohrožující klienty.

Příslušná opatření k zajištění dostatečného počtu personálu formulují v kapitole [Personální zajištění](#).

## 14. Jídlo a 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 výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržení jejich kognitivních funkcí.<sup>72</sup>

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.

### 14.1 Nutriční screening a intervence

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.<sup>73</sup> 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.

Zařízení spolupracuje s nutričním terapeutem. V rámci nutričního screeningu jsou klienti váženi 1x za měsíc. Pracovníci uváděli, že část klientů váží na osobní váze, u ležících klientů využívají vážení ve zvedáku. Jako alternativu k vážení lze dle personálu použít měření obvodu paže a délky ulny. Někteří klienti si vážení nepřejí, proto je personál neváží. Zároveň se v zařízení využívá nutriční test MNA-SF.

Váhy klientů zaznamenává personál nejprve do tištěného formuláře a následně do systému Cygnus. Nutriční terapeut se dostane do systému Cygnus a sám vyhodnocuje potřebné informace, případně mu informace o alternativním měření personál předává e-mailem.

72 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. 5. 2023]. Dostupné z [http://is.muni.cz/th/71307/lf\\_d/pro\\_tisk\\_Navratilova\\_2-117\\_1.pdf](http://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2-117_1.pdf).

73 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.



V případě malnutrice nutriční terapeut vypracuje zprávu a zařízení se podle ní řídí. Personál má k dispozici rozpisy klientů, kteří dostávají nutriční výživu. **Předložené rozpisy se však navzájem neshodují a v případě některých klientů nekorespondují ani s předloženým seznamem aktuálních klientů DZR.** Je pravděpodobné, že rozpisy nebyly aktualizované.

Zápisy o nutriční péči (o aktuálním stavu, vývoji váhy, doporučeném příjmu potravy a podávání doplňků stravy, včetně sestaveného nutričního plánu) jsou v dokumentaci klienta I. Naopak rozporuplné jsou záznamy klientky M, která je dle dokumentace ve stavu těžké podvýživy. Je zaznamenáno, že nutriční terapeut určil, jak má zařízení postupovat. Z dokumentace je zjevné, že personál u klientky sleduje příjem jídla a tekutin, ale v dokumentaci nemá sestavený nutriční plán. V ošetřovatelské anamnéze je dokonce zaznamenáno, že klientka M nemá problém s výživou.

Klientka N je dle záznamů ve stavu těžké podvýživy a její stravování je omezeno kachexií. Nemá v nutriční dokumentaci sestavený nutriční plán. V záznamu o aktuálním stavu je napsáno, že je klientce „*podáváno Nutrego dle rozpisu lékaře*“. Na seznamech klientů s nutriční výživou klientka N vůbec nefiguruje. Zároveň je v sociální dokumentaci v plánu rizik uvedeno, že klientka nemá žádné riziko nedostatečné výživy a plán rizik se tvořit nebude.

Další nesrovnalosti jsou v dokumentaci klientky O, která má v ošetřovatelské anamnéze uvedenou obezitu, zatímco dle nutriční dokumentace váží 43 kg a je ve stavu těžké podvýživy.

Navázání spolupráce s nutričním lékařem či terapeutem považují za správné. Z nastudované dokumentace je zřejmé, že v zařízení je určitě snaha o nutriční péči u klientů s malnutricí. Je však nedostatečná, neboť není poskytována všem klientům s malnutricí, případně nutriční péče není propojená s péčí a ošetřovatelským plánem pracovníků v přímé péči.

#### **Opatření:**

- 26) Důsledně vyhodnocovat nutriční stav klientů a nastavovat odpovídající intervenci u všech klientů, u kterých je to třeba (průběžně).**
- 27) Zohledňovat malnutrici a její riziko v ošetřovatelských plánech a plánech péče (průběžně).**

#### **14.2 Stravování**

Stravování je v pobytových zařízeních sociálních služeb součástí komplexní péče. Kromě toho, že dochází k uspokojení biologických potřeb, má kultura stravování 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 zmíněné malnutrice, kdy v úmyslu vyhnout se nepříjemným zážitkům u jídla raději přestane klient přijímat potravu.



Pracovníci Kanceláře pozorovali v průběhu systematické návštěvy podávání jídla. V zařízení se nachází jedna společná jídelna. Ta kapacitně dostačuje pouze pro přibližně třetinu klientů. Před obědem klienti čekali v hloučku před jídelnou, dokud je personál nevpustil dovnitř. Místa k sezení měli klienti určená cedulkou na stole a celkově stravování v jídelně probíhalo velmi ústavním způsobem. Samotná kultura stolování v jídelně byla dobrá, klienti používali běžné příbory, jedli z porcelánového nádobí, pili z běžných hrnků.

Zbývající dvě třetiny klientů jedly ve svých pokojích. Pracovníci nejprve rozdali jídlo klientům na celém podlaží, následně dopomáhali s jídlem klientům, kteří sami nejedí, a nakonec znovu obcházeli klienty a dopomáhali dojíst těm, kteří nedojedli. Pokud personál rozdá jídlo všem klientům najednou a nedopomáhá jim postupně, vydané jídlo klientům chladne. Dle knihy stížností je některým klientům vychladlé jídlo podáváno opakovaně.

Oproti stravování v jídelně byla v pokojích kultura stravování nižší. Personál některým klientům servíroval polévku v plastových miskách. V jednom případě podávali pracovníci klientce tekutiny stříkačkou, údajně proto, že by klientka tekutiny z běžného hrnku rozlila. V takovém případě přitom lze využít hrnek s pítkem, který zajišťuje určitou prevenci rozlití tekutiny a zároveň podporuje klientku v soběstačnosti.



Obrázek 19: Miska na polévku

Obecně dopomoc s podáváním stravy v zásadě respektovala tempo klientů, pracovníci u ní však zpravidla stáli. Doporučuji, aby pracovníci poskytovali dopomoc při podávání stravy vždy vsedě tak, aby byli v úrovni klienta, nikoliv nad ním. Někteří členové personálu používali nedůstojné výrazy jako „krmit“, „dokrmit“, „čajovat“ či pobízeli klienta k jídlu infantilními výrazy „ňamky“.

V zařízení klienti nemají na výběr z více variant jídla. Varianty jsou upravené pouze podle diet. Na kvalitu stravy směřuje několik evidovaných stížností. Zaznamenáno je například, že si klient stěžoval na pestrost stravy, konkrétně na to, že má 5x týdně chléb s paštíkou. Jiná stížnost směřuje na to, že klientce podávaná večeře nestačí.<sup>74</sup> Celkově dotázaní klienti jídlo v zařízení nehodnotili kladně. Někteří klienti měli za to, že na nich zařízení šetří. Uváděli například, že jim v zařízení chybí maso, ovoce či zelenina. Časté jsou naopak ryby, které části klientů v úpravě zařízení nechutnají. **Považuji za žádoucí, aby zařízení zapojilo**

74 Jednalo se konkrétně o polévku a chléb, který klientka jako diabetik nechtěla jíst.



**klienty do přípravy jídelníčku a reflektovalo jejich preference. Stejně tak by zařízení mohlo klientům umožnit volbu z více nabízených jídel.**

**Opatření:**

- 28) Zajišťovat pro pomoc se stravováním dostatek personálu a času (průběžně).**
- 29) Zajišťovat, aby podávání stravy probíhalo důstojným způsobem (průběžně).**

## 15. Bolest

U klientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,<sup>75</sup> může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, případně může vést k poruchám chování (vnímaným 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.<sup>76</sup> Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Dle sdělení personálu hodnotí bolest u klientů dle škály v systému Cygnus, tato škála se přehodnocuje při změně stavu klienta. Při posuzování intenzity bolesti však nejsou používány žádné škály k hodnocení bolesti ani specificky vyvinuté škály pro klienty s demencí. Stejně tak se nevyhodnocuje pomocí škál účinek léků tlumících bolest. Pečovatelé uváděli, že podle mimiky, gest, nepokojnosti apod. intuitivně poznají, zda klienta něco bolí.

Pracovníci sice mohou vypořádat určité projevy diskomfortu, nejedná se však o objektivizované poznatky. Prosté pozorování projevů klienta navíc vyžaduje značné množství času, který pracovníci v současném personálním zajištění nemají. **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 o tom pečlivé záznamy.**

**Opatření:**

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

## 16. Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,<sup>77</sup> 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

75 Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014 [cit. 25. 5. 2023]. Dostupné z <https://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>.

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

77 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.



významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese,<sup>78</sup> v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

Dle sdělení personálu pracovníci v sociálních službách a sestry klienty pozorují a při změně psychického stavu informují psychiatra, který zařízení navštěvuje. Ten pak sám u klientů pozoruje přítomnost deprese. Někteří pracovníci v sociálních službách však uváděli, že není jejich úkolem hodnotit depresi u klientů, a odkazovali se na psychiatra.

V současném systému hrozí, že pracovníci, kteří jsou v neustálé časové tísní, depresivní projevy nezpozorují a klienta do péče odborníka nedoporučí. Jsem navíc přesvědčen, že samotné pozorování k detekci deprese nestačí. Posoudit míru deprese objektivně je velmi obtížné. Proto doporučuji, aby zařízení využívalo vypovídající způsob detekce deprese, jako je např. geriatrická škála deprese, a s tím dále systematicky pracovalo.

#### **Opatření:**

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

---

78 Např. Geriatric Depression Scale (GDS) je celosvětově rozšířená škála, jedna z nejčastěji používaných pro zjišťování deprese u seniorů.





# Zajištění důstojné a individualizované péče

---

## 17. Specifika demence

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stadia, musí být nastavena individuálně a prováděna poučeným personálem.<sup>79</sup> 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.<sup>80</sup> K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti.<sup>81</sup> 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.

V zařízení jsou vyhodnocovány kognitivní funkce klientů pomocí testu MMSE. Část klientů má v péči psychiatr, který do zařízení dochází. Celkově ale personál mezi klienty domova pro seniory a domova se zvláštním režimem příliš nerozlišuje. Ředitel zařízení při úvodní prohlídce nedokázal sám sdělit, v jakém podlaží je poskytována služba DS a v jakých podlažích je DZR. Pracovníci v přímé péči uváděli, že nijak nerozlišují péči o klienty podle fází demence. PSS nemají informaci o tom, zda má klient demenci. V dokumentaci a individuálních plánech je zaneseno pouze, že je klient dezorientovaný. Jak na tom klient v tomto ohledu je, odhadují pracovníci z jeho projevů. Podle jednoho pracovníka jsou nejméně nároční ležící klienti, „protože kolem sebe nedělají tolik nepořádku“. Klienti s demencí, kteří se ještě pohybují, například bloudí, zapomínají apod., dle něj vyžadují více pozornosti personálu. Pracovníci také uváděli, že neabsolvovali školení na práci s člověkem s demencí.

V denních hlášeních se například objevují záznamy o zmatenosti klienta G. Klient často bloudí po zařízení a je zmatený. Zařízení reagovalo tím, že klienta objednalo k psychiatrovi. Není však zřejmé, že by se stav klienta nějak propisoval do péče personálu. V zápisech se objevuje i záznam: „... vylil kýbl zvratku do postele [spolubydlícího], **otřesné chování ke spolubydlícím (...).** Na noční zvýšený dohled“, „Nutná kontrola chování, hlavně v noci!!!“. Ze záznamu je zřejmé, že personál vnímá chování klienta negativně, ačkoliv může být projevem jeho nemoci. K předcházení dezorientace klienta by zařízení mělo přistupovat aktivně a podporovat jej v orientaci. Je třeba nastavit i adekvátní aktivizaci, aby klient celé dny nebloudil po zařízení.<sup>82</sup>

---

79 Specifika péče o klienty s demencí popisuje Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. op. cit.

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

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

82 V záznamech je například: „Zmatený, chodil celý den“, „Neustále chodí zmatený sem a tam“, „Celý den pochoval, snad 15x byl na kulturce a dole ve sklepech“.



Současné nastavení považují za nesprávné. Bez aktuálních poznatků o onemocnění klienta a jeho specifických potřebách personál nemůže poskytovat péči odborným a individuálním způsobem. Pokud personál postupuje intuitivně, dělá to, co si myslí, že klient potřebuje, anebo co si přeje, ačkoliv opak může být pravdou. To představuje vysoké riziko špatného zacházení s klientem. Riziko spočívá především ve ztrátě dovedností klienta, prohlubování jeho závislosti na poskytované péči a zanedbání péče v oblastech, kde klient nedostává dostatečnou podporu. Pracovníci by měli být vzděláváni v problematice demence, aby dokázali porozumět potřebám klientů. Získané poznatky je nutné reflektovat v celkovém poskytování sociální služby včetně přizpůsobení prostředí cílové skupině klientů s demencí. Nezajištění vhodného prostředí totiž může být příčinou chování náročného na péči a často vede k používání restriktivních opatření, která by ve vhodném prostředí nebyla nutná (např. kapitola [Opatření omezující pohyb](#)).

#### **Opatření:**

- 32) Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobovat stádiu demence<sup>83</sup> (průběžně).**
- 33) Vzdělávat personál v oblasti specifik péče o lidi s demencí a jejich potřeb (průběžně).**

## **18. Rozhodování o sobě**

Autonomie vůle klienta se může jevit jako abstraktní pojem. Její nerespektování v praxi však znamená velmi reálné dopady na kvalitu klientova života. Spočívá v tom, že za něj rozhodují jiní, a to v situacích, kdy by byl s ohledem na míru svého postižení schopen učinit rozhodnutí sám. Hrozí, že klienti se na stáří dostanou do postavení, kdy je jejich vůle přehlížena, což vede k tomu, že postupně přichází o pocit důležitosti vlastní osoby. Klient se potom stává pouhým objektem péče.<sup>84</sup> Tato zkušenost může být velmi frustrující a může vést i k projevům agrese. Ačkoliv sám pobyt v instituci představuje určitá omezení, klient by měl mít v maximální možné míře zachovánu možnost rozhodovat o sobě.

Okamžiků, ve kterých se vůle klienta může projevit, je celá řada. Výčet začíná u zásadního rozhodnutí o nástupu do zařízení a pokračuje nejrůznějšími situacemi v zařízení. K rozhodnutím všedního dne patří možnost rozhodnout o tom, zda a kdy půjde klient ven na vzduch, ať už jde o vycházky na zahradu nebo vycházky mimo areál zařízení, vybrat si jídlo a mít výběr nápojů, které během dne popijí (voda, čaj, slazený čaj...), výběr volnočasových aktivit, možnost rozhodnout o TV programu nebo o harmonogramu dne (doba vstávání, doba ulehání do postele). Při péči o osoby s kognitivní poruchou je součástí náležité péče, aby odpovědnost za jejich každodenní rozhodnutí přebíral částečně pečující personál. Částečně znamená, že se tak děje pouze v těch oblastech, ve kterých toho kvůli nemoci nejsou schopny tyto osoby samy. Lidé s demencí ve vyšších fázích profitují spíše z šetrné individualizované aktivizace a z individualizované asistence při sebeobslužných aktivitách, jichž jsou schopni.

---

83 Potřeby klientů v jednotlivých stádiích demence popisuje např. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. op. cit.

84 Viz např. nález Ústavního soudu ze dne 22. 2. 2008, sp. zn. II. ÚS 2268/07 (N 45/48 SbNU 527), dostupný na <http://nalus.usoud.cz>, odst. 44: „... základní bázi, z níž vychází interpretace všech základních práv, se stala lidská důstojnost, která mj. vylučuje, aby s člověkem bylo zacházeno jako s předmětem...“.



Z mých poznatků vyplývá, že pro zařízení je komunikačním partnerem mnohdy spíše rodina klienta než klient sám. Někteří pracovníci uváděli, že s rodinami klientů komunikují hodně, doslova „řeší s nimi vše“. Personál například uváděl, že na to, kolik mohou klientovi vydat z depozitu jako „kapesné“, se ptají rodiny klienta. Stejně tak se na rodiny obrací s dotazem, zda by mohli vydat klientovi více peněz, pokud mu již vydaná částka nestačí. Pracovníci uváděli, že pokud by byla přání klienta a rodiny v rozporu, dají na přání rodiny. Stejně tak vyúčtování předkládají spíše rodinám.

Personál dále uváděl, že s rodinami řeší i stěhování klienta z pokoje do pokoje nebo rodina dává souhlas s užitím postranic (viz kapitola [Postranice](#)). Pochybnost vzniká i o tom, zda mohou všichni klienti rozhodovat o svém vzhledu. V záznamech péče klientky P je napsáno, že si její syn přeje objednání maminky k holiči a že si přeje, aby klientka byla ostříhána úplně na krátko. Poté je zaznamenáno, že kadeřnice klientku ostříhala na krátko, jak si syn přál. Z dokumentace však není vůbec zřejmé, že by do procesu rozhodování personál zapojil samotnou klientku P. Dle dokumentace přitom klientka sama komunikuje. **Personál by měl primárně zjišťovat a respektovat její přání.**

Do možnosti rozhodovat o sobě se promítá i nedostatek personálu. Pracovníci uváděli, že z časových důvodů například není možné upravit čas hygieny podle přání klienta, klienti nemají možnost volby jídla apod. Jeden z klientů doslova uvedl, že se jej „*nikdo nezeptá, jestli něco chce nebo nechce*“.

V individuálních plánech klientů nejsou informace o tom, co si klient dokáže rozhodnout sám, a co ne – v čem potřebuje zajistit management potřeb. V plánech péče se sice vyhodnocuje například oblast Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, dokumentace však není vedena vypovídajícím způsobem, který by personálu dával návod, jak postupovat.<sup>85</sup>

Personál by měl primárně zjišťovat a respektovat přání klientů. Není přípustné, aby je automaticky nahrazoval rozhodnutími rodiny. Domnívám se, že rozhodování klientů je ovlivněno nedostatkem personálu, kdy přání klienta ustupují zajištění chodu zařízení. (Dále odkazují na zjištění uvedená v kapitole [Průběh dne](#) a [Aktivní prožívání dne](#).) **Upozorňuji zařízení, že vnímám jako zcela nevhodné označování prostředků klienta jako kapesné. Je nutné mít na paměti, že příjem klienta je jeho majetkem, i pokud má část svých prostředků uloženu u zařízení jako depozit.**

#### Opatření:

- 34) **Respektovat důstojnost klientů a v maximální možné míře je zapojovat do rozhodování o každodenních záležitostech. V oblastech, ve kterých klientovi pokročilé onemocnění brání zcela autonomně uplatňovat svoji vůli, zajišťovat management potřeb (průběžně).**

---

85 Např. v dokumentaci klientky A je zaznamenáno, že „*nezvládá samostatné uplatňování práv a oprávněných zájmů z důvodů nedostatku sebevědomí*“. Zdrojem klientky je dle záznamu „*Klient požaduje, aby u všech jednání byl přítomen člen rodiny (bratr, švagrová)*“. Společným cílem s PSS a klienta je však „*Klient má k dispozici všechny potřebné léky a léčivé přípravky*“. Což je jistě podstatné, nicméně nepříliš relevantní pro oblast pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Neřeší se zde nijak podpora pro klienta v rozhodování o sobě.



## 19. Průběh dne

Denní harmonogram (režim) v zařízení by měl jednak respektovat princip normality a přirozený denní rytmus, jednak v maximální možné míře vycházet vstříc individuálním zvyklostem a potřebám klientů. Měl by se v něm tedy odrážet individuální přístup. Na prvním místě by měla stát potřeba klienta, která by neměla být potlačena provozními důvody ani snahou personálu vše stihnout.

Ze sdělení personálu vyplynulo, že cyklus ranní hygieny začíná ještě noční směna. Dle rozpisu museli pracovníci na noční směně v době systematické návštěvy zajistit hygienu 27 klientům ještě před začátkem denní směny v 6:30 hod. Vzhledem k tomu, že na noční směně jsou 2 až 3 PSS, **musejí hygienu začínat velmi brzy, a to již ve 4:30 hod.** Pracovníci uváděli, že s hygienami začínají vždy stejně od 4. NP a postupují dolů budovou. **Klienty kvůli hygieně probouzí.** Pokud by nechtěli vstávat, mohl by je personál přeskočit a vrátit se k nim později, nicméně pracovníci uváděli, že to kvůli časové nouzi nedělají. Dále v hygienách pokračuje denní směna.

V 7:30 se podává snídaně. Pracovníci zmiňovali jako výjimku jedinou klientku, které podávají snídani až v 9:00 hod., protože si to přeje. Po 9. hodině začínají celkové koupele klientů dle harmonogramu. Od 11:15 hod. se podávají obědy. Po obědě probíhá u další části klientů celková koupel. Nelze se divit tomu, že časy hygien a koupelí není možné posunout dle přání klientů, protože slovy personálu „*je toho moc*“. Následuje svačina ve 14:30 hod. a po té by měli mít PSS hodinu prostor na individuální aktivizaci klientů, která však závisí na časových možnostech personálu.<sup>86</sup> Večeře se podávají velmi brzy – už v 16:30 hod. Po večeřích, přibližně v 17:30 hod., začínají večerní hygieny, po nichž pracovníci ukládají klienty do lůžka. Večerní hygieny trvají až do 22. hodiny. Převlékání do nočního oděvu probíhá dle personálu po jednotlivých podlažích, nikoliv dle individuálních přání klientů. Pokud klient sám řekne, že ještě večerní úpravu nechce, přeskočí jej a pomůžou mu s ní později. Klientům pracovníci zhasínají na pokoji, když dodělají večerní hygienu – a to i u těch, u kterých ji provádí poměrně brzy. Pokud klienti chtějí, mohou sledovat televizi, číst si apod. Personál klienty nenutí k spánku.

Co se týče průběhu dne, klienti mají minimální možnosti, jak jej ovlivnit. Probouzení klientů z důvodu provedení hygieny představuje zásah do spánku, což může být zbytečně zatěžující. Je porušován přirozený rytmus dne a takový zásah může následně vyvolat neklid nebo agresivní chování. Samozřejmě je nutné zohlednit konkrétní situaci a potřeby klienta, např. aktuální střevní potíže anebo zvláštní zdravotní důvody pro častější výměnu plén. Vzbuzení velmi časně ráno je rovněž možné u klienta, který takto časně vstával celý život. Půjde však o individuální případy klientů, kteří mají mít takovou informaci zaznamenanou v individuálním plánu. **Nelze upřednostňovat rozvrh práce před spánkem klienta a jeho individuálními potřebami.** Pokud klient má nějaká přání, jako např. jít ven,<sup>87</sup> koupat se v jiný čas apod., je odkázán na časové možnosti personálu, které jsou vzhledem k jeho počtu žalostně malé. **Kvůli nedostatku personálu, velké kapacitě a prostorám zařízení je tak způsob života klientů velmi institucionální.**

86 [Aktivizaci klientů](#) se věnují samostatně v následující kapitole.

87 Omezeným možnostem pobytu venku se více věnují v kapitole [Pobyt na čerstvém vzduchu](#).



#### Opatření:

- 35) Nastavovat denní režim tak, aby respektoval princip normality a odrážel individuální přístup ke klientům (průběžně).**

## 20. Aktivní prožívání dne

Klienti se syndromem demence profitují v každé fázi svého onemocnění z jiných aktivit, čemuž 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,<sup>88</sup> 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.<sup>89</sup> 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 v době systematické návštěvy působily nově 3 aktivizační pracovníce (dříve byly pouze 2). Nově vznikla pozice vedoucí aktivizačních pracovníků, která má za úkol kontrolovat, co dělají ostatní aktivizační pracovníci, tvořit individuální plány, plánovat aktivizace apod. Pro pozici vedoucí aktivizací je vyhrazena pouze část úvazku. S ohledem na nově vzniklou pozici ještě nebylo zcela jasné, co vše bude náplní její práce. Standardně jsou v zařízení dvě aktivizační pracovníce na denní směně ve všední dny. Dobrovolníci zde nepůsobí.

V zařízení probíhají skupinové a individuální aktivizace. Aktivizační pracovníci rovněž realizují aktivity mimo zařízení, jako jsou skupinové výlety (max. pro 8 klientů) či individuální doprovody.<sup>90</sup>

V domově jsou dopolední a odpolední skupinové aktivity. Aktivity však probíhají jen ve všední dny a ty odpolední navíc neprobíhají každý den. Nabídka skupinových aktivit je poměrně pestrá (jde např. o vaření, výtvarné činnosti, poslech hudby, pěstičství, společné sledování filmů, kvízy apod.). Náplň aktivit pracovníci přizpůsobují schopnostem a dovednostem klientů. Skupinové aktivity však nejsou zdaleka dostupné všem 183 klientům. Aktivizační místnost je v zařízení pouze jedna a má kapacitu maximálně 30 míst (z toho pouze cca 16 s pracovní plochou). Na aktivity údajně chodí zpravidla stejná skupina klientů. Aktivity pro větší skupinu klientů (společenské akce jako např. ples) se konají v jídelně.

Aktivizační pracovníce dále zajišťují individuální aktivizace klientů, kteří se nemohou účastnit skupinových aktivizací. Individuální aktivity zahrnují především aktivity jako poslech hudby, luštění křížovek a povídaní, ukazování si fotografií apod. Individuální aktivity realizují aktivizační pracovníci v době, kdy nemají skupinové aktivity (nebo se na ně nepřipravují). Po-

---

88 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).

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

90 V dokumentaci klientky A je například záznam o tom, že jí aktivizační pracovníce doprovodila do knihovny.



stupně navštěvují klienty v jednotlivých podlažích a snaží se, aby v rámci jednoho týdne navštívili na chvíli každého klienta, který se neúčastnil skupinových aktivit. Aktivizační pracovníci nemají jasný rozpis klientů, které mají individuálně aktivizovat, volí je intuitivně. Záznamy o aktivizaci zanáší do systému Cygnus.

Individuální aktivizace mají zajišťovat i pracovníci v sociálních službách. Vyhrazenou mají přibližně hodinu času mezi svačinou a večerí. V tomto čase se mají klientům individuálně věnovat. Pracovníci však přiznávali, že reálně se individuálním aktivizacím věnují málokdy, protože na to většinou nemají čas. Individuální aktivizace dle pracovníků spočívají v popovídání si s klientem, uvaření kávy či odnosu špinavého prádla.<sup>91</sup> V zařízení existuje systém klíčových pracovníků. V praxi ale PSS vybírají klienty, které navštíví, dle svého uvážení a není rozhodné, zda jsou jejich klíčovými pracovníky. Pracovníci by tento individuálně strávený čas s klienty měli zapisovat do systému Cygnus, někteří ale uváděli, že záznamy příliš nedělají.

Na dotaz, jak tráví den ležící klienti, kteří se nedostanou na společné aktivity, pracovníci odpovídali obdobně. Klientům pouští televizi, ven je neberou. Z výpovědí personálu také vyplynulo, že se v zařízení nerealizuje bazální stimulace či jiná smyslová aktivizace.

Někteří dotázaní klienti uváděli, že se účastní skupinových aktivizací, pro některé naopak nebyly lákavé. Některé klienti o průběhu aktivit v domově nevěděli, případně nevěděli, kde probíhají. K individuálním aktivizacím v pokojích klienti uváděli, že za nimi pracovníci chodí jen velmi málo. Například v dokumentaci trvale ležícího klienta I byly v posledním čtvrtroce před systematickou návštěvou zaznamenány pouze 3 aktivizační činnosti (každý měsíc jedna).

Vnímám snahu aktivizačních pracovníků nabízet klientům zajímavý a pestrý program. Profitovat z něj však mohou především klienti, kteří jsou spíše samostatní, a to ani ne všichni, neboť nabídka skupinových aktivizací kapacitně nedostačuje potřebám velkého množství klientů v domově.

Nedostatek personálu a předimenzovaná kapacita zařízení se pak projevují zejména v naprostém nedostatku individuální aktivizace klientů. Pro velkou část klientů je hlavní denní aktivitou sledování televize. Pokud pracovníci navíc neprovádí individuální aktivizace systematicky, ale volí klienty libovolně, hrozí, že někteří klienti budou zcela opomíjeni.

Jsem toho názoru, že v zařízení není dostatečně zajištěna realizace cílených systematických aktivit, které by směřovaly k udržení schopností klientů, jako je péče o sebe, příprava stravy apod. Stejně tak nejsou zajištěny potřeby klientů ve vážnějším stavu (trvale ležících, v pokročilých stádiích demence apod.), kteří by profitovali z individuálních aktivizací, např. ze zavedení bazální stimulace.

#### **Opatření:**

- 36) Zajišťovat nabídku aktivit, která odpovídá počtu klientů a jejich individuálním potřebám s důrazem na specifika jejich zdravotního stavu (průběžně).**

---

91 Odnos špinavého prádla z pokoje klienta nelze vnímat jako aktivizační činnost.



## 21. Klienti s chováním náročným na péči

Poskytovatel je ze zákona povinen poskytovat službu individuálním, důstojným způsobem a vytvořit takové podmínky, jež klientům umožní naplňovat jejich lidská i občanská práva a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby.<sup>92</sup> Z tohoto požadavku vyplývá povinnost prevence a zvládnutí náročného chování klientů, a to přirozeně u poskytování služby domov se zvláštním režimem, kde cílová skupina je zvýšeně ohrožena poruchami chování způsobenými jejich onemocněním. V opačném případě může nezvládnuté náročné chování klienta ohrozit soužití obyvatel služby, bezpečnost a také kvalitu života samotného klienta. Přitom je třeba klást důraz na povinnost zařízení poskytovat sociální služby způsobem, který předchází situacím, v nichž je nezbytné použít opatření omezující pohyb.

Dotázaní pracovníci uváděli, že v zařízení nežijí klienti s chováním náročným na péči. Jen několik zaměstnanců zmínilo některé projevy agrese mezi klienty nebo směrem k personálu.

Z předložené dokumentace přitom vyplývá, že v zařízení k agresivním projevům klientů nezdědka dochází. Například klientka Q měla dle dokumentace opakovaně slovně i fyzicky atakovat spolubydlící. Zařízení agrese konzultovalo s dcerou klientky a situace skončila hospitalizací klientky Q v psychiatrické nemocnici. Po návratu klientky se útoky neopakovaly, klientky již ostatně nebydlí spolu. **Z dokumentace však nevyplývá, že by zařízení pátralo po příčinách agrese či se jí snažilo předcházet. Incidentsy mezi klientkami rovněž nebyly evidovány jako mimořádné události.**

Další záznamy hovoří o incidentech mezi klientkou P a klientkou R. První incident se odehrál 6. ledna 2023, kdy klientka P slovně i fyzicky napadala klientku R. Dne 8. ledna 2023 se opakovala slovní agrese. Poté dne 1. února 2023 byla klientka P opět agresivní a napadala klientku R. Když jí personál upozornil, že se takto nemůže chovat, chtěla napadnout i personál. Z dokumentace vyplývá, že zařízení řešilo situaci přestěhováním klientky R do jiného pokoje. Ze dne posledního incidentu je v dokumentaci klientky P *Záznam z případové konference*, který ale obsahuje pouze popis situace, že klientka je agresivní, a když jí personál upozornil na nevhodné chování, pokusila se napadnout personál. Ze záznamu není zřejmé, zda skutečně případová konference proběhla, a zejména jaká opatření zařízení přijalo. Zápis o mimořádné události vznikl až dne 1. února a je v něm popsán i incident ze dne 6. ledna. Slovní útok ze dne 8. ledna zaznamenaný jako mimořádná událost není. V dokumentaci napadené klientky R je zanesen pouze incident z února, ty lednové zcela chybí. O situaci zařízení vyrozumělo příbuzné obou klientek.<sup>93</sup> **Z dokumentace celkově není zjevné, jak byl řešen první incident a jaké kroky provedlo zařízení, aby se situace neopakovala. Stejně tak z ničeho nevyplývá, že by zařízení zjišťovalo, co je příčinou agresivity klientky P, zda jde o projev její nemoci, neřešené bolesti, konflikty se spolubydlící apod. Zařízení nezkoumalo, jak je možné situaci předcházet.**

V evidenci mimořádných událostí je i záznam o tom, že klientka S slovně napadala klientku T. Dle zápisu o tom klientka T chtěla říct opatrovníkovi a jednat s ním o odchodu ze zařízení.

92 Ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.

93 U klientky R se příbuzných dotazovali, zda se stěhováním souhlasí.



V záznamu mimořádné události v sekci *Kdo byl o události informován?* však nikdo vyplněný není. Z celého záznamu není zřejmé, že by byl opatrovník vyrozuměn dle přání klientky. **Upozorňuji zařízení, že pokud klient chce jednat se svým opatrovníkem, musí mu to zařízení umožnit a pomoci mu kontakt zprostředkovat.**<sup>94</sup>

V dokumentaci klientů, v denních hlášeních a evidenci mimořádných událostí jsou i další záznamy o projevech agresivního chování klientů, které se staly v uplynulém roce před návštěvou. Jedná se například o situaci, kdy klient škrtil jiného klienta, jiný klient škrtil pečovatelku apod. Část z těchto incidentů zařízení vůbec neviduje jako mimořádné události, záznamy jsou pouze v sešitu denních hlášení. **Častý je přitom záznam, že klienti byli poučeni o nevhodném chování a v některých případech personál informoval klienty o možnosti ukončení jejich pobytu v zařízení.**

V evidenci jsou zaznamenány i mimořádné události, které se týkají klientů, kteří nebyli na aktuálním seznamu klientů DZR. Ze záznamů je zřejmé, že se zařízení v minulosti u klientů potýkalo s nadměrnou konzumací alkoholu či s opakovaným kouřením uvnitř budovy. Řešení situace se dle záznamů omezuje opět pouze na poučení klientů o nevhodnosti jejich chování, případně na pohrůžku ukončením smlouvy.<sup>95</sup> Z dokumentace však nevyplývá, že by se zařízení pokoušelo řešit problém klientů jakkoli jinak, například zprostředkováním adiktologické péče.

Zařízení nemá zpracovaný žádný metodický dokument, který by personálu dával návod, jak v případech náročného chování klientů postupovat.<sup>96</sup> Personál uváděl, že nemá školení na zvládnání agrese klientů a obdobných situací. Pracovníci v přímé péči popisovali, že by postupovali intuitivně, pokusili by se klienta zklidnit například pohlazením, případně by se s žádostí o pomoc obraceli na zdravotní sestry. Personál také sděloval, že nedokáže rozeznat původ projevů klienta, zda je změna v chování způsobena tím, že mu něco vadí, bolí, nebo se jedná pouze o projev demence. Jeden z pracovníků výsledně uvedl, že „*neřeší, jestli je to projev onemocnění nebo něco jiného, prostě se snaží klienty zklidnit*“.

Je zarážející, že část personálu uváděla, že klienti s projevy chování náročného na péči v zařízení nejsou, ačkoliv je zřejmé, že k incidentům dochází. Agrese mezi klienty se zpravidla řeší stěhováním klientů od sebe. Častý je záznam o tom, že klient je poučen o nevhodném chování; výjimkou není pohrůžka výpovědí smlouvy. Zařízení však nezkoumá, proč se klient takto chová a jak tomu předcházet.

**Jakékoliv negativní hodnocení klientů za projevy jejich onemocnění či ignorování jejich projevů považuji za nepřijatelné.** Takový přístup může vést k opomíjení potřeb klienta, případně jej podněcovat k dalším projevům náročného chování. Vzniká tak riziko nejen zanedbání potřebné péče, ale i zhoršování jejich psychického stavu. Jsem přesvědčen, že neschopnost náročnému chování klientů předcházet či na něj správně reagovat vychází z nedostatečné znalosti problematiky náročného chování klientů s demencí obecně a z nedostatečného povědomí personálu o individuálních potřebách klientů.

94 Dle § 50 odst. 2 písm. h) zákona o sociálních službách.

95 V dokumentaci klientů jsou záznamy jako: „*Byl seznámen, že mu může být udělena výpověď ze zařízení.*“, „*Udělena výtka + omluva.*“, „*Poučen, že při opakovaném porušení budou vyvozeny důsledky*“.

96 Jak přistupovat k chování náročnému na péči popisují např. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Op. cit.





Někdy zařízení kontaktuje rodiny klientů. Obsah dokumentace vzbuzoval pochybnost o tom, zda zařízení v některých případech na rodiny nepřenáší odpovědnost za řešení náročného chování klientů. Poskytovatel by však neměl přenášet řešení náročného chování na jejich rodiny, ale má mu přednostně předcházet a řešit je sám. Agresivní projevy zároveň nejsou důkladně dokumentované.

#### Opatření:

- 37) Vzdělávat a jednotně metodicky vést personál ve zvládnání náročného chování klientů s demencí. V rámci toho zahrnout možné projevy tohoto chování a plány péče zaměřené na prevenci a nerestriktivní řešení (průběžně).**
- 38) Projevy chování náročného na péči řádně dokumentovat (průběžně).**

## 22. Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny patří mezi základní lidské biologické potřeby. 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.<sup>97</sup>

Ranní hygiena<sup>98</sup> u klientů, kteří potřebují podporu právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,<sup>99</sup> večerní hygiena<sup>100</sup> zase každý večer.<sup>101</sup> Taktéž je zásadní provádět každý den intimní hygienu.<sup>102</sup> Je rovněž důležité, aby personál domova u klientů zajistil i tzv. **celkovou 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.<sup>103</sup> 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. Pokud klient některé hygienické úkony, například čištění zubů, opakovaně odmítá, měl by personál zjišťovat důvody jeho postoje a systematicky pracovat na jeho změně. Měl by tak činit o to intenzivněji, pokud zanedbáním hygieny klient ohrožuje zdraví

---

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

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

99 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

101 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

102 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

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



své, zdraví ostatních klientů (například šířením infekčních onemocnění) a narušuje soužití v domácnosti (kupříkladu zápachem).

K zajištění hygieny jsou využívány koupelny v pokojích klientů. V koupelnách jsou bezbariérové sprchy. Míra potřeby podpory se u klientů liší. Někteří klienti se zvládají koupat sami, někteří potřebují pomoc a některé zcela koupe personál. Klienti, kteří jsou schopni se koupat sami, si i sami rozhodují o tom, jak často se chtějí koupat. Klienti, kteří potřebují pomoc nebo je zcela umývá personál, mají celkovou koupel 1x týdně dle rozpisu a navíc v případě potřeby. Celková koupel zahrnuje také mytí vlasů a stříhání nehtů.

Jako problematické vnímám brzké buzení klientů kvůli zajištění hygieny (viz kapitola [Průběh dne](#)). V zařízení není prostor pro změnu času hygieny podle přání klienta. Klient si může dle personálu změnit pouze den koupání, nikoliv čas koupele ve dni, protože už by se nestíhala jiná práce.

Na zajištění hygieny směřují i některé zaznamenané stížnosti. V jednom případě si rodina klienta stěžovala, že klient byl vykoupán 1x za 2 týdny z důvodu nedostatku personálu. Kniha stížností obsahuje stížnost, dle které v zařízení 14 dnů netekla teplá voda, a klienti se proto nemohli koupat. Dvě oslovené klientky v rozhovorech nezávisle na sobě sdělily, že by se rády koupaly a myly si vlasy častěji. Personálu to však nesdělily, protože na ně prý „nemá čas a nechtějí otravovat“.

Zajištění hygieny je, stejně jako zajištění ostatní péče, limitováno nízkým počtem personálu pro mnoho klientů. Domnívám se, že základní nastavení služby by mělo klientům umožňovat celkovou koupel alespoň 2x týdně.

#### **Opatření:**

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

## **23. Inkontinence a její prevence**

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.<sup>104</sup>

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.

---

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



V zařízení žijí klienti s různým stupněm inkontinence. Inkontinenční pomůcky se u klientů liší podle jejich potřeb. Personál nemá žádné zadání, komu z klientů připomínat jít na toaletu, některým klientům to připomínají intuitivně. U žádného z klientů neprobíhá mikční trénink.

Výměna inkontinenčních pomůcek má dle personálu probíhat standardně 3x denně a v případě potřeby. Dle jednoho z pracovníků mění inkontinenční pomůcku v případě potřeby, pokud klient zmáčkne signalizaci. Pokud klient nezvládne stisknout signalizaci, mění mu je 3x denně. Někteří klienti však nemají signalizaci k dispozici nebo ji nedovedou ovládat (viz kapitola [Signalizace](#)). Pověření pracovníci Kanceláře v průběhu systematické návštěvy opakovaně zaznamenali zápach moči a stolice na různých místech zařízení. Na nedostatečnou výměnu inkontinenčních pomůcek směřuje i stížnost dcery jedné z klientek, která uvádí, že její matka měla mj. pomočené pleny a personál je neměnil.<sup>105</sup>

**Nabyl jsem dojmu, že u části klientů neprobíhá výměna inkontinenčních pomůcek dostatečně často, neboť to personál nestíhá.** Neprobíhá zde ani systematická práce na udržení nebo posílení kontinence klientů. Možným důsledkem například je, 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 mikce u klientů, kteří si to budou přát,<sup>106</sup> a zajistit tak, že klientům bude poskytována potřebná míra podpory v této oblasti.

#### Opatření:

- 40) **Výměnu inkontinenčních pomůcek přizpůsobovat potřebám klientů, nikoliv provozním potřebám zařízení (průběžně).**
- 41) **Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (průběžně).**

---

105 Ve stížnosti je zaznamenáno: „Dne 9. 2. 2020 v 13 hodin jsme byly za maminkou, péče žádná, pomočené pleny, žádné pití, matka neoblečená. Žádná péče. Byla jsem tu dost dlouho a žádný zájem. Budu to řešit jinou cestou.“

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



## 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.

### 24. Soukromí v pokoji a při hygieně

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.

#### 24.1 Soukromí v pokoji

V zařízení jsou převážně dvoulůžkové a v menší míře jednolůžkové a třílůžkové pokoje. Klienti si mohou dle vlastního uvážení pokoje zamykat. Personál může pokoj kdykoliv odemknout. Klienti si mohou zamykat skříňku nočního stolku, šatní skříň uzamknout nelze.

Dle zaznamenaných stížností jsou velmi častým problémem ztráty věcí klientů, zejména oblečení a dalších osobních věcí. Domnívám se, že uzamykatelné noční stolky nestačí k bezpečnému uložení věcí klientů. Zařízení by mělo klienty vést k bezpečnému ukládání svých věcí, pomoci by mohlo, pokud by klienti mohli uzamykat i šatní skříň. Stejně tak je třeba zajistit bezpečný proces praní prádla a jeho navrácení klientům.

#### 24.2 Soukromí při hygieně

Klienti využívají koupelny s toaletou, které jsou součástí pokojů. Část koupelen není možné zamykat. Nemožnost zamykání se v některých případech nejeví jako opodstatněná, protože klienti mohou zamknout svůj pokoj, ale koupelnu nikoliv. Koupelny, které nelze zamykat, nemají ani označení, například cedulky obsazeno/volno, které by napomohlo zajištění soukromí.

U části klientů probíhá hygiena a výměna inkontinenčních pomůcek v lůžku. Pouze v některých pokojích jsou k dispozici závěsy mezi lůžky. Personál přiznával, že závěsy či paravány při výměně inkontinenčních pomůcek a hygieně v lůžku nevyužívá. To potvrdili také oslovení klienti. **Důrazně doporučuji, aby personál při hygienických úkonech věnoval zvýšenou pozornost soukromí a důstojnosti klientů a byl důsledný v používání zástěn a závěsů.**



#### Opatření:

- 42) Zajišťovat možnost bezpečného ukládání věcí klientů a předcházet jejich ztrátám (průběžně).
- 43) Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání koupelen, a to na základě vyhodnocení jejich individuálních schopností (do 3 měsíců).
- 44) V pokojích s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny a při ošetřovatelských úkonech zástěnu nebo jinou formu zastínění (průběžně).

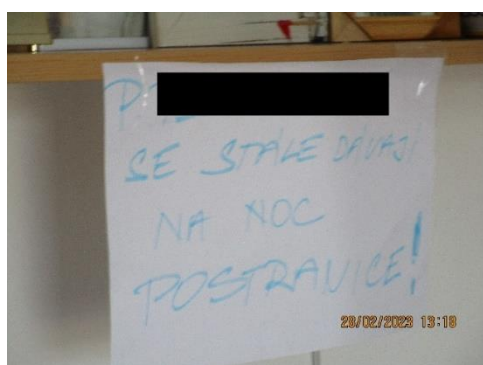
## 25. Pokyny k péči

Součástí soukromí klientů jsou i informace o jejich zdravotním stavu a dalších potřebách péče. Na dveřích pokojů jsou u jmen klientů označené barevné tečky a nápisy. Červená tečka znamená, že je klient diabetik, černá tečka, že užívá inzulín, „J“, že se stravuje v jídelně, G – geriatrická strava, ML – mletá strava, MIX – mixovaná strava. Na dveřích pokojů jsou i další informace, třeba o tom, že klient nejí ryby nebo si nepřeje být rušen po 20. hodině. **Tyto informace jsou viditelné všem, kdo prochází okolo pokoje, a narušují tak soukromí klientů.**



Obrázek 20: Označení na dveřích pokoje

V některých pokojích měli zaměstnanci pokyny k péči vyvěšené na policičce nad lůžkem klientky nebo na dveřích koupelny. Byly zde také čárové kódy, které slouží k zaznamenávání provedených úkonů, viditelně vylepené na přední straně skříní.



Obrázek 21: Pokyny k použití postranic nad lůžkem klientky



Obrázek 22: Čárové kódy

Personál uváděl, že pokyny vyvěšují z důvodu náročnosti směny, kdy PSS nemají prostor pro to, aby nahlíželi do rozpisu či dokumentace klientů. **Takovéto označení hodnotím jako ústavní a nedůstojné. Projevuje se zde opět nedostatek personálu, který se v časové tísní pokouší zajišťovat potřeby velkého množství klientů.**



## Bezpečnost a pojistky v průběhu pobytu

### 26. 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 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.

Pokoje i koupelny a toalety jsou vybaveny signalizačními zvonky. V některých pokojích, které byly původně koncipované jako dvoulůžkové a kapacita byla navýšena na třílůžkové, jsou pouze dvě signalizace. Pracovníci mají k dispozici také náhradní zvonky, které využívají, pokud by signalizace u nějakého klienta nefungovala.

Někteří ležící klienti měli signalizaci (ovladač) natáhnutý k madlu nad postelí, jiní však měli tento ovladač za čelem postele na zdi (či za závěsem), takže by na něj v případě potřeby nedosáhli. Během návštěvy sedělo také několik klientů v křesle, ve kterém byli fixováni pásem proti pádu. Pokoje byly zavřené a klienti neměli dostupnou signalizaci, což je vysoce rizikové (viz kapitola [Fixace v křesle](#)).



Obrázek 23: Umístění signalizace

Dalším nedostatkem signalizace je, že je signál vyveden do denní místnosti PSS. Pracovníci jsou však většinu času mimo svou pracovnu kvůli péči o klienty. Pověření zaměstnanci Kanceláře se pokusili signalizaci použít, personál reagoval až za 5 minut. Ze záznamů denních hlášení a sdělení některých klientů vyplývá, že se klienti někdy nemohou dovolat pomoci personálu (např. klientka, která si nakonec přivolala složky integrovaného záchranného systému sama – viz kapitola [Akutní stavy a úrazy v noci](#)).



Upozorňuji zařízení, že by všichni klienti, kteří mají obtíže s pohybem, měli mít signalizaci dostupnou z lůžka.<sup>107</sup> Pro zajištění bezpečnosti je rovněž nutné, aby na přivolání klientů personál reagoval. Na trhu existují řešení pro situace, kdy je personál mimo pracovnu, jako je světelná signalizace u pokojů klientů či pager.

#### Opatření:

- 45) **Zajišťovat funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou s ohledem na svůj stav schopni je ovládat, a realizovat systematický nácvik využívání signalizace (průběžně).**
- 46) **Umísťovat signalizační zařízení tak, aby na ně klienti dosáhli z lůžka (průběžně).**
- 47) **Na volání klientů včas reagovat (průběžně).**

## 27. Pády

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).<sup>108</sup> 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 příště předejít. Do tohoto procesu by měl být zapojen celý pečující tým.

U klientů s vysokým rizikem pádu je nutné nastavit preventivní opatření, jako je 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.

Pády během dne řeší zdravotní sestry, které vyhodnotí další postup, v noci a mimo pracovní dobu sester je toto rozhodnutí na pracovnících v sociálních službách (viz kapitola [Akutní stavy a úrazy v noci](#)).

Riziko pádů je hodnoceno v systému Cygnus, stejně tak jsou do něj evidovány jednotlivé pády. Systém Cygnus sám tvoří statistiky o tom, jak a kde k pádům dochází. Příčiny pádů i místa pádů jsou ale zaznamenávány pouze obecně. U místa pádu je vždy zaneseno jen pokoj/chodba/koupelna/mimo zařízení. Pracovníci uváděli, že mají vytipované spíše rizikové klienty. **Domnívám se, že vzhledem k obecnému popisu příčin a lokace pádu nejde určit konkrétní rizikové situace a místa.**

Z 25 prostudovaných protokolů o pádech vyplývá, že jen v jednom případě byla u klienta provedena změna plánu rizika pádu. Ve všech ostatních případech je uvedeno, že nebude provedena změna plánu a nebude přehodnocován formulář rizika pádu. **Jsem přesvědčen,**

107 Doporučený postup MPSV č. 2/2016, s. 30.

108 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.



**že by měl být plán rizika pádu přehodnocen vždy po pádu klienta a vždy by měl být sestaven individuální plán pro další postup prevence pádu.**

Celkově je pro účinné řízení rizika pádů 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.**

**Opatření:**

**48) Systematicky evidovat a vyhodnocovat pády klientů (průběžně).**

**49) Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (průběžně).**

## 28. 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.<sup>109</sup>

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

Podávání stížností se věnuje standard kvality č. 7,<sup>110</sup> ovšem pouze povrchně. Uvádí, že podání stížnosti je možné ústně, písemně, telefonicky, prostřednictvím e-mailu, i to, že lhůta pro vyřízení stížnosti je 30 dnů. Ze standardu však není zřejmé, kdo stížnost vyřizuje nebo jaký postup má uplatnit pracovník s ústní stížností. Je zde pouze obecné konstatování, že všechny stížnosti jsou evidovány a prošetřeny. Není také zřejmé, jak často se vybírá schránka důvěry. Standard také uvádí, že „*při vyřizování stížnosti se všichni zaměstnanci řídí metodickým pokynem – Pravidla při vyřizování stížností*“. Takový metodický pokyn však v zařízení neexistuje. Prakticky stejné informace jako standard kvality č. 7 obsahuje i *Domácí řád*, který je vyvěšený na nástěnkách zařízení, nikoliv u schránky na stížnosti.

Standard také mezi možnostmi odvolání jmenuje Kancelář veřejného ochránce práv. Upozorňuji zařízení, že ochránci zákon<sup>111</sup> 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 práce a sociálních věcí. Zařízení by mělo tuto informaci a kontaktní údaje doplnit.**

V zařízení lze podat stížnost písemně a ústně. K podání písemných stížností slouží schránka přání a stížností a kniha přání a stížností. Kniha stížností je uložena na recepci. Schránka na stížnosti je v zařízení pouze jedna. Je umístěná v prostoru před recepcí u vchodu do budovy. Tento prostor je frekventovaný, sleduje jej recepční i kamera. **Umístění knihy stížností**

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

110 Standard kvality poskytovatele SQSS/DZR/07 „*Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby*“.

111 Zákon o veřejném ochránci práv.





**a schránky neumožňuje podat stížnost nepozorovaně, stejně tak se ke schránce nedostanou klienti se zhoršenou mobilitou z vyšších pater.** Uzamčená schránka navíc nedoléhá, lze do ní vsunout prst a stížnost vyndat.



Obrázek 24: Schránka na stížnosti



Obrázek 25: Schránka na stížnosti

U schránky i knihy stížností zcela chybí informace, jak bude se stížností naloženo, kdo ji vyřídí apod. Schránka se dle sociálních pracovníků vybírá 1x za měsíc. V kombinaci s lhůtou pro vyřízení stížnosti, která je 30 dnů, **se tak může stát, že stížnost klienta bude vyřízena po dvou měsících od podání, což není efektivní.**

Klienti si mohou stěžovat i ústně. Několik pracovníků nezávisle na sobě potvrdilo, že pokud si klient stěžuje ústně, nezaznamenává se stížnost v evidenci stížností, ale zapisuje se pouze do záznamu péče v systému Cygnus. Zapisuje se tam i to, jak se věc dále řeší. Do záznamu péče se však zapisují i další informace o klientovi, které postupem času stížnost odsouvají. **Hrozí tak, že stížnost, která je pouze v záznamu péče, zapadne.**

Vyřizování stížností mají na starosti různí pracovníci. Podle personálu je někdy vyřizuje ředitel, někdy sociální pracovníce, někdy zdravotní sestry (záleží na povaze věci). Personál také uváděl, že pokud by stížnost byla na konkrétního pečovatele, tak „si to mohou vyřídit sami“ (myšleno klient a PSS). **Takový postup považují za nesprávný, neboť nedává žádnou záruku, že pečovatel, který pochybil, stížnost zaeviduje a efektivně vyřeší. Vedení zařízení se o takové stížnosti nemusí vůbec dozvědět a nemůže také zabránit případným odvetným krokům pracovníka.** Takový postup také přímo odporuje vnitřním předpisům zařízení.<sup>112</sup>

Ředitel zařízení uváděl, že vyřízení stížnosti se řeší s klientem, který ji podal. Pokud by se klient nepodepsal, stížnost by jen předal pracovníkům, kterých se týká, případně ještě sociálním pracovnícům. **Za nedostačující považují, že u některých stížností v knize stížností zcela chybí informace o tom, zda byla vůbec vyřízena, případně kdo, kdy a jak ji vyřídil.**

Někteří oslovení klienti nevěděli, jak by si mohli stěžovat, případně nevěděli o tom, že je v zařízení schránka na stížnosti. Sdělení některých klientů i kniha stížností dokumentují, že někteří klienti nejsou spokojeni s tím, jak byla jejich stížnost vyřízena. Jeden klient uvedl, že se klienti, včetně něj, bojí si stěžovat. Ředitel zařízení má údajně na stížnosti reagovat tak,

112 Metodický pokyn (MP/DZR/03) – Konkrétní situace, kdy může dojít ke střetu zájmů, uvádí situaci: „Klient si stěžuje na zaměstnance a má obavy z následků: Klient nemusí mít obavy. Zaměstnanec, kterého se stížnost týká, stížnost nikdy nevyřizuje. Zaměstnanec zůstává v přístupu k danému klientovi profesionální a vlídný, a nijak nedává najevo své případné negativní emoce. Postup pro vyřizování stížností upravuje příslušný metodický pokyn.“ Příslušný metodický pokyn neexistuje.



že „pokud se klientům něco nelíbí, nemusí v zařízení být“, což vnímají jako pohružku ukončením smlouvy. Jsem si vědom, že se jedná o tvrzení, které není možné zcela ověřit. Vzhledem k výše popsané praxi přístupu zařízení ke klientům s chováním náročným na péči<sup>113</sup> se však nejeví jako zcela nereálné. **Důrazně proto upozorňuji ředitele zařízení, že takový postoj by byl zcela nepřijatelný a přímo odporující snaze o kvalitní poskytování sociální služby.**

Celkově je stížnostní mechanismus nedostatečný. Zařízení musí klientům umožnit efektivní podávání stížností, což může zahrnovat i anonymní podání.<sup>114</sup> Pro klienty, kteří jsou schopni vyjádřit svou vůli písemně, může být schránka na stížnosti takovou možností. V každém případě však musí být schránky na stížnosti zamčené, označené, umístěné na klientům volně přístupném místě (dosažitelném i pro klienty na vozíku) a musí být opatřené informací, kdo a jak často jejich obsah vybírá. Zvláštní pozornost proto musí být věnována formě tohoto poučení, která musí odpovídat zhoršeným schopnostem porozumět. Může se jednat například o zjednodušený text, myšlenkovou mapu, infografiku s piktogramy apod. Schránku je rovněž důležité umístit na méně frekventované místo, které není pod dohledem personálu a kamer, aby byla zachována důvěrnost podání a anonymita stěžovatele. Jedině tak lze říci, že stížnostní mechanismus je účinný a skutečně přístupný. Za správné dále považuji, pokud je informace o podávání stížností předávána také ústně, a to nejen při nástupu do zařízení, ale i v průběhu samotného pobytu, neboť někteří klienti již nechtou a o možnosti stěžovat si nevědí.

Tyto schránky má také personál vybírat tak často, aby mohly být stížnosti řešeny včas, tzn. nejlépe minimálně 1x týdně.

Zařízení musí také nastavit transparentní postup pro zpracování stížností, ve kterém bude jasné, kdo je za vyřízení stížnosti odpovědný. Není přitom přípustné, aby stížnost s klientem řešil sám pracovník, na kterého stížnost směřuje. Personál musí mít jasné zadání, jak má se stížností klienta naložit a komu věc hlásit. Všechny stížnosti musejí být také řádně evidované.

U klientů v pokročilejší fázi demence, kteří již nedokáží formulovat své stížnosti písemně, je zapotřebí zajistit alternativní způsob ověřování jejich spokojenosti. To vyžaduje trpělivé pátrání, naslouchání, sledování slov i mimoslovní komunikace a adekvátní reakci.<sup>115</sup>

Vzhledem k množství pochybení v oblasti stížnostního mechanismu by zařízení mělo celý systém revidovat, vytvořit metodický postup pro podávání stížností v zařízení a o fungování stížnostního mechanismu edukovat personál i klienty.

#### Opatření:

- 50) Revidovat stížnostní mechanismus, vytvořit metodický postup pro podávání stížností a o fungování stížnostního mechanismu edukovat personál i klienty (do 3 měsíců).**

---

113 Zařízení klienty za nežádoucí chování kárá a upozorňuje je na možné ukončení smlouvy.

114 Ministerstvo práce a sociálních věcí. Standardy kvality sociálních služeb, Výkladový sborník pro poskytovatele. Praha, 2008, s. 35 a 109. Dostupný z [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4\\_vykladovy\\_sbornik.pdf/7fcc2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4_vykladovy_sbornik.pdf/7fcc2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d9).

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



- 51) Zřídit schránky na stížnosti, které budou volně přístupné klientům; poblíž schránek umístit návod k podání stížnosti, a to i ve zjednodušené podobě (do 3 měsíců).**
- 52) Klienty opakovaně informovat o možnosti stěžovat si (průběžně).**



## Personál

---

### 29. 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.<sup>116</sup> 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.

V průběhu systematické návštěvy jednal personál s klienty v zásadě slušně a uctivě. Pracovníci klientům vykali a oslovovali je příjmením či křestním jménem. To, jak si přejí být klienti oslovováni, je zaznamenáno v jejich dokumentaci.

Pověření zaměstnanci Kanceláře však zaznamenali i několik excesů. Jednu klientku, která si lehala na zem na chodbě, pobízeli pracovníci k tomu, ať vstane slovy „*vždyť ty jsi hodná holka [oslovení zdvořilou křestního jména]*“. Klientka je přítom dospělá žena. Někteří členové personálu používali nedůstojné výrazy jako „přebalovat“, „krmit“, „čajovat“ či pobízeli klienta k jídlu slovy „ňamky“. Ne všichni pracovníci klepali na dveře pokojů klientů, než do nich vstoupili.

Dotázaní klienti také uváděli, že na ně personál nemá čas. Jeden z klientů uvedl, že personál občas dělá, že požadavky klientů neslyší, „*a hned je z pokoje pryč*“. Zaměstnanci Kanceláře byli svědky situace, kdy klientka promluvila na procházející pracovníci – říkala jí, že chce někam jít. Pracovnice ale pořád pokračovala v chůzi a hlasitě zavolala, že to musí zvládnout sama, že ona na to nemá čas. Když klientka sdělila, že to sama nezvládne, tak už byla pracovnice daleko a jen zavolala „*Ale jo!*“. Během návštěvy se také sociální pracovnice zamkly v kanceláři, protože tam prý opakovaně chodil klient, který chtěl peníze, ačkoliv žádné neměl.

Vnímám, že personál zařízení je velmi vytížený, přesto je nutné, aby ke klientům zachovával vždy důstojný a vstřícný přístup.

**53) Soustavně edukovat personál o nezbytnosti chovat se ke klientům s respektem jako k dospělým lidem a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (průběžně).**

### 30. Personální zajištění

Pouze s odpovídajícím počtem odborně vzdělaných pracovníků může být klientům poskytována kvalitní a dostatečně individualizovaná podpora, namísto pouhého zajištění jejich základních potřeb. Nedostatek personálu vede naopak k tomu, že organizace péče se podřizuje možnostem personálu a nikoliv individuálním potřebám klientů.

---

<sup>116</sup> Toto pravidlo zaznělo jako jeden ze závěrů konference Alzheimer Europe „Living well in a dementia-friendly society“ pořádané v říjnu 2013 na Maltě.



V předchozích kapitolách jsem popsal velké množství pochybení zařízení. Pro drtivou část z nich je společné to, že jsou zapříčiněna nedostatkem personálu, který tak pečuje o více klientů, než je zvládnutelné. Nejrizikovější je situace v průběhu dvanáctihodinové noční směny, kdy o 183 klientů pečují pouze 2 až 3 pracovníci v sociálních službách a v zařízení není žádný zdravotník. Dochází tak k situacím, kdy se klienti v noci nemohou dovolat pomocí.

Ani zajištění péče přes den není dostatečné. Přes den je ve službě 3 až 6 zdravotních sester. Zároveň slouží 6 až 7 pracovníků v sociálních službách, jejich vedoucí (které s přímou obslužnou péčí občas vypomáhají, ale není to jejich primárním úkolem) a případně pomocná síla (která má za úkol například chystání čaje, dezinfekci stolků apod., ale nedělá přímou obslužnou péči). Na jednom podlaží tak přes den pracují max. 2 PSS + vedoucí PSS + pomocná síla, která ale nebývá ve všech podlažích. V praxi dochází i k výpadkům personálu (nemoci apod.). V době systematické návštěvy tak byli na 2. NP, kde žije 56 klientů, pouze 2 PSS na denní službě. Aktivizační pracovníci v počtu 2 (+ vedoucí) nemohou zajistit adekvátní aktivizaci pro 183 klientů. Péče o víkendech je ještě okleštěnější, neboť v zařízení nejsou pomocníci, vedoucí PSS ani aktivizační pracovníci.

Pracovníci přiznávali, že je současné personální zajištění nedostatečné a poskytování péče je velmi náročné. Uváděli, že je jich opravdu málo, péče se často nedá skoro stihnout, nemají prostor se klientům dostatečně věnovat. Někdy je nutné přizpůsobovat péči tomu, aby se vše stihlo. Některé úkony se tak přesouvají mezi denní a noční službou, což má vliv na denní rytmus klientů. O nedostatcích svědčí i sdělení klientů, že na ně personál nemá čas, stejně jako evidované stížnosti na kvalitu služby.

Z rozhovorů také vyplynulo, že se zařízení potýká s velkou fluktuací personálu. Zaučování nových pracovníků přenáší na již tak velmi vyčerpáný personál další zátěž. Jeden z pracovníků to popisoval tak, že sloužit s novým kolegou je jako sloužit na celém podlaží sám. Nedostatek personálu si je vědomé i vedení zařízení. Ředitel sdělil, že v současnosti hledají pracovníky téměř na všechny pozice včetně provozu. S nedostatkem personálu se ale dle něj potýkají dlouhodobě.

Věřím, že zajištění dostatečného počtu personálu není snadné. Je však zcela zásadní pro zabezpečení péče o klienty. Jak je popsáno, nedostatek personálu dopadá na klienty v mnoha oblastech. Práce je ale náročná i pro stávající personál, který pracuje v neustálé časové tísní, která vede k porušování standardů a nemožnosti klientům věnovat dostatek podpory a péče.

#### **Opatření:**

- 54) Zajistit dostatek zdravotních sester na denní i noční službě. Zajistit, aby práci zdravotní sestry vykonával vždy pouze pracovník s dostatečnými kvalifikačními předpoklady (bezodkladně).**
- 55) Zajistit dostatečný počet pracovníků v sociálních službách v průběhu noční i denní služby (bezodkladně).**



## Celkové hodnocení zařízení

---

Aktuální pojetí velkokapacitního zařízení neumožňuje žít klientům způsobem, který by odpovídal principu normality. Je zcela nemožné, aby personál ve stávajícím počtu poskytoval klientům individualizovanou péči. Celkově má poskytovaná služba nyní velmi nízkou kvalitu a současné fungování zařízení není udržitelné. Pokud poskytovatel nedokáže zajistit dostatek personálu a kvalitní péči pro klienty, měl by se vydat cestou snížení kapacity zařízení až na takový počet klientů, pro který dokáže individualizovanou péči zajistit. Prostředí zařízení i celková organizace služby by měla odpovídat cílové skupině klientů s demencí.

Vzhledem k neuspokojivému poskytování služby žádám poskytovatele, aby předložil do 2 měsíců přesvědčivý plán celkové sanace nedostatků v zařízení. Očekávám, že plán bude obsahovat výhled optimálního personálního zajištění, případně informaci o tom, že se zařízení vydává cestou snížení kapacity. Plán by měl obsahovat také výhled a způsob naplnění jednotlivých opatření, která v této zprávě formuluji, a popis již naplněných opatření. Naplnění 56 opatření bude trvat dlouho a představuje velký objem práce. Proto vytyčuji nejnaléhavější opatření, ke kterým by se měl plán sanace vyjadřovat zejména:

- zajištění dostatečného počtu personálu na denní i noční službě (opatření č. 54 a 55);
- zajištění volného pohybu klientů a pobytu na čerstvém vzduchu (opatření č. 5–8);
- používání opatření omezujících pohyb osob (opatření č. 11–15);
- používání prostředků prevence pádu (opatření č. 16–22);
- zajištění bezpečného nakládání s léky (opatření č. 23–25);
- zajištění prevence malnutrice (opatření č. 26 a 27);
- nastavení služby, aby odpovídala potřebám klientů se syndromem demence (opatření č. 32 a 33);
- nastavení denního režimu a aktivní naplně dne dle individuálních potřeb klientů (opatření č. 35 a 36);
- zajištění efektivního stížnostního mechanismu (opatření č. 50–52).

Pokud se Obecně prospěšné společnosti Důstojnost ve lhůtě 2 měsíců nestihne vyjádřit k ostatním opatřením, po prvním vyhodnocení vyjádření ji případně vyzvu k doplnění.

Pokud poskytovatel nedokáže sanovat současné problémy, měl by zvážit ukončení poskytování sociální služby.

### Opatření:

**56) Předložit plán celkové sanace kvality péče v zařízení (do 2 měsíců).**



## Přehled opatření k nápravě

### Bezodkladně

- Umožnit klientům, u nichž personál nevyhodnotí pohyb mimo areál/budovu zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (opatření č. 6)
- Informovat všechny pracovníky, kteří jsou odpovědní za pouštění klientů mimo areál, o tom, kdo na základě vyhodnocení může zařízení opouštět (opatření č. 7)
- Upustit od praxe uzamykání klientů v pokojích (opatření č. 11)
- Přehodnotit fixaci klienta I. Důsledně vyhodnotit rizika pádu, zvážit méně omezující prostředky prevence pádu a nastavit přiměřená opatření (opatření č. 16)
- Zajistit, aby léky připravoval a klientům vydával jen zaměstnanec, který je k tomu kompetentní (opatření č. 24)
- Zajistit dostatek zdravotních sester na denní i noční službě. Zajistit, aby práci zdravotní sestry vykonával vždy pouze pracovník s dostatečnými kvalifikačními předpoklady (opatření č. 54)
- Zajistit dostatečný počet pracovníků v sociálních službách v průběhu noční i denní služby (opatření č. 55)

### Průběžně

- Zajišťovat včasnou likvidaci inkontinenčních pomůcek a udržovat zařízení čisté (opatření č. 2)
- Umožňovat klientům přístup do jídelny po celý den (opatření č. 3)
- Zvláštní pozornost věnovat prostředí pokoje klientů, kteří jsou trvale a převážně ležící, a jejich zornému poli (opatření č. 4)
- Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu mimo zařízení (opatření č. 5)
- Zajišťovat všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den) a činit o tom záznamy do dokumentace (opatření č. 8)
- Důsledně zaznamenávat všechny projevy klientů vyjadřující nesouhlas s pobytem v zařízení a vyhodnocovat, zda se jedná o vážně míněný nesouhlas. V kladném případě informovat soud (opatření č. 9)
- Opatření omezující pohyb klientů používat výhradně v souladu s právní úpravou (opatření č. 12)
- Vždy evidovat užití opatření omezujících pohyb klientů (opatření č. 14)
- Vést vypovídající dokumentaci užití prostředků prevence pádu (opatření č. 17)
- U klientů individuálně vyhodnocovat riziko pádu a postraníce používat, až pokud nelze použít méně omezující prostředek k ochraně před pádem z lůžka (opatření č. 18)



- Vést autentickou dokumentaci, do které bude zaznamenáno, z jakého důvodu a na jaký časový úsek [den/noc] bude mít klient postranici nasazenou a kdo rozhodl o nasazení postranice (opatření č. 19)
- U klientů individuálně vyhodnocovat riziko pádu a volit vhodné prostředky prevence pádů (opatření č. 20)
- Vést autentickou dokumentaci, do které bude zaznamenáno, z jakého důvodu a kdy bude mít klient fixační pás nasazený (opatření č. 21)
- Zajišťovat klientům, kteří jsou prostředkem prevence pádu omezení v pohybu, zvýšený dohled a možnost přivolání pomoci (opatření č. 22)
- Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 23)
- Vymezit si dostatečné množství času na podávání léků. Léky podávat dle doporučených postupů – zabránit míchání léků při jejich drcení (opatření č. 25)
- Důsledně vyhodnocovat nutriční stav klientů a nastavovat odpovídající intervenci u všech klientů, u kterých je to třeba (opatření č. 26)
- Zohledňovat malnutrici a její riziko v ošetrovatelských plánech a plánech péče (opatření č. 27)
- Zajišťovat pro dopomoc se stravováním dostatek personálu a času (opatření č. 28)
- Zajišťovat, aby podávání stravy probíhalo důstojným způsobem (opatření č. 29)
- U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda nemají depresi (opatření č. 31)
- Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobovat stádiu demence (opatření č. 32)
- Vzdělávat personál v oblasti specifik péče o lidi s demencí a jejich potřeb (opatření č. 33)
- Respektovat důstojnost klientů a v maximální možné míře je zapojovat do rozhodování o každodenních záležitostech. V oblastech, ve kterých klientovi pokročilé onemocnění brání zcela autonomně uplatňovat svoji vůli, zajišťovat management potřeb (opatření č. 34)
- Nastavovat denní režim tak, aby respektoval princip normality a odrážel individuální přístup ke klientům (opatření č. 35)
- Zajišťovat nabídku aktivit, která odpovídá počtu klientů a jejich individuálním potřebám s důrazem na specifika jejich zdravotního stavu (opatření č. 36)
- Vzdělávat a jednotně metodicky vést personál ve zvládnání náročného chování klientů s demencí. V rámci toho zahrnout možné projevy tohoto chování a plány péče zaměřené na prevenci a nerestriktivní řešení (opatření č. 37)





	<ul style="list-style-type: none"><li>• Projevy chování náročného na péči řádně dokumentovat (opatření č. 38)</li><li>• Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, umožnit celkovou koupel nejméně dvakrát za 7 dnů (opatření č. 39)</li><li>• Výměnu inkontinenčních pomůcek přizpůsobovat potřebám klientů, nikoliv provozním potřebám zařízení (opatření č. 40)</li><li>• Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (opatření č. 41)</li><li>• Zajišťovat možnost bezpečného ukládání věcí klientů a předcházet jejich ztrátám (opatření č. 42)</li><li>• V pokojích s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny a při ošetrovatelských úkonech zástěnu nebo jinou formu zastínění (opatření č. 44)</li><li>• Zajišťovat funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou s ohledem na svůj stav schopni je ovládat, a realizovat systematický nácvik využívání signalizace (opatření č. 45)</li><li>• Umisťovat signalizační zařízení tak, aby na ně klienti dosáhli z lůžka (opatření č. 46)</li><li>• Na volání klientů včas reagovat (opatření č. 47)</li><li>• Systematicky evidovat a vyhodnocovat pády klientů (opatření č. 48)</li><li>• Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (opatření č. 49)</li><li>• Klienty opakovaně informovat o možnosti stěžovat si (opatření č. 52)</li><li>• Soustavně edukovat personál o nezbytnosti chovat se ke klientům s respektem jako k dospělým lidem a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (opatření č. 53)</li></ul>
Do 1 měsíce	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revidovat metodiku vážně míněného nesouhlasu a uvést ji do praxe zařízení včetně proškolení personálu (opatření č. 10)</li><li>• Zpracovat pravidla pro používání OPO v zařízení (opatření č. 15)</li><li>• Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (opatření č. 30)</li><li>• Předložit plán celkové sanace kvality péče v zařízení (opatření č. 56)</li></ul>
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vybavit zařízení prvky podporujícími orientaci klientů v prostoru, čase i osobách (opatření č. 1)</li><li>• Proškolit personál zařízení v tématu používání opatření omezujících pohyb (opatření č. 13)</li><li>• Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání koupelen, a to na základě vyhodnocení jejich individuálních schopností (opatření č. 43)</li></ul>



- Revidovat stížnostní mechanismus, vytvořit metodický postup pro podávání stížností a o fungování stížnostního mechanismu edukovat personál i klienty (opatření č. 50)
- Zřídit schránky na stížnosti, které budou volně přístupné klientům; poblíž schránek umístit návod k podání stížnosti, a to i ve zjednodušené podobě (opatření č. 51)