



Domov „Srdce v dlaních“ – sociální služby Jiříkov

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Filipov 65, 407 53 Jiříkov
Zřizovatel:	město Jiříkov
Ředitelka:	Bc. Andrea Málková
Typ zařízení:	domov se zvláštním režimem
Kapacita:	74 lůžek
Datum návštěvy:	28. – 29. června 2023
Datum vydání zprávy:	5. prosince 2023
Návštěvu provedly:	Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. Jana Tučková a Mgr. Lenka Rydvalová

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv



Obsah

Obsah.....	2
Úvodní informace	4
Shrnutí	7
Prostředí a vybavení	8
1. Umístění a budova zařízení	8
2. Orientace v realitě.....	9
3. Bezbariérovost	11
4. Pokoje klientů.....	12
Volnost pohybu a osobní svoboda klientů	14
5. Volnost pohybu	14
6. Pobyť na čerstvém vzduchu	16
7. Vážně míněný nesouhlas.....	16
8. Prostředky prevence pádu	17
Bezpečnost a pojistky v průběhu pobytu	20
9. Signalizace	20
10. Pády.....	21
Zajištění důstojné a individualizované péče.....	23
11. Přístup personálu ke klientům	23
12. Specifika demence	23
13. Průběh dne	24
14. Aktivní prožívání dne.....	25
15. Hygiena.....	27
16. Inkontinence a její prevence	28
Zdravotní péče.....	30
17. Dostupnost zdravotní péče	30
18. Příprava a podávání léků.....	30
19. Bolest.....	32
20. Deprese	32
21. Dekubity	33
22. Jídlo a malnutrice	34
Soukromí.....	39
23. Soukromí v pokoji a při hygieně.....	39



Personál	41
24. Vztahy mezi zaměstnanci	41
Přehled opatření k nápravě	43



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

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

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

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

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



Charakteristika zařízení

Zařízení Domov „Srdce v dlaních“ – sociální služby Jiříkov se nachází na okraji města Jiříkov u hranic se Spolkovou republikou Německo. Zřizovatelem domova je město Jiříkov.

Budova zařízení je dvoupatrová (sestává z přízemí a dvou pater). Uvnitř ní jsou poskytovány dvě sociální služby – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Celková kapacita obou služeb je 91 lůžek, z toho 74 lůžek pro službu domova se zvláštním režimem a 17 lůžek pro službu domova pro seniory. V době návštěvy bylo obsazeno 72 lůžek ve službě domova se zvláštním režimem a 10 lůžek ve službě domova pro seniory. Klienti domova se zvláštním režimem byli ubytováni na všech patrech (první a druhé patro je rozděleno na oddělení A a B). Prostory domova pro seniory a domova se zvláštním režimem od sebe nejsou nijak odděleny, v některých případech tak spolu sdíleli pokoj klienti obou služeb. **Systematická návštěva se však zaměřovala pouze na službu domova se zvláštním režimem.**

Služba je určena lidem od 54 let věku, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.⁹

V zařízení žili muži i ženy, z toho 47 žen a 25 mužů. 17 klientů domova bylo omezeno ve své právnosti.

Průběh návštěvy

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. Jana Tučková a pověřená expertka z oboru zdravotnictví Mgr. Lenka Rydvalová.

Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 28. – 29. června 2023. Ředitelka Bc. Andrea Málková se o návštěvě dozvěděla při jejím zahájení. Zaměstnankyně Kanceláře jí předaly pověření k provedení návštěvy a vyžádaly si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Zaměstnankyně Kanceláře navštívily veškeré prostory zařízení. Hovořily s vedením zařízení, zdravotnickým personálem, sociální pracovníci, pracovníky a pracovníky v přímé péči a klienty a klientkami zařízení. Na místě zastížený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkují.

⁹ Informace čerpám z Registru poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí, dostupného z <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb#/registr-poskytovatelu-detail-sluzby/4238>.



Shrnutí

V navštíveném zařízení jsem se nesetkal se špatným zacházením. V některých oblastech poskytované péče však vnímám prostor pro zlepšení.

Ve zprávě popisuji některé nedostatky, které vycházejí z materiálně technických podmínek zařízení. Probíhající přestavbu prostor by tak měl poskytovatel vnímat jako příležitost k jejich odstranění. Limity prostor se promítají do různých oblastí poskytované péče, jako je nevhovující kultura stravování, nefungující signalizace nebo nezajištění dostatečné míry soukromí v pokojích klientů.

Poskytovanou péči ve velké míře ovlivňuje i atmosféra v zařízení. Ta byla na pozadí prováděných změn celkově velmi napjatá a negativně se promítala i do přístupu personálu ke klientům. Je například naprosto nepřijatelné, aby se personál vyjadřoval o klientech způsobem, který snižuje jejich důstojnost.

Dále zařízení doporučuji, aby se více soustředilo na vyhodnocování rizik v oblasti volného pohybu klientů a souvisejícího zajištění bezpečí. Větší pozornost si zaslouží i nastavení správné nutriční péče stejně jako dopomoc se stravováním. Klienti s demencí jsou mimořádně ohroženi rizikem malnutrice.

Nedostatky shledávám i v oblasti zdravotní péče. Aktuální způsob přípravy a podávání léků hodnotím jako rizikový. Rovněž doporučuji soustředit se více na sledování a vyhodnocování bolesti a deprese, jakož i na prevenci a léčbu dekubitů.



Prostředí a vybavení

1. Umístění a budova zařízení

Zařízení se nachází na okraji města Jiříkov, přímo naproti bazilice Panny Marie, která je známým poutním místem. Budova zařízení je více než sto let stará. V minulosti byla součástí kláštera, poté fungovala i jako kasárna a následně v ní byla zřízena sociální služba. Původně patřila církvi, ve vlastnictví zřizovatele města Jiříkov je teprve poslední dva roky.

Stáří budovy je znát na jejím exteriéru (viz obr. 1) i interiéru. Zařízení není bezbariérové; vybavení vykazuje značné známky opotřebení – příkladem je zvlněné linoleum na podlaze, které je místy děravé (viz obr. 2); oprýskaná a zašlá výmalba na zdech a kachlové obložení zdí v koupelnách a toaletách (viz obr. 3 a 4). Vedení zařízení je si samo vědomo materiálních nedostatků stávajících prostor. Aktuálně byla započata rekonstrukce a restrukturalizace prostor zařízení. V prvotní fázi má jít především o nutné bezpečnostní úpravy. Zařízení nemá evakuační výtah, nevejde se do něj lůžko s ležícím klientem ani tzv. kardiokřeslo. V horních patrech jsou přitom ubytováni ležící klienti, které by personál v případě evakuace musel snést po schodech na evakuačních podložkách. Účelem počátečních úprav je tedy zejména přesunout ležící klienty z vyšších pater do přízemí a do vyšších pater naopak přestěhovat mobilnější klienty.

Ředitelka zařízení zaměstnankyním Kanceláře popsala svou vizi další přeměny prostor zařízení. Stávající kapacitu obou služeb (91 lůžek celkově) chce snížit na 60–70 lůžek. V areálu budovy by se dále postavila samostatná nízkoprahová budova, ve které by žili samostatnější klienti. V uvolněných prostorách v původní budově by vznikly dílny a další prostory pro aktivační činnosti.



Obr. 1 – Budova zařízení, pohled zezadu



Obr. 2 – Děravá podlaha



Obr. 3 – Koupelna klientů

Obr. 4 – Toalety klientů

2. 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.¹⁰

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 pod-

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.



pořit např. za pomoci piktogramů, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směrovkami, značkami.¹¹ 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.

Co se týče podpory orientace v čase, tak na každém podlaží byly umístěny alespoň jedny nástěnné hodiny, které ukazovaly správný čas. Nacházely se zde rovněž dřevěné kalendáře s daty a ročním obdobím.

Výhradu mám k podpoře orientace v prostoru. Jednotlivá patra jsou od sebe barevně odlišená (přízemí, 1. patro – odd. A a B a 2. patro), označení pater se nachází ve výtahu. Pokoje klientů jsou označeny jejich jménem (příp. je zde uvedena informace, že má klient evakuační podložku). Z místností jsou označeny pouze koupelny a toalety piktogramy (viz obr. 5), značeny jsou i únikové cesty. Ojediněle (ve dvou případech) byly kanceláře označeny fotografií a jménem pracovníka, který v dané kanceláři seděl. Jiné prvky podpory v orientaci (zejména směrovky, značky, označení patra či dalších místností personálu apod.) se v zařízení nenačezají.

Na druhém patře může orientaci a pohyb navíc zhoršovat nedostatečné osvětlení (chodba je po většinu dne velmi tmavá). Matoucím prvkem jsou i některé užité vzory na podlahách chodeb (vzorované podlahy mohou u klientů s demencí vyvolávat klamné efekty, např. užité vzor malovaných květin může vyvolávat dojem skutečného objektu, který způsobí, že se klient bude odmítat po podlaze pohybovat).

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.¹² Vždy je zároveň důležité pozorovat a vyhodnocovat, zda jsou konkrétní orientační prvky pro klienty přínosné, a odstraňovat prvky, které mohou být pro klienty matoucí.

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).

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



Obr. 5 – Označení koupelny

Opatření:

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

3. Bezbariérovost

Zařízení by mělo být přizpůsobeno potřebám klientů, kteří v něm žijí. Součástí přizpůsobení prostředí je i zajištění bezpečného pohybu klientů v zařízení. Nejen u klientů s demencí může docházet k pádům. Je proto třeba aktivně minimalizovat riziko a věnovat pozornost preventivním opatřením.¹³

Jak zmiňuji v úvodu, zařízení není bezbariérové. Zařízení nemá evakuační výtah (do výtahu se vejde pouze invalidní vozík, nikoliv lůžko či tzv. kardiokřeslo), což mj. značně omezuje klienty v možnostech pohybu a pobytu mimo zařízení (viz kapitolu [Pobyt na čerstvém vzduchu](#)).

Madla na chodbách jsou umístěna pouze v druhém patře, v přízemí ani v prvním patře nebudeme žádná. Podlahy v zařízení jsou starší, často zvlněné a nerovné, místy dřevěné, což **zvyšuje riziko pádu** (a zároveň může zvyšovat obavy klientů ze samostatného pohybu v rámci zařízení).

Bezbariérový je zadní vchod, ke kterému vede uvnitř budovy rampa i vchod u pergoly. U pergoly je dlážděný chodníček, po kterém se mohou samostatně pohybovat klienti se sníženou mobilitou. Bezbariérové je i venkovní posezení u zadního vchodu, odkud se klienti mohou dostat k bráně zařízení a ven. Zbývající část zahrady zařízení je ale travnatá a nerovná.

Opatření:

- 2) **Uzpůsobovat prostředí a vybavení zařízení s ohledem na zvýšené riziko pádu a sníženou pohyblivost klientů (průběžně).**

¹³ Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem [online], str. 18. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 5. 12. 2022]; dostupná z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf.



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. Dvojlůžkový pokoj má mít alespoň 20 m², pro osoby s těžkým pohybovým postižením minimálně 25 m².¹⁴ 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.¹⁵

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 zařízení jsou jedno- až třílůžkové pokoje. Většina pokojů je třílůžkových, dvoulůžkových a jednolůžkových je nejméně.

Míra individualizace a vybavení jednotlivých pokojů se lišila. Navštívený jednolůžkový pokoj klienta byl vybaven postelí, nočním stolem, stolem s židlemi, uzamykatelnou skříní, televizí, policemi a knihovnou (tou speciálně na přání klienta).

Naopak zejména třílůžkové pokoje působily poměrně stísněným dojmem a nenabízely mnoho prostoru pro větší individualizaci ani dostatek úložných prostor. Z důvodu nedostatku místa na pokojích tak měli někteří klienti své osobní věci uloženy v šatních skříních na chodbách (skříně byly v některých případech odemčené). V jednom z navštívených pokojů, kde byly ubytovány tři klientky, byl umístěn stůl s pouze jednou židlí a jedna skříň (viz obr. 6 a 7). Velikost pokojů souvisí i s obtíží zajistit dostatek soukromí na pokoji (viz kapitolu [Soukromí v pokoji a při hygieně](#)).

Na pokojích nejsou umyvadla s tekoucí vodou, součástí pokojů nejsou koupelny. Jedinou možností je centrální koupelna na chodbě. Absenci umyvadel na pokojích zmiňovali i někteří z pracovníků v rozhovorech jako nevyhovující, a to zejména s ohledem na zajištění dopomoci při hygieně na pokoji.

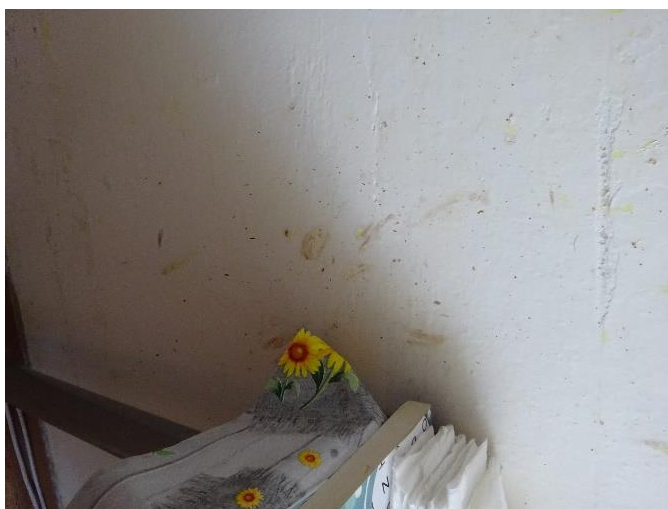
Obdobně jako v celém prostoru zařízení, i v prostorech pokojů je znát staří a ne zcela vyhovující stav budovy (např. již zašlá a ušpiněná výmalba stěn, viz obr. 8).

14 Doporučený postup MPSV č. 2/2016, s. 25, op. cit.

15 Tamtéž, s. 30.



Obr. 6, 7 – Vybavení třílůžkového pokoje



Obr. 8 – Stěna v pokoji klientů

Jsem si vědom toho, že zařízení je limitováno materiálně technickými podmínkami. Aktuálně započatou rekonstrukci však vnímám jako **ideální příležitost, jak napravit nedostatky popsané v celé části Prostředí a vybavení, zejména tedy v kapitolách 3 a 4. Spolu s vyjádřením ke zprávě tedy žádám zařízení o vyjádření k popsanému stavu.**



Volnost pohybu a osobní svoboda klientů

5. Volnost pohybu

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

Poskytovatel sociálních služeb je na jedné straně povinen zajistit klientům bezpečí a chránit jejich zdraví a život. Zajištění bezpečí může u některých klientů (typicky těch, kteří nejsou orientovaní) 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 režim, který je zaznamenán v individuálním plánu klienta.** V závislosti na výsledcích posouzení rizik a potřeb je třeba klientovi 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.

Zařízení je prezentováno jako otevřené zařízení. Nejsou zde žádná uzavřená oddělení, klienti se mohou volně pohybovat mezi jednotlivými patry, mají volný přístup ke schodišti i k výtahu.¹⁶ Hlavní vchod do zařízení je přes den odemčený, zamyká se až ve večerních hodinách. Volný přístup mají klienti i skrz zadní vchod na terasu a na zahradu (přes otevřenou bránu mohou klienti zcela opustit zařízení).

Pracovníci (potažmo i klienti) k samostatnému pohybu mimo zařízení uváděli velmi rozdílné informace. Podle některých pracovníků klienty zařízení nelze nikterak omezovat. Pokud si kterýkoliv klient přeje odejít z areálu zařízení, tak pouze informuje sloužící personál a v odchodu mu nebude nikdo zabraňovat.¹⁷

Jiní pracovníci uváděli, že pokud personál vyhodnotí, že klient není orientován a samostatný pohyb mimo zařízení pro něj představuje riziko, tak se může pohybovat mimo zařízení pouze v doprovodu pracovníka. U klienta, který se neorientuje a má sklon svévolně opouštět zařízení, tak personál musí krom zajištění doprovodu nad ním vykonávat i zvýšený dohled. Pracovníci se však opětovně neshodovali v počtech a jménech klientů, kteří mohou samostatně

16 Jedinou „zábranou“ je sloupek před schodištěm v 1. patře, který má zřejmě bránit tomu, aby na schodiště najel klient s vozíkem.

17 Kamerový systém v zařízení je nainstalován, ale je nefunkční. V zařízení není recepce. V otevřací době kantýny, která je umístěna ve vestibulu u hlavního vchodu, je paní, která zde pracuje, případně schopna zaznamenat odchod klienta z prostor zařízení. Nicméně žádný pracovník není přímo pověřen monitorováním příchodu/odchodu osob ze zařízení.



opouštět zařízení, nebo těch, kteří naopak nejsou orientovaní, a personál nad nimi vykonává zvýšený dohled.

Jako klienty, kteří nejsou orientovaní a neměli by se pohybovat mimo zařízení samostatně, personál uváděl klientky A a B. Klientka A se měla zhruba před rokem ztratit, nalezena byla až s pomocí policie v Německu. Nyní se klientčin zdravotní stav zhoršil, takže tyto sklony již nemá. Obdobně klientku B personál dle sdělení několikrát hledal.

Vyhodnocení rizik je součástí plánů péče v systému Cygnus. Klientka A dle něj potřebuje zvýšený dohled, ve svém přirozeném prostředí se orientuje. Klientka B potřebuje doprovod i v prostorech zařízení. Klient C se dle tvrzení několika pracovníků zvládá pohybovat samostatně mimo zařízení. V jeho plánu péče je uvedeno, že klient se orientuje ve svém přirozeném prostředí. Ohledně toho, zda se pohybuje mimo zařízení sám, nebo s doprovodem, zde není žádná zmínka.

Nabyl jsem dojmu, že v zařízení není jasně určeno, kdo z klientů může odcházet mimo zařízení, a kdo nikoliv. Zároveň mám pochybnost o tom, zda zařízení zajišťuje všem klientům přiměřená opatření k zajištění bezpečí.

V jiných zařízeních jsme kritizovali praxi, kdy klientům nebylo plošně umožněno opustit zařízení s odkazem na to, že klient je ubytován v domově se zvláštním režimem, nebo na skutečnost, že mu byl diagnostikován syndrom demence. Zařízení jsme upozorňovali na povinnost vyhodnocovat rizikové faktory a možná opatření stanovovat vždy individuálně.

Za správný však nelze hodnotit ani zcela opačný přístup, kdy klient může samostatně opustit zařízení, ačkoliv to pro něj představuje nepřiměřené riziko a není to pro něj bezpečné.

Vyšší stupeň demence totiž zpravidla připravuje člověka o schopnost rozhodovat, a to i v běžných věcech. V oblastech, kde tuto schopnost postrádá, za něj zodpovědnost přebírá pečující personál (viz kapitolu [Specifika demence](#)). Ten je povinen zajistit bezpečí a chránit život a zdraví klienta, což v některých případech může převážit nad právem klienta na volný pohyb.

V zájmu zajištění bezpečí klienta tak může personál přistoupit k tomu, že bude bránit jeho samostatnému odchodu ze zařízení. Jde zároveň i o odraz povinnosti poskytnout náležitý dohled.¹⁸ Podotýkám, že by se mělo vždy jednat o individualizované opatření, kterému bude předcházet důsledné a systematické vyhodnocení rizikových faktorů.

Opatření:

- 3) Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu mimo zařízení (průběžně).**
- 4) Přijímat přiměřená opatření k zajištění bezpečí neorientovaných klientů (průběžně).**
- 5) Informovat všechny pracovníky o tom, kdo na základě vyhodnocení může zařízení opouštět (bezodkladně).**

¹⁸ Ustanovení § 2921 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.



6. Pobyť 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, kteří se pohybují samostatně, mohou v podstatě kdykoliv pobývat na terase nebo na zahradě zařízení. Problematické je zajištění pobytu na vzduchu u klientů se sníženou mobilitou. Důvodem jsou zmiňované nevhodné materiální podmínky zařízení, zejména chybějící lůžkový výtah (viz kapitolu [Prostředí a vybavení](#)), a dále nedostatek vhodných kompenzačních pomůcek.

Klientka D užívá vozík, který se do výtahu nevejde. V běžném vozíku má klientka bolesti a nevládá v něm sedět. **Ven se tak nedostane vůbec, byť o to má sama zájem.**

V zařízení by mělo být jedno kolečkové křeslo, které je pohodlnější než běžný vozík a které se vejde do výtahu. **To však sami pracovníci vnímali jako nedostatečné a připouštěli, že několik klientů se ven dostává jen velmi obtížně.** Uváděli, že lékařka klientům odmítá předepsat dostatek vhodných pomůcek. Důvodem má být limitace ze strany zdravotní pojišťovny.

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 mít během dne přístup na čerstvý vzduch neomezeně** (pokud není nezbytná jejich aktuální přítomnost uvnitř zařízení). **Klienti s omezenou mobilitou by navíc měli dostat potřebnou pomoc.**¹⁹

Jsem si vědom toho, že vedení zařízení plánuje do budoucna úpravu výtahu. Do této doby by však mělo hledat cesty, jak umožnit pobyt na vzduchu všem klientům, kteří o to stojí (např. alespoň vypůjčením kompenzačních pomůcek).

Opatření:

- 6) **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. Vážně míněný nesouhlas

Domov se zvláštním režimem je typem služby, ve které mohou za jistých okolností klienti pobývat i proti své vůli, je-li to nezbytné a přiměřené a jsou-li naplněny veškeré podmínky stanovené zákonem.²⁰ Podle českého právního řádu platí, že pokud klient projeví vážně míněný nesouhlas s poskytováním pobytové sociální služby, přičemž není schopen vypovědět

¹⁹ 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>.

²⁰ Ustanovení § 91a a § 91b zákona o sociálních službách.



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 odeslání informace na soud, který poté rozhodne o dalším setrvání klienta v zařízení.²¹

Zařízení neeviduje případy vážně míněného nesouhlasu. Pracovníci si nebyli vědomi toho, že by se některý z klientů zařízení projevoval tak, že by v zařízení nechtěl pobývat. K tématu však nemá zařízení vytvořen žádný vnitřní předpis. S ohledem na důležitost tématu upozorňuji na potřebu jeho vytvoření.

- 7) Vytvořit metodiku vážně míněného nesouhlasu a v praxi podle ní postupovat včetně proškolení personálu (do 3 měsíců).**

8. 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:²²

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,²³
- musí se jednat o vhodný prostředek prevence pádu pro konkrétního klienta,²⁴
- nelze využít méně restriktivní opatření,²⁵

21 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 zde https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_c._5_2018_kterým_se_nahrazuje_doporučený_postup_c._04_2017_k_detencím_v_zari.pdf/3d8e2105-3e08-6a32-6574-ca74ab07097d.

22 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.

23 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.

24 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.

25 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.



- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu nebo jiného poškození klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, a nikoliv usnadnění práce personálu,²⁶
- v individuální dokumentaci klienta musí být zaznamenáno, kdo použití 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),²⁷
- klient, který je samostatně mobilní, musí mít možnost sám omezení ukončit,²⁸
- zvolené opatření musí být pro klienta bezpečné.²⁹

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.³⁰

8.1 Postranice

Dle sdělení pracovníků se postranice v zařízení využívají pouze jako prostředek prevence pádu (případně na přání klienta). Několik pracovníků vypovědělo, že o užití postranice rozhoduje klíčový pracovník klienta a vedoucí přímé péče, nutnost užití postranice se zároveň probere týmově i s dalšími pracovníky. Klient dává souhlas, pokud je toho schopen; v opačném případě za něj rozhoduje klíčový pracovník spolu s vedoucí přímé péče. Jiní pracovníci si však nebyli jisti, kdo o nasazení postranice rozhodl.

Informaci o tom, že u klienta má být použita postranice (včetně časového úseku a důvodu pro její užití), je uvedena v Plánu péče klienta v systému Cygnus.

Nemám poznatky o tom, že by v zařízení docházelo ke zneužívání postranic s cílem zabránit klientům ve volném pohybu. **S ohledem na požadavek transparentnosti rozhodovacího procesu a potenciální rizika však doporučuji, aby bylo do dokumentace rovněž zaznamenáno, kdo o užití postranice rozhodl.**

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

27 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.

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

29 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.

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



8.2 Fixační pomůcky

U několika klientů se za účelem prevence pádu využívají fixační zádržné pásy. Konkrétně např. u klientky E, která je po amputaci obou dolních končetin, personál používá vícebodový pás, když sedí v invalidním vozíku.

Jednotlivá použití pásu personál uvádí do záznamů péče v systému Cygnus. Informace o tom, že personál má pás u klientky používat, však není nikde zaznamenána.

Na užití fixačních pásů se přitom uplatní stejná kritéria jako na užití postranic (viz výše). Doporučuji tyto informace do dokumentace doplnit.

- 8) Vést dokumentaci, do které bude zaznamenáno, z jakého důvodu a kdy se u klienta užije prostředek prevence pádu (průběžně).**



Bezpečnost a pojistky v průběhu pobytu

9. Signalizace

Zásadním předpokladem zajištění bezpečí klientů je, aby si mohli 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. Zároveň také může dojít k tomu, že se klient pomoci vůbec nedovolá či se jí nedovolá včas. Za standardní je nutno považovat signalizaci dostupnou v pokojích, u ležících klientů z lůžka, v koupelnách a na toaletách.

Jednotlivé pokoje jsou vybaveny starším signalizačním zařízením. Signalizace není umístěna u lůžka, ale u dveří pokoje. Jejím stisknutím se rozsvítí světlo nad pokojem klienta a na signalizačním panelu v pracovně zdravotních sester (kam však mají pracovníci omezený přístup, a to včetně zdravotnického personálu). Drtivá většina pracovníků uváděla, že signalizační zařízení na pokojích nefunguje, pouze několik pracovníků vědělo, že je stále funkční a uváděli, že občas jej některý z klientů využije v noci (přes den si pracovníka přivolají křikem, případně požádají svého spolubydlícího). Klienti vesměs o možnosti využití této signalizace nevěděli.

Nevyužívaná signalizace na pokojích byla nahrazena přenosnými signalizačními tlačítky, která má podle sdělení pouze přibližně 10 klientů. Signalizační tlačítko po stisknutí vydává signál z přístroje, který nemají pracovníci u sebe, ale je umístěn v zásuvkách na chodbách (viz obr. 9). Na přístroji je jmenovka klienta. Z rozhovorů dále vyplynulo, že jednomu z klientů byl signalizační náramek nabídnut až poté, co v pokoji upadl a nemohl se dovolat pomoci.



Obr. 9 – Přenosná signalizace na chodbě



Aktuální stav v zařízení z hlediska možnosti přivolání pomoci hodnotím jako nedostačující. Upozorňuji, že všichni klienti, kteří mají obtíže s pohybem, by měli mít signalizaci dostupnou z lůžka.³¹ Pro zajištění bezpečnosti je rovněž nutné, aby na přivolání klientů personál reagoval.

Signalizace na pokojích, kterou zřejmě část klientů využívá, ačkoliv o ní většina pracovníků neví, může velmi snadno vést k tomu, že klient bude po jejím použití marně čekat na reakci. Jako dostačující řešení nevnímám ani aktuálně užívaná přenosná signalizační tlačítka. Pokud je vývod signalizace veden na chodbu, není vždy jisté, zda pracovník signál uslyší (bude se zrovna nacházet např. v pokoji jiného klienta).

Opatření:

- 9) Zajišťovat funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou s ohledem na svůj stav schopni je ovládat, a realizovat systematický nácvik využívání signalizace (průběžně).**

10. Pády

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).³² 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 s cílem vysledovat jejich nejčastější příčiny, případně místa a denní dobu jejich výskytu. Pravidelné vyhodnocování umožní identifikovat rizikové faktory a místa, kde k pádům nejčastěji dochází.

V případě pádu klienta je přivolán zdravotnický pracovník, který vyhodnotí další postup. Zdravotník následně učiní záznam o pádu klienta do systému Cygnus. V systému Cygnus se zaznamenávají i hodnocení rizik pádů. Přehodnocování rizik pádů mají nově na starosti pracovníci v přímé péči.

Klientka B měla v poslední době několik pádů. Konkrétně dle údajů ze systému Cygnus: „5. 4. 2023 – zakopnutí, uklouznutí, 8. 5. 2023 – zakopnutí, uklouznutí, 3. 6. 2023 – pád z lůžka, 16. 6. 2023 – zakopnutí, uklouznutí.“ Doporučeným postupem je potom kontrola klientky, zvýšený dohled, klidový režim. Jako příčina pádu je nejčastěji uvedena nevhodná

³¹ Doporučený postup MPSV č. 2/2016, s. 30.

³² 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.



nebo žádná obuv, alternativně vlhká/mokrý podlaha. Riziko pádů bylo naposledy přehodnoceno dne 31. 5. 2023, klientka je dle něj ve značném riziku pádu. **Jsem přesvědčen, 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.**

Dále upozorňuji na **rizikový způsob mytí podlahy**, který zaměstnankyně Kanceláře v průběhu návštěvy zaznamenaly. Klienti seděli u stolků na chodbě před pokoji, přímo kolem jejich nohou personál umýval mopem podlahu, která byla po celé své ploše mokrá. Neměli žádnou možnost, jak se vyhnout mokrému povrchu. Cedula upozorňující na mokrou podlahu, které byly různě po chodbách připravené, personál nepoužil.

Správně by měl personál postupovat při vytírání tak, aby umožnil klientům bezpečný pohyb. Jako příklad dobré praxe uvádím postup, kdy personál vždy vytře nejprve podélně jednu polovinu chodby a teprve poté, co tato polovina uschne, vytře druhou polovinu. Na zvážení je také, zda pracovníci musejí vytírat chodbu právě v době, kdy zde klienti sedí a stravují se. **Mokrou polovinu by přitom vždy měl označit tabulí s upozorněním na kluzkost podlahy.**

Opatření:

10) Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (průběžně).



Zajištění důstojné a individualizované péče

11. 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.³³ 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.

Zaměstnankyně Kanceláře v průběhu návštěvy přímo nezaznamenaly nevhodné chování personálu ke klientům. Pracovníci se ke klientům chovali vlídně a s respektem, při oslovení jim vždy vykali. Zaznamenán byl pouze ojedinělý exces, kdy pracovníci hovořili o tom, že „klientka je už nakrmená“.

Z rozhovorů s personálem a klienty však vyplynulo, že někteří z pracovníků vedení mají před zbytkem personálu o jednotlivých klientech mluvit velmi hanlivě a označovat je vulgarismy („klient XY je sráč“ apod.). Zároveň má docházet k tomu, že pracovníci řeší osobní záležitosti klientů veřejně ve společných prostorech zařízení před dalšími klienty.

Klienty negativně ovlivňuje i celková atmosféra v zařízení, do které se propisují napjaté vztahy mezi personálem (viz kapitolu [Vztahy mezi zaměstnanci](#)).

Upozorňuji, že je nutné, aby personál respektoval důstojnost klienta a jeho osoby i při komunikaci s dalšími osobami (pracovníky zařízení, rodinou apod.). Personál by měl zároveň respektovat soukromí klientů, a to i ve smyslu nepředávání důvěrných informací o jednotlivých klientech, pokud to není pro poskytování péče nezbytně nutné.

Opatření:

- 11) Respektovat soukromí a důstojnost klientů a netolerovat jakékoliv náznaky nevhodného chování (průběžně).**

12. Specifika demence

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stádia, musí se nastavit individuálně a provádět ji musí poučený personál.³⁴ Intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou

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

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



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.³⁵ K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti.³⁶ 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.

Pracovníci v rozhovorech uváděli, že klienti jsou lidé s demencí. Informaci o tom, v jaké fázi demence klienta je, však již (minimálně pracovníci v přímé péči) neměli. K projevům klientů či míře orientovanosti a schopnostem v jednotlivých oblastech personál dále uváděl, že je má vyzorované.

Na otázku, v čem spočívá zvláštní režim zařízení, případně v čem se odráží do péče, že klienti mají demenci, pracovníci buď nebyli schopni odpovědět, případně uváděli, že nad klienty domova se zvláštním režimem vykonávají větší dohled.

Podle poskytnutých záznamů školení absolvovala minimálně část pracovníků školení na problematiku demence.

Současné nastavení nepovažují za dostatečné. 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.

Opatření:

- 12) Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobovat mj. stádiu demence klienta³⁷ (průběžně).**

13. 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, tedy měl by se v něm odrážet individuální přístup. Na prvním místě by měla být potřeba klienta, která by neměla být potlačena provozními důvody ani snahou personálu vše stihnout.

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

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

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



Pracovníci vesměs sdělovali, že se průběh dne snaží přizpůsobit přáním a potřebám klientů. V jejich sděleních však zaznělo několik nesrovnalostí.

Ranní hygiena klientů probíhá v době od 6:30 do 8:00 hod. Od 8:00 do 9:00 hod. se podává snídaně. Pracovníci uváděli, že klienty ráno budí; pokud by si nicméně některý z klientů chtěl přispát (nebo pracovníci pozorovali, že klient je zjevně nevyspalý), tak mu to umožní. Stran odložení stravy na později se sdělení pracovníků lišila; podle některých lze stravu schovat a přihrát, podle jiných takto z hygienických důvodů nelze postupovat.

Večeře se podává v brzkých večerních hodinách, mezi 16:30 a 17:00 hod. Po večeři se klienti chystají na spánek. Větší volnost mají v tomto ohledu samostatnější klienti, kteří si o ulehnutí mohou rozhodovat sami (což klienti potvrzovali). U klientů, kteří potřebují větší pomoc (personál konkrétně uváděl ležící klienty a klienty s omezenými možnostmi pohybu), personál hned po večeři provádí večerní hygienu a ukládá je do lůžka. Podle některých pracovníků lze případně klienty, kteří si ještě nechtějí lehnout, uložit do lůžka až později; tuto možnost však jiní pracovníci nepotvrdili. Někteří z klientů sami uváděli, že by preferovali pozdější čas ulehnutí, ale nechtějí si stěžovat.

Jsem si vědom, že stanovení denního režimu je nutné pro zajištění chodu domova i péče o klienty. Denní režim by však měl být co nejvíce individuální. Plošné nastavení totiž nemusí odpovídat individuálním potřebám konkrétních klientů (např. byli celoživotně zvyklí vstávat a usínat v jiný čas, aktivně trávili čas v jinou denní dobu apod.).

Plošnou a brzkou přípravu části klientů ke spánku ihned po večeři tak nepovažuji za vhodnou. Nastavení nevychází z individuálních potřeb klientů ani neodpovídá přirozenému dennímu rytmu. Vzniká tak například otázka, kdy má klienta navštívit pracující člověk, když v 17:00 hod. už probíhá večerní rutina.

Konečně je namístě poznamenat, že doba mezi večeří a snídaní je dosti dlouhá – mezi 17. hodinou odpolední či podvečerní a 8. hodinou ranní uplyne 15 hodin. Zařízení by se tudíž mělo ujistit o tom, že klienti v tomto intervalu netrpí hladem.

Opatření:

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

14. Aktivní prožívání dne

Klienti se syndromem demence profitují v každé fázi svého onemocnění z jiných aktivit. Tomu má odpovídat nabídka náplně dne v zařízení. Zatímco ve fázi středně pokročilé a rozvinuté demence jsou klienti schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a profitují z programových aktivit,³⁸ osoby s těžkou demencí potřebují především individualizovanou asistenci. Účast na programových aktivitách již pro ně přínosná není, naopak

³⁸ 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).



jim může způsobovat diskomfort a být pro ně zatěžující.³⁹ 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 době návštěvy v zařízení působili 4 aktivizační pracovníci. Do zařízení docházeli od pondělí do pátku, aktivizace klientů tedy probíhala pouze ve všední dny. Obdobně jako v dalších oblastech poskytované péče došlo se změnou vedení ke změnám v systému aktivizačních činností. Dle vedení zařízení skupinové aktivizace dříve spočívaly zejména ve výtvarných a rukodělných činnostech v ergodílně, kam stále docházelo pouze deset stejných klientů. Plány aktivit se sestavovaly na měsíc dopředu, časy hlavních aktivit v jednotlivé dny (poslech hudby, výtvarné činnosti apod.) byly pevně dané. Nyní aktivizační pracovníci sestavují plány skupinových aktivizací v týdenní frekvenci a zvláště pro jednotlivé části zařízení, přičemž aktivity jsou proměnlivé (každá aktivizační pracovnice si tvoří svůj vlastní plán aktivit). Cílem je nabídnout klientům širší spektrum činností a ideálně zapojit všechny klienty (alespoň pasivně, pokud odmítají účast). Individuální aktivizace probíhají na pokojích klientů (týkají se zejména ležících klientů).

Souhlasím s tím, že je úkolem zařízení realizovat aktivity se všemi klienty. Nastavení, kdy se pracovníci systematicky věnují pouze několika málo klientům, kteří mají o jednu danou aktivitu zájem, není funkční. **Upozorňuji však zařízení na několik skutečností, které vyplynuly z rozhovorů. Konkrétně někteří klienti uváděli, že by ve větší míře ocenili dříve realizované rukodělné činnosti. Rovněž zaznívaly požadavky na vícero aktivit mimo zařízení (výlet do cukrárny apod.).**

Zařízení v době návštěvy pak vůbec nepracovalo s konceptem **bazální stimulace či jiným konceptem smyslové aktivizace**. Pouze jeden z pracovníků byl v době návštěvy v této problematice proškolen. Vedení zařízení sdělilo, že školení pro další pracovníky je v plánu (z provozních důvodů na straně zařízení došlo ke zpoždění v realizaci školení).

Bazální stimulace je součástí rehabilitačního ošetřovatelství u klientů s vysokou mírou podpory.⁴⁰ Aby poskytovatel dosáhl co nejkvalitnější péče o tyto klienty, měli by pracovníci v přímé péči absolvovat také vzdělávání v bazální stimulaci. Doporučuji zařízení, aby využilo tuto nebo jinou vhodnou metodu smyslové aktivizace a zajistilo pracovníkům v této oblasti vzdělání.

Opatření:

- 14) Začít pracovat s vhodnou metodou smyslové aktivizace; edukovat v této oblasti personál (do 6 měsíců).**

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

40 Bazální stimulace je moderní ošetřovatelský koncept, jehož cílem je podpora a umožnění vnímání tak, aby docházelo k stimulaci vnímání vlastního těla, podpoře rozvoje vlastní identity, vnímání okolí, umožnění komunikace, orientaci v prostoru a čase, zlepšení funkcí organismu.



15. Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny je základní lidskou biologickou potřebou. Pravidelná osobní hygiena udržuje kůži v dobrém stavu a brání vzniku možných komplikací (infekcí, dekubitů). Pocit čistoty zároveň navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Zajištění podmínek pro osobní hygienu či dopomoc při osobní hygieně jsou jednou ze základních činností, které je domov povinen klientům zajistit.⁴¹

Ranní hygiena⁴² u klientů, kteří potřebují podporu právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,⁴³ večerní hygiena⁴⁴ zase každý večer.⁴⁵ Taktéž intimní hygienu je zásadní provádět každý den.⁴⁶ Je rovněž důležité, aby personál domova zajistil u klientů 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.⁴⁷ Účinek tekoucí vody totiž při hygieně na lůžku nelze nijak nahradit.

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, a to tím intenzivněji, pokud zanedbáním hygieny ohrožuje zdraví své, zdraví ostatních klientů (například šířením infekčních onemocnění) a narušuje soužití v domácnosti (kupříkladu zápachem).

Pozitivně hodnotím, že celková koupel probíhá od ledna letošního roku u všech klientů dvakrát týdně a případně dle potřeby. Míra dopomoci klientovi v oblasti hygieny je u klientů uvedena v Plánech péče systému Cygnus. Celková koupel probíhá dle rozpisu. **V této souvislosti upozorňuji na nadbytečné umístění jejího rozpisu ve společných prostorech zařízení. Pouze pečující personál potřebuje mít přehled o tom, kdy se každý jednotlivý klient koupe. Klient, pokud o to stojí, může mít informaci o svých „koupacích dnech“ přímo ve svém pokoji.**

Pokud klienti v danou dobu hygienu odmítají, personál se jej snaží ke koupeli motivovat a vyjít mu vstřícně – nabízejí mu jiný čas nebo den. Jestliže klient stále odmítá a trvá na tom, že mu

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

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

43 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

45 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

46 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

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



tento týden postačí koupel jednou týdně, personál jeho přání respektuje a pouze udělá záznam do dokumentace o tom, že klient hygienu odmítl (což se občas děje). Aktuálně v zařízení není žádný klient, který by hygienu odmítal zcela.

Na základě rozhovorů s personálem mám pouze připomínku k využívání pracovních pomůcek při hygieně. Někteří pracovníci například uváděli, že nově nakoupené jednorázové žínky nejsou vyhovující k otírání obličeje klienta („mají ostré rohy“), namísto toho nakupují pomůcky z vlastních finančních prostředků, konkrétně tzv. perlan a čisticí pěny. **V tomto ohledu doporučuji vedení zařízení, aby změny v nákupu pomůcek (čisticích prostředcích apod.) konzultovalo přímo s pracovníky v přímé obslužné péči, respektive si na případné změny vyžádalo zpětnou vazbu k jejich funkčnosti.**

16. 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.⁴⁸

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.

Ředitelka zařízení v rozhovoru uvedla, že oblasti prevence inkontinence a využívání inkontinenčních pomůcek nyní věnují zvýšenou pozornost. Druhy a velikosti inkontinenčních pomůcek nebyly nastaveny zcela vhodně, proto v rámci tzv. INKO programu došlo ke kontrole a přeměření velikosti tak, aby byla klientům zajištěna co nejvíce vyhovující pomůcka (zajištěním vhodné pomůcky ve správné velikosti došlo mj. k redukci nákladů). Zaměstnanci zároveň na dané téma absolvovali školení.

V zařízení žijí klienti s různým stupněm inkontinence (informace sdělené personálem ohledně počtu klientů využívajících inkontinenční pomůcky se značně lišily). Základní výměna inkontinenčních pomůcek dle rozpisu probíhá třikrát až čtyřikrát denně (ráno/poledne/večer/noc), dále dle potřeby. Personál v některých případech klientům připomíná toaletu, nejedná se však o systematický nácvik mikce.

Někteří pracovníci však uvedli, že pokud si klient sám výslovně neřekne, na toaletu jej nedoprovodí. Naopak na místo toho přistupují k užití inkontinenčních pomůcek, a to i u klientů, kterým je lékař nepředepsal a nebyla u nich taková potřeba vyhodnocena (čímž zároveň odebírají pomůcku jinému klientovi, který jich pak má následně o to méně). Dále ne vždy

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



dbají na to, že u klienta použijí pro něj vhodnou předepsanou pomůcku – „něco mu prostě dají“.

Zaměstnankyně Kanceláře na různých místech v zařízení zaznamenaly zápach moči nebo stolice.

Konstatuji, že ačkoliv se zařízení rozhodlo na tuto oblast zaměřit, přetrvává zde prostor pro zlepšení. Personál by v žádném případě neměl přistupovat k nadbytečnému „preventivnímu“ užívání inkontinenčních pomůcek. To 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.

Obdobně, pokud personál systematicky nepracuje na udržení nebo posílení kontinence klientů (návikem mikčního režimu), může docházet k nadbytečnému užívání inkontinenčních pomůcek a navazujících negativních jevů.

Nakonec upozorňuji, že by zařízení mělo dbát na poskytování péče klientům v čistém a příjemném prostředí.

16.1 Klient s permanentním močovým katetrem

Někteří klienti mají permanentní močový katetr. Zaměstnankyně Kanceláře v průběhu návštěvy pozorovaly, že se několik z těchto klientů pohybovalo po prostorech zařízení, přičemž sběrný sáček na moč nosili zavěšený v pytlíku na krku, v jednom případě v odpadkovém pytlíku v ruce.

Tato situace je nejen nedůstojná, stigmatizující, ale představuje i zdravotní riziko. Pokud si klient nosí moč ve sběrném sáčku zavěšeném u brady, dochází v odtokové hadici ke stagnaci moči, která následně krystalizuje a zhoršuje možnost průtoku v hadici. Hromaděním moči se navíc zvyšuje riziko infekce.

Zařízení musí u klientů s permanentním močovým katetrem zajistit jejich důstojnost a ochranu jejich zdraví. Zde uvádím několik zásad, které je zapotřebí u mobilních klientů dodržovat: mj. sběrný sáček nelze pokládat na podlahu, na tělo klienta (břicho, nohy), nelze s ním manipulovat nad úroveň močového měchýře kvůli riziku zpětného toku a kontaminace močového měchýře.

Opatření:

- 15) **Aplikaci a výměnu inkontinenční pomůcek důsledně přizpůsobovat potřebám klientů (průběžně).**
- 16) **Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (průběžně).**
- 17) **Zajišťovat zdravotně nezávadné a důstojné používání permanentního močového katetru (průběžně).**



Zdravotní péče

17. 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,⁴⁹ přičemž povinností poskytovatele je pomoci klientům tato práva realizovat.⁵⁰

Praktický lékař dochází do zařízení jednou týdně, případně dle potřeby. Psychiatr navštěvuje klienty v zařízení jednou měsíčně. Na pravidelné bázi dále probíhá spolupráce s diabetologem a zubařem. Klienti mají možnost zvolit si i jiného lékaře; doprovod k němu pak zajišťuje personál zařízení.

Zařízení zaměstnává zdravotnické pracovníky, konkrétně 11 všeobecných zdravotních sester a jednoho zdravotnického asistenta. Zdravotníci jsou v zařízení přítomni i v noci (jedna zdravotní sestra). Vedení zařízení však do budoucna plánuje jejich přítomnost na noční směně zrušit.

Jsem si vědom toho, že poskytovatel sociálních služeb nemá ze zákona povinnost zaměstnávat zdravotnický personál. Apeluji však na zařízení, aby důkladně zvažilo, zda absence zdravotnického pracovníka na noční směně nepovede eventuálně k tomu, že pracovníci v sociálních službách budou nuceni přebírat úkoly, ke kterým nemají kvalifikaci (např. ošetřování úrazů, vyhodnocování zdravotního stavu či podávání léků). K rizikům podávání léků pracovníky v sociálních službách se ostatně níže vyjadřuji podrobněji.

18. Příprava a podávání léků

Systém podávání léků musí být nastaven bezpečně, aby se snížilo riziko chyby a zajistilo se, že manipulovat s léky bude moci pouze osoba k tomu oprávněná.⁵¹ 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.⁵²

Přípravu a podávání léků má na starosti zdravotnický personál. Léky chystají do lékovek jednotlivých klientů na týden dopředu, zdravotníci je následně rozvázejí a podávají z lékových vozíků. Někteří klienti mají léky u sebe (zpravidla volně prodejné léky, např. proti kašli). Dle sdělení jednoho z pracovníků mají v některých případech léky podávat i pracovníci v přímé péči (při podávání s jídlem).

49 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.

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

51 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.

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



Zaměstnankyně Kanceláře byly přítomny při podávání léků v době oběda. Dle zhlédnuté praxe byly léky klientům podávány hygienickým způsobem a s dostatečným časovým předstihem tak, aby bylo zachováno správné působení léků. Pozitivně hodnotím užití speciálního rozpouštědla pro nadrcené léky, které usnadňuje polknutí a zároveň zabraňuje aspiraci.

Zaměstnankyně Kanceláře pozorovaly i injekční aplikaci inzulínu. Klientce byl inzulín aplikován prostřednictvím inzulínového injekčního pera v době, kdy seděla na toaletě. Při podání zároveň nebyl dodržen 10sekundový interval pro aplikaci.

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 na rizika s tím spojená upozorňuje dlouhodobě.⁵³ Obdobně na tato rizika upozorňuje česká a zahraniční odborná literatura.⁵⁴

Informaci, že v některých případech podávají léky pracovníci v přímé péči, se nepodařilo zcela ověřit. I s ohledem na plánované zrušení nočních směn zdravotnických pracovníků však upozorňuji, že podávání léků pracovníky v sociálních službách považuji za zcela nepřijatelné. Jde o nesprávnou a klienty ohrožující praxi, neboť pracovníci v sociálních službách nemají oprávnění ani odbornost s léky nakládat.

K aplikaci inzulínu odkazují na potřebu dodržení 10sekundového intervalu pro aplikaci, který slouží k tomu, aby klientovi byla podána plná dávka inzulínu. Praxi, kdy je lék klientovi podáván při vykonávání potřeby, hodnotím jako nedůstojnou.

Opatření:

- 18) Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (průběžně).**
- 19) Při podávání léků respektovat soukromí a důstojnost klientů (průběžně).**

53 Viz Zprávu ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, s. 54, dostupná z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf

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



19. Bolest

U pacientů s pokročilou demencí není vždy snadné rozpoznat bolest. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,⁵⁵ může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, případně může vést k poruchám chování (vnímaných jako neklid či agrese) a následnému zbytečnému nasazení psychofarmak.

V rámci poskytované péče je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost bolesti a její léčbě. Zejména v pokročilých stádiích demence, kdy již klient není schopen slovně vyjádřit svoje pocity, je třeba, aby schopnost detekovat bolest zvládl pečující personál.⁵⁶ Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

K pravidelnému sledování bolesti dochází pouze u klientů s opiátovou náplastí. U ostatních klientů se bolest primárně nesleduje ani nehodnotí. Personál dle sdělení pozná u klienta se zhoršenými komunikačními schopnostmi, že má bolesti dle jeho projevů (např. odmítá jíst či projevuje diskomfort jiným způsobem). Testování ani metody detekce bolesti nerealizuje.

Opatření:

- 20) Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (bezodkladně).**

20. Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,⁵⁷ často však bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese,⁵⁸ v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

V zařízení neprobíhá systematické zjišťování deprese u klientů. Aktuálně se v zařízení nacházela jedna klientka s diagnostikovanou depresí. Ta je v péči psychiatra a užívá medikaci.

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

55 Viz Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA.

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

57 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.

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



Opatření:

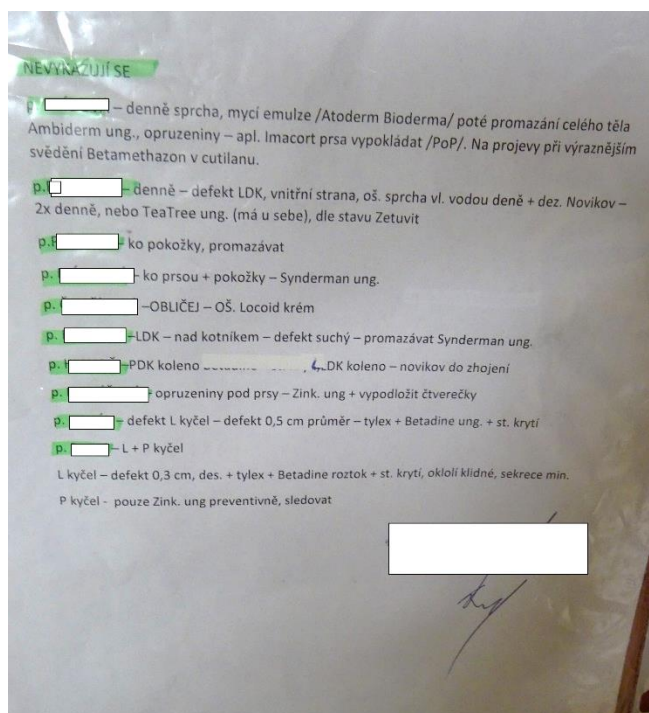
- 21) U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost zkoumání, zda nemají depresi. Stanovit v té souvislosti zadání a povinnosti pro personál (průběžně).

21. Dekubity

Klienti s omezenou pohyblivostí tráví většinu času na lůžku. Součástí péče proto musí být práce s rizikem vzniku dekubitů (proleženin) a postupy jejich předcházení.⁵⁹

Několik klientů v zařízení má dekubity. Zařízení spolupracuje s firmou X., kdy využívá jejich poradnu pro léčení ran. Poradenství firmy X. se využívá u některých z klientů pro nastavení léčby dekubitů. U těchto klientů je záznam o defektu a způsobu jeho léčby evidován v ošetrovatelské dokumentaci v programu Cygnus.

Vícero (konkrétně 10) dalších klientů má také dekubit či nehojící se ránu, aniž by však tato informace byla obsažena v ošetrovatelské dokumentaci klientů, případně jinde v jejich dokumentaci. Jediným záznamem je „neoficiální“ seznam klientů vedený na listu papíru (viz obr. 10). Je tomu tak proto, že personál se vždy nejprve snaží defekt vyhojit vlastní pomocí a teprve v případě neúspěchu kontaktuje firmu X. pro poradenství (a následně dekubit teprve zaeviduje a „zoficializuje“).



Obr. 10 – Neoficiální seznam klientů s dekubity

59 Pro více informací viz např. MIKULA, Jan, MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.



Upozorňuji, že vznik dekubitu stejně jako způsob léčby by mělo zařízení vždy zaznamenávat do dokumentace, která má dostatečnou vypovídací hodnotu. Za tímto účelem doporučuji tyto informace zaznamenávat do individuální ošetrovatelské dokumentace klienta.

Opatření:

22) V dokumentaci klientů vždy důsledně zaznamenávat informace o stavu a ošetření rány (průběžně).

22. 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 zdůrazňují i výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržením jejich kognitivních funkcí.⁶⁰

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.

22.1 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.⁶¹ 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, který do zařízení dochází jednou měsíčně (podle sdělení některých pracovníků pouze jednou za tři měsíce, v tomto se tedy zjištěné informace rozcházejí).

Všichni klienti se jedenkrát měsíčně váží. Imobilní klienti se váží na váze v kardiokřesle, případně lze využít zvedák s integrovanou váhou. Naměřené údaje slouží k vyhodnocení nutričního testu MNA[®]-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form) v systému Cygnus. Test se

60 NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Sledování nutričního a psychologického 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.

61 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.



tak každý měsíc aktualizuje. V některých případech jsou v systému Cygnus zaznamenány očividné chyby. Např. u klientky F, která má PEG, je dne 19. 6. 2023 zaznamenána váha 1 kg (obdobně dne 10. 6. je zde očividně zapsán nesprávný údaj).

Na základě vyhodnoceného MNA[®]-SF testu personál zařízení informuje nutričního terapeuta o potřebě intervence a domluví se s ním na řešení situace. Dle sdělení personálu však není zřejmé, kdo z pracovníků má po proběhlých personálních změnách na sobě tuto odpovědnost za vyhodnocení potřeby a následné zajištění intervence. Z dokumentace zároveň vyplývá, že v zařízení byli klienti s neřešenými problémy v oblasti nutrice.

Například klient G byl v době návštěvy ve značném riziku malnutrice (dle posledního testu ze dne 21. 6. 2023 byl v 50% riziku malnutrice, za poslední tři měsíce u něj došlo k poklesu hmotnosti o 8,1 kg). V dokumentaci klienta však nelze nalézt žádný vypracovaný nutriční plán, záznamy o sledování příjmu stravy nebo jiný záznam o ošetřovatelské intervenci v této oblasti.

Navázání spolupráce s nutričním lékařem či terapeutem považují za správné. Dle zjištěných poznatků je však nedostatečná, neboť není poskytována všem klientům s malnutricí.

Opatření:

23) Důsledně vyhodnocovat nutriční stav klientů a nastavovat odpovídající intervenci u všech klientů, u kterých je to třeba (průběžně).

22.2 Sledování příjmu stravy a tekutin

Zařízení by mělo věnovat dostatečnou pozornost systematickému sledování příjmu stravy a tekutin. Za tímto účelem by se zároveň mělo vždy stanovit, u koho má být příjem stravy či tekutin sledován, a nenechávat na intuitivním zhodnocení a všímavosti pracovníků v přímé péči, zda klient je dostatečně hydratován, či zda není v riziku malnutrice. Záznamy pořizované personálem by pak měly mít vždy objektivizovanou podobu.

Příjem stravy a tekutin se sleduje u některých klientů. Sledují a zaznamenávají jej pracovníci v přímé péči, kteří dostávají zadání, u kterého klienta příjem sledovat, od zdravotnického personálu. Sami hlásí zdravotnickému personálu, pokud zaznamenají, že klient (u kterého příjem není sledován) např. dlouhodobě přijímá málo tekutin.

Pracovníci zapisují příjem stravy a tekutin do papírového archu. Podle pokynu mají zapisovat každé napití a dále zaznamenat, kolik toho klient snědl. Zápisy o příjmu stravy jsou vyhotoveny dle uvážení jednotlivých pracovníků. Např. u klientky D jsou v týdnu od 18. 6. do 25. 6. záznamy typu: „oběd – ½ pol, ½ bram. kaše + řízek“, „svačina – jogurt“, „večeře – ryby“, „snídaně – 1x chléb bez kůrky“, „svačina – jablko“. Různým způsobem se zaznamenává i příjem tekutin, někteří pracovníci zaznamenávají příjem tekutin za celý den (viz záznam u klientky B: „31. 5. – káva, čaj, minerálka – 1200 ml“), jiní za den udělají několik záznamů, které ještě rozčlení podle času (záznam u téže klientky: 25. 5. 7:00 hod. – 12:00 hod. – káva – 200, 200, 100, 200 ml“).

Záznamy se následně předávají zdravotnickému personálu. Příjem se dále nezaznamenává do systému Cygnus a není jasné, zda záznamy personál vůbec nějak přehodnocuje.



Zde upozorňuji na potřebu pořizování objektivizovaných záznamů. Lze využít standardizovaných formulářů, kde se příjem stravy monitoruje zaškrtnutím příslušných políček (snědl čtvrt, půl, celou porci). Obdobně lze postupovat u sledování příjmu tekutin. Pracovnice v sociálních službách nemusí zapisovat každé napití. Nápoj lze připravit do vhodné nádoby a na konci směny objektivně změřit, kolik tekutiny klient vypil.

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

Opatření:

- 24) Pořizovat objektivizované záznamy příjmu stravy a tekutin a ve spolupráci s lékařem či nutričním specialistou je pravidelně vyhodnocovat a stanovit navazující postup (průběžně).**

22.3 Stravování

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

V opačném případě, kdy potřeby klienta nejsou respektovány, mohou nejen vznikat mnohá rizika (například vdechnutí potravy atd.), ale přijímání potravy se může také stát stresujícím a zatěžujícím momentem dne. Tím se nejen vytrácí společenský aspekt stolování, kdy klient přichází o možnost komunikace a sdílení s ostatními, ale zvyšuje se také například riziko výše zmíněné malnutrice, kdy v úmyslu vyhnout se nepříjemným zážitkům u jídla raději přestane klient přijímat potravu.

Zaměstnankyně Kanceláře pozorovaly průběh podávání stravy. Klienti se stravovali v jídelně v přízemí, v 1. patře v jídelně / společenské místnosti a u stolů na chodbách. Část klientů jí v pokojích. Ve 2. patře jídelna není, klienti jedí pouze na pokojích. Ve společných prostorech mají klienti stanovená místa, kde sedí. Dotázaní klienti, kteří se stravovali na pokojích, uváděli, že neví, proč nejí ve společných prostorech. Klienti, kteří se stravovali na chodbě, uvedli, že jsou na tento stav již zvyklí, takže jim nevadí.

Kultura stravování byla rozdílná. Na pokojích, kde bylo málo místa, a zejména na chodbách působilo stravování improvizovaným dojmem, a nikoliv jako prostory pro důstojné každodenní podávání stravy.

Standardně mají klienti na výběr ze dvou variant jídla, v době návštěvy měli dočasně výběr pouze z jedné varianty (údajně do září 2023, tento dočasný stav nicméně trvá už zhruba půl



roku). Strava se podává ve stanoveném čase, podle personálu nelze pokrmy z hygienických důvodů ohřívat a podávat případně později. Klienti se do přípravy stravy nezapojují, na vaření se podílí pouze v rámci aktivizačních činností. Ke stravě klienti uváděli, že by ocenili více ovoce a zeleniny. **Doporučuji vrátit se k výběru z více možností pokrmů, stejně jako doporučuji, aby se personál snažil při stravování vycházet z preferencí klientů.**

Při dopomoci s jídlem personál přistupoval ke klientům vlídně, dotazoval se klientů, kolik chtějí knedlíků, zda chtějí zelí a podobně. Při dopomoci u stolu ve společných prostorech pracovníci seděli spolu s klienty, personál jim věnoval dostatek pozornosti a tempo dopomoci bylo přiměřené.

Výhrady mám k dopomoci se stravováním na pokojích, kde pracovníci nad klienty stáli. **Doporučuji, aby pracovníci poskytovali dopomoc při podávání stravy vždy vsedě, tak aby byli v úrovni klienta, nikoliv nad ním.** Pracovnice Kanceláře dále pozorovaly, že personál jednu z klientek po obědě následně ihned uložil do lůžka v poloze na bok. Polohování na bok ihned po jídle vede ke zhoršení trávení a riziku vomitu a aspirace (hrozí, že se bude strava přesouvat do jícnu namísto do žaludku). **Ležící klienty doporučuji nechat vždy po jídle alespoň 20 minut v sedu nebo v polosedu.**

22.4 Mechanická úprava stravy

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

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

Některým klientům je podávána mechanicky upravená strava (informace o tom, že danému klientovi se mechanicky upravuje strava, je uvedena v systému Cygnus). Dle sdělení pracovníků návrh na úpravu stravy dávají pracovníci v přímé péči, o potřebě a formě úpravy stravy rozhoduje zdravotnický personál (případně se úprava stravy konzultuje s ošetřujícím lékařem). Zařízení systematicky nepracuje s hodnocením dysfagie, která bývá u seniorů velmi frekventovaná. Hodnocení dysfagie je v kompetencích všeobecné sestry, existuje jednoduchý praktický screening.⁶²

Zaměstnankyně Kanceláře pozorovaly úpravu a podávání namixovaného oběda klientce. Stravu klientce mixovali a podávali pracovníci v přímé péči. Pouze jeden z pracovníků, který se stravou manipuloval, měl rukavice. Druhý z pracovníků na jídlo sahal bez rukavic, aniž si předtím umyl ruce.

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



Kuřecí maso pracovníci pomixovali společně se zelím a knedlík rozmixovali s omastkem. Celkový vzhled pokrmu byl velmi nevábný (viz obr. 11). Dle pověřené expertky z oboru zdravotnictví, která byla podávání stravy přítomna, bylo na pohled kuřecího masa, které tvořilo bílkovinnou složku pokrmu, v porci velmi málo. Navíc pracovník, který stravu podával, si zřejmě sám nebyl jistý tím, co je v které složce obsaženo, takže podával více přílohy (klientka tedy dostávala nutričně méně hodnotnou složku jídla).⁶³

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



Obr. 11 – Mixovaná strava

Opatření:

- 25) Při mechanické úpravě stravy upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (průběžně).
- 26) Zajistit hygienické podávání stravy (průběžně).

⁶³ Pokud zařízení poskytuje péči osobám s demencí, je třeba této klientele přizpůsobit i stravovací režim. **Osoby s Alzheimerovou chorobou mají vyšší energetickou potřebu, měla by jim proto být podávána nutričně a energeticky odpovídající strava reflektující aktuální fázi onemocnění, stav výživy a přítomnost další choroby.**



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.

23. 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.

23.1 Soukromí v pokoji

Dle vnitřního řádu je „každý pokoj uzamykatelný a každý klient má uzamykatelnou část nábytku (skříň, noční stolek). Klienti mají klíče od svých pokojů, jejich používání je na jejich vlastní vůli.“

Co se týče **uzamykatelných prostor na pokoji**, klienti mají k dispozici trezor v šatní skříni / uzamykatelný noční stolek. Několik klientů v rozhovorech potvrdilo, že klíče mají, případně uvedli, zda si zamykají/nezamykají. Dle personálu by důvodem pro to, že klient u sebe klíč nemá, mohla být ztráta schopností s klíčem nakládat.

V pokojích se mohou klienti zevnitř zamknout prostřednictvím otočných zámků. Někteří z klientů mají možnost si pokoj uzamknout také zvenčí, zpravidla klienti z jednolůžkových pokojů.

V individuální dokumentaci klientů se nenacházely žádné informace o vyhodnocení rizik v souvislosti s nakládáním s klíčem.

Možnost zamknout si své osobní věci na pokoji či si uzamknout přímo pokoj by měla být standardně nabízena všem klientům s možnými výjimkami pouze v odůvodněných případech. Takovou informaci by měl personál následně zaznamenat do dokumentace klienta.

Opatření:

- 27) Zaznamenávat práci s rizikem při manipulaci s klíči do dokumentace klienta [od skříně i od pokoje] (průběžně).**



23.2 Soukromí při hygieně

Z rozhovoru s pracovníky a klienty vyplynulo, že se na vícelůžkových pokojích při intimních ošetrovatelských úkonech (výměna inkontinenčních pomůcek, hygiena) nepoužívají paravany ani jiná forma zástěn. Pracovníci mj. uváděli, že důvodem je nedostatek místa na pokojích. Někteří z klientů používají na vícelůžkových pokojích toaletní křesla, při výkonu potřeby jim však není zajištěna intimita (viz obr. 12). Oslovení klienti k tomuto sdělili, že jim to zpočátku bylo nepříjemné, když jejich spolubydlící před nimi na pokoji vykonával potřebu, ale nyní si už zvykli.



Obr. 12 – Toaletní křeslo na pokoji

Opatření:

- 28) V pokojích s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny a při ošetrovatelských úkonech zástěnu nebo jinou formu zastínění (průběžně).**



Personál

24. Vztahy mezi zaměstnanci

Práce v zařízení sociálních služeb je náročným a mnohdy stresujícím povoláním, které může vést k profesnímu vyčerpání a frustraci. Tyto stavy se pak mohou projevovat nevhodným chováním personálu směrem ke klientům i spolupracovníkům. I z těchto důvodů má poskytovatel sociálních služeb povinnost pro zaměstnance vykonávající přímou práci s osobami, kterým je sociální služba poskytována, zajistit podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.⁶⁴

V zařízení nedávno došlo k větším personálním změnám. Změny proběhly zejména ve vedení zařízení, konkrétně ve funkci ředitele, vrchní sestry a vedoucí přímé péče. Se změnou vedení proběhla řada změn v organizaci práce a v nastavení služby. V plánu je tvorba nových standardů péče, proběhly změny v nastavení směn (personál v přímé péči nyní slouží směny po patrech), v oblasti aktivizačních a volnočasových činností apod. Vedení má také vizi přestavby stávajících prostor zařízení, které považuje za nevyhovující.

Změny v nastavení služby a celkově veškeré změny, které povedou ke zkvalitnění poskytované péče, samozřejmě vítám a cením si jich.

Z rozhovorů však zároveň vyplynulo, že mezi personálem panuje velmi napjatá atmosféra. Někteří pracovníci poukazovali na to, že o některých změnách nejsou informováni, necítí se být dostatečně zapojováni, případně některým změnám nerozuměli. Jsem si vědom toho, že ne každá změna bývá přijímána lehce a osobní nastavení personálu se nemusí vždy potkat s představami vedení. Větší množství zásadnějších změn navíc představuje z časového hlediska dlouhodobý kontinuální proces. Není mým úkolem nastavovat manažerské postupy v této oblasti. **Atmosféra v zařízení a vztahy na pracovišti se však podepisují i na poskytované péči, zejména na přístupu ke klientům. Proto považuji za nutné upozornit na potřebu pracovat také na tom, aby si pracovníci změny postupně vzali za své a vnímali je, pokud možno, pozitivně.**

Doporučuji tedy veškeré plánované změny komunikovat transparentně a k personálu přistupovat s respektem k jeho odbornosti a zkušenostem. Úroveň komunikace mezi vedením a podřízenými, stejně jako mezi jednotlivými pracovníky, zakládá i úroveň komunikace pracovníků ke klientům.

Dále výrazně doporučuji přistoupit k využití podpory externích kvalifikovaných odborníků.

V době návštěvy v zařízení supervize neprobíhaly. Dle sdělení ředitelky zařízení se supervize pracovníků (pracovníků v přímé péči a jejich vedoucí) neujaly a supervizorka následně se zařízením rozvázala smlouvu. Aktuálně vytvářejí zakázku pro nového supervizora.

64 Bod 10 písm. e) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.



Supervize je vhodným nástrojem k navázání vztahů, ujasnění pravidel, budování důvěry a vzájemného sdílení, stejně jako možnosti reflexe. Lze však využít i další možné nástroje určené ke sdílení, jako je intervize, kazuistické semináře či balintovské skupiny.⁶⁵ To vše může pracovníkům pomoci reflektovat své vlastní jednání při výkonu profese.

Opatření:

- 29) Zajistit všem pracovníkům podporu ze strany kvalifikovaného nezávislého pracovníka (do 3 měsíců).**

⁶⁵ Od kazuistického semináře se liší tím, že předmětem není situace či problém klienta, ale spíše vzájemný vztah mezi klientem a pracovníkem, motivace pracovníka a její emoční složka včetně různých psychoanalyticky pojmenovaných procesů, jako například mechanismy přenosu, protipřenosu či projekce, které mohou mít vliv na volbu dalšího postupu.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Informovat všechny pracovníky o tom, kdo na základě vyhodnocení může zařízení opouštět (opatření č. 5)• Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (opatření č. 20)
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Uzpůsobovat prostředí a vybavení zařízení s ohledem na zvýšené riziko pádu a sníženou pohyblivost klientů (opatření č. 2)• Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu mimo zařízení (opatření č. 3)• Přijímat přiměřená opatření k zajištění bezpečí neorientovaných klientů (opatření č. 4)• 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. 6)• Vést dokumentaci, do které bude zaznamenáno, z jakého důvodu a kdy se u klienta užije prostředek prevence pádu (opatření č. 8)• Zajišťovat funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou s ohledem na svůj stav schopni je ovládat, a realizovat systematický nácvik využívání signalizace (opatření č. 9)• Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (opatření č. 10)• Respektovat soukromí a důstojnost klientů a netolerovat jakékoliv náznaky nevhodného chování (opatření č. 11)• Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobovat mj. stádiu demence klienta (opatření č. 12)• Nastavovat denní režim tak, aby respektoval princip normality a odrážel individuální přístup ke klientům (opatření č. 13)• Aplikaci a výměnu inkontinenční pomůcek důsledně přizpůsobovat potřebám klientů (opatření č. 15)• Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (opatření č. 16)• Zajišťovat zdravotně nezávadné a důstojné používání permanentního močového katetru (opatření č. 17)• Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 18)• Při podávání léků respektovat soukromí a důstojnost klientů (opatření č. 19)• U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost zkoumání, zda nemají depresi. Stanovit v té souvislosti zadání a povinnosti pro personál (opatření č. 21)



	<ul style="list-style-type: none">• V dokumentaci klientů vždy důsledně zaznamenávat informace o stavu a ošetření rány (opatření č. 22)• Důsledně vyhodnocovat nutriční stav klientů a nastavovat odpovídající intervenci u všech klientů, u kterých je to třeba (opatření č. 23)• Pořizovat objektivizované záznamy příjmu stravy a tekutin a ve spolupráci s lékařem či nutričním specialistou je pravidelně vyhodnocovat a stanovit navazující postup (opatření č. 24)• Při mechanické úpravě stravy upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (opatření č. 25)• Zajistit hygienické podávání stravy (opatření č. 26)• Zaznamenávat práci s rizikem při manipulaci s klíči do dokumentace klienta [od skříně i od pokoje] (opatření č. 27)• V pokojích s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny a při ošetřovatelských úkonech zástěnu nebo jinou formu zastínění (opatření č. 28)
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Vybavit zařízení prvky podporujícími orientaci klientů v prostoru, čase i osobách (opatření č. 1)• Vytvořit metodiku vážně míněného nesouhlasu a v praxi podle ní postupovat včetně proškolení personálu (opatření č. 7)• Zajistit všem pracovníkům podporu ze strany kvalifikovaného nezávislého pracovníka (opatření č. 29)
Do 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Začít pracovat s vhodnou metodou smyslové aktivizace; edukovat v této oblasti personál (opatření č. 14)