



ALZHEIMER HOME Pyšely

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	nám T. G. Masaryka 615, 251 67 Pyšely
Zřizovatel:	Penta Hospitals CZ, s. r. o.
Ředitelka:	Lucie Beranová
Typ zařízení:	Domovy se zvláštním režimem
Kapacita:	35
Datum návštěvy:	22. – 23. září 2022
Datum vydání zprávy:	24. ledna 2023
Návštěvu provedly:	Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Hanelová, Bc. Jitka Bolinová Fialová

JUDr. Stanislav Křeček
veřejný ochránce práv



Obsah

Obsah.....	2
Úvodní informace	4
Shrnutí	7
Prostředí	8
1. Umístění a budova zařízení	8
2. Orientace v prostředí	8
3. Bezbariérovost	9
4. Prostory připomínající běžnou domácnost	11
5. Pokoje klientů.....	12
Zajištění důstojné a individualizované péče.....	15
6. Přístup ke klientům	15
7. Komunikace.....	15
8. Volnočasové a aktivizační činnosti	17
9. Opatření omezující pohyb osob	18
10. Postranice.....	21
11. Fixace klientů.....	23
12. Signalizační zařízení.....	23
13. Hygiena.....	25
14. Mikční režim	26
15. Prevence malnutrice	27
16. Sexualita a intimita.....	29
17. Klient s omezenou svéprávností	30
18. Ukládání dokladů.....	32
Volnost pohybu a zajištění bezpečí	33
19. Volný pohyb klientů	33
20. Pobyt na čerstvém vzduchu	34
21. Pády.....	35
22. Stížnosti	37
Zdravotní péče.....	39
23. Dostupnost zdravotní péče	39
24. Podávání léků	39
25. Uložení léků.....	41



26. Bolest.....	41
Personál	43
27. Počet zaměstnanců	43
Přehled opatření k nápravě	44



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 mohou navštívit.²

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.³ Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřují 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 **sepíše 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 zašlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsáním zjištěním a navrženým opatřením.⁶ Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

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

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

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

3 Špatným zacházením se rozumí jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost a dosahuje určitého stupně závažnosti (samo o sobě, nebo při kumulativním účinku jednotlivých zásahů). V zařízeních sociálních služeb může mít špatné zacházení například podobu nezajištění bezpečí, nerespektování lidské důstojnosti, práva na soukromí, posilování závislosti na poskytované péči, nerespektování sociální autonomie, práva na spoluúčasť 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 ALZHEIMER HOME Pyšely (dále také jen „zařízení“, nebo „domov“) se nachází v centru obce Pyšely.⁹ Je součástí sítě domovů se zvláštním režimem ALZHEIMER HOME, které se zaměřují na péči poskytovanou osobám s demencí, způsobenou zejména Alzheimerovou chorobou. Zřizovatelem zařízení je společnost Penta Hospitals CZ, s. r. o.

Cílovou skupinou zařízení jsou osoby od 40 let věku s chronickým duševním onemocněním (s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demence, které mají snížené schopnosti svou nepříznivou sociální situaci zvládat a řešit a potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby). Kapacita domova je 35 míst. V době návštěvy v domově žilo 34 klientů, z tohoto počtu 33 klientů ve vyšším věku než 65 let.

V domově žijí muži i ženy (23 žen a 11 mužů). Dva klienti byli v době návštěvy omezeni na svéprávnosti a zastoupení opatrovníkem.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 22. – 23. září 2022 bez předchozího ohlášení. Tehdejší ředitelka zařízení, paní Veronika Skálová, byla o návštěvě osobně informována při jejím zahájení. Zaměstnankyně Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“) jí předaly pověření k provedení návštěvy, vyžádaly si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Cristina Boušková a Mgr. Tereza Hanelová. Na šetření se též podílela pověřená zdravotní sestra Bc. Jitka Bolinová Fialová.

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

⁹ V docházkové vzdálenosti je základní občanská vybavenost (obchody s potravinami). Klienti centrum navštěvují pouze v doprovodu personálu.



Shrnutí

V navštíveném zařízení jsem se neseťkal 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. Jsem si vědom toho, že poskytovatel je při plánování změn značně limitován dispozicemi prostředí, avšak nelze opomenout, že danou budovu má pouze v pronájmu.

V poskytované péči shledávám nedostatky zejména v oblasti práce s klienty s náročným chováním. Zdůrazňuji, že klíčová je v tomto případě analýza příčin chování, neboť člověk s demencí z důvodu poruchy myšlení reaguje často překvapivě a agresivita pro něj může být v dané chvíli jediným řešením.

Dále zařízení doporučuji, aby se ve větší míře zaměřilo na prevenci pádů. Obdobně vnímám jako potřebné přehodnotit nastavení užívání postranic a dalších podpůrných opatření sloužících k ochraně před pádem.

Personál rovněž nevěnoval dostatečnou pozornost zaznamenávání příjmu stravy a tekutin, což brání správnému nastavení nutriční péče. Klienti s demencí jsou přitom mimořádně ohroženi rizikem vzniku malnutrice.

Jako rizikový shledávám aktuální způsob uložení léků, který nezaručuje, že se k nim nedostane osoba, jež s nimi není oprávněna nakládat.

I přes popsané nedostatky vyzdvihuji ochotu a empatický přístup personálu.



Prostředí

1. Umístění a budova zařízení

Budova zařízení je součástí komplexu bývalého zámku s parkem. Nejedná se přímo o budovu zámku samotného, v tom sídlí jiný poskytovatel sociálních služeb, ale o sousední historickou budovu. Budova sama i přilehlý park podléhají památkové ochraně, což dle sdělení vedení zařízení limituje možnosti stavebních úprav budovy. Poskytovatel má budovu v pronájmu.¹⁰

V budově jsou tři podlaží, která využívají klienti (přízemí, 1. a 2. patro). V přízemí se nachází jídelna/společenská místnost, kuchyňka, ve které pracovníci chystají dovezenou stravu, dále sesterna a zázemí pracovníků v přímé péči, kancelář ředitelky a pokoje klientek. V 1. a 2. patře jsou už pouze pokoje klientů. V budově je lůžkový evakuační výtah.

Ve venkovních prostorách mohou klienti využít posezení (přímo před budovou), či vzdálenější lavičky v zahradě domova. Dle sdělení vedení zařízení se plánuje v zahradě stavba altánku.

2. Orientace v prostředí

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.¹¹

Pomoc klientovi s orientací v realitě (v místě, osobě, čase) zahrnuje řadu prvků. Lidé s demencí jsou ohroženi blouděním i ve známém prostředí. Prostor, kde se pohybují, má být proto přehledný, klienti mají vidět na personál a personál má o nich mít přehled. Jednotlivé místnosti (pokoj, sociální zařízení, denní místnost, jídelna) musí být označeny návodně a tak, aby upoutaly pozornost. Orientaci klienta v prostoru je třeba podpořit např. za pomoci piktogramů, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směrovkami, značkami.¹² Musí být rovněž zohledněno, že mnoho lidí s demencí má strach ze tmy nebo má problém rozeznat nerovnosti terénu. Orientaci v čase je pak vhodné pomoci např. velkými nástěnnými hodinami, viditelným barevným provedením dne v týdnu, měsíce, roku.

10 Vlastníkem budovy je dle informací obsažených v katastru nemovitostí Biskupství plzeňské.

11 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.

12 „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).



Co se týče orientace v čase, tak chodby domova byly vyzdobeny velkým množstvím různých typů hodin, které byly funkční a správně nařízené.

V zařízení se však nenacházely prakticky žádné prvky, které by podporovaly orientaci v prostoru. Místnosti (jídlna, sesterna apod.) a pokoje klientů byly označeny pouze nápisy, zcela chybělo např. barevné odlišení či návodné obrázky. Ze strany personálu zaznělo, že s klienty chystají vytvářet takovéto prvky poté, co nastoupí nová aktivizační pracovníce (od 1. října 2022).

Vzhledem k cílové skupině klientů nepovažují za vhodné ani velké množství zrcadel, která jsou v zařízení umístěna a která obecně na klienty s demencí mohou působit matoucím dojmem. To ostatně potvrdil i jeden z pracovníků zařízení, když v rozhovoru sdělil, že si klienti občas povídají sami se sebou v zrcadle.

Současný stav nelze považovat s ohledem na cílovou skupinu za dostačující. **Žádám tímto zařízení o vyjádření, v jaké fázi je deklarovaná příprava orientačních prvků a návazné uzpůsobení prostředí dle potřeb klientů. Pokud tyto nebyly ještě realizovány, tak o jejich dokončení žádám nejpozději v termínu uvedeném v opatření č. 1.**

Opatření:

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

Zařízení na svých webových stránkách deklaruje, že je plně bezbariérové.¹⁴ Na chodbách a v koupelnách klientů jsou všude umístěna madla, která slouží jako opora klientů při chůzi po zařízení. Koupelny a toalety jsou bezbariérové. V prvním patře je jedna společná centrální koupelna, koupelny se nacházejí rovněž přímo u pokojů klientů.

V zařízení se nachází lůžkový evakuační výtah. Klienti jej nemohou využívat samostatně, obdobně jako se nikdo z klientů nemůže samostatně pohybovat mezi jednotlivými podlažími (viz kapitola [Volný pohyb klientů](#)).

Za velký nedostatek považují, že lůžka klientů neprojdou dveřmi jejich pokojů (což ostatně potvrdila i sama ředitelka zařízení sdělením, že lůžka byla montována až v pokoji klientů). To neodpovídá materiálně-technickému standardu, podle kterého musí být šířka dveří větší

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. 05. 12. 2022]; dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf

¹⁴ Dostupné z: <https://www.alzheimerhome.cz/alzheimer-home-pysely/>



než šířka lůžek používaných v zařízení.¹⁵ Důvodem je právě možnost přesunu trvale ležících klientů.

I pokud by bylo možné vyjet s lůžkem z pokoje, tak vzhledem k nedostatku prostoru na chodbách v některých částech domova, zejména pak ve druhém patře, není možné s lůžkem manipulovat. Výtah, ačkoliv je prezentován jako lůžkový, je tak fakticky pro klienty na lůžku nevyužitelný.

V době systematické návštěvy byli v zařízení dva trvale ležící klienti a oba byli ubytováni právě na druhém patře. V případě požáru či jiné mimořádné události je otázkou, zda by s ohledem na bariéry v zařízení (úzké chodby, bariéry na schodištích) bylo možné trvale ležící klienty a klienty se sníženou mobilitou evakuovat včas.

Dále jako problematické vnímám nerovnosti (šikminy) na podlaze, které se nacházejí před vstupem do jídelny či na chodbě u pokojů klientů (viz obr. 1). Ty vyrovnávají rozdílnou výšku podlah mezi jednotlivými částmi budovy. Vytvořené jsou zřejmě proto, aby se v zařízení mohli pohybovat klienti na vozíku. Tyto šikminy však nejsou nijak označené. Ačkoliv rozumím jejich předpokládanému účelu vytvoření (umožnění bezproblémového pohybu po patře klientům na vozíku), tak u jiných klientů naopak zvyšují riziko pádu (viz kapitola [Pády](#)).



Obr. 1: Chodba v přízemí budovy

Opatření:

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

15 Viz Doporučený postup MPSV č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_Materialne_techicky_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96, str. 28.



4. Prostory připomínající běžnou domácnost

Domov se zvláštním režimem jakožto zařízení poskytující pobytovou službu neslouží pouze k přechodnému pobytu klientů, ale má se co nejvíce přibližovat prostředí domova. Prostory by měly být nejvíce uzpůsobeny cílové skupině a individuálním potřebám jednotlivých klientů.¹⁶ Klienti by neměli být v souladu s principem normality nuceni trávit čas pouze na svém pokoji. Je normální a přirozené, že člověk střídá různá prostředí dle typu činnosti: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity.¹⁷ Osoba s demencí má jako každý jiný právo střídat prostředí a z této změny profitovat.

Prostředí domova bylo poměrně vkusně vybaveno a působilo útulným dojmem. Na chodbách byly vytvořeny koutky k sezení s křesly, které vybízely k posezení (viz obr. 2). Obecně se na chodbách nacházelo velké množství různých dekorací (výhradu mám k již zmiňovanému umístění zrcadel, viz kapitola [Orientace v prostředí](#)).

Vstup do pokojů je přímo z chodby. Součástí každého pokoje je plně bezbariérová koupelna s toaletou. Funkci společenské místnosti plnila v domově jídelna, která se nacházela v přízemí a kde kromě společných obědů a večeří měly probíhat i aktivizační činnosti klientů (ty se však v době návštěvy nerealizovaly, respektive probíhaly ve velmi omezené míře, protože pozice aktivizační pracovníce nebyla obsazena). V místnosti se nachází televize a rádio, nejsou zde však žádné pohovky či křesla, místnost je vybavena jako standardní jídelna (viz obr. 3). V dalších patrech se již žádná společenská místnost nenacházela. Co se týče možnosti přípravy jídla a nápojů, tak se v kuchyni domova nacházela mikrovlnná trouba a rychlovarná konvice, nicméně klienti do této kuchyně neměli volný přístup. Mohli si zde pouze uschovávat potraviny ve společné lednici. V jídelně byl klientům k dispozici automat na kávu, čaj a ochucené nápoje. Pracovnice Kanceláře však zaznamenaly rozporuplné informace ve vztahu k tomu, zda klienti mohou, či nemohou automat samostatně obsluhovat.¹⁸ **V této souvislosti upozorňuji, že praxe, kdy klienti musí o přístup ke svým potravinám, případně nápojům, vždy žádat pracovníka, vede k výraznému omezení jejich samostatnosti v této oblasti.**

Celkově se zařízení potýká s velkým nedostatkem prostor, což vícekrát zmiňoval i personál. Personál na chodby odkládá různé předměty, jako např. kompenzační pomůcky (vozíky, křesla), která tak limitují možnosti pohybu na chodbě a zamezují i možnosti sezení na křeslech (viz obr. 4). Na chodbě se nedá pohybovat s lůžkem (viz kapitola [Bezbariérovost](#)). Stísněné prostory negativně ovlivňují i úkony ošetrovatelské péče (např. na některé pokoje se pak nedá dostat s mobilním zvedákem). Chybí prostory pro zajištění

16 Bod 13 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „standardy kvality sociálních služeb“).

17 „Základní sociální uspořádání v moderní společnosti je takové, že člověk spí, hraje si a pracuje na rozdílných místech, s rozdílnými kolegy, pod různými autoritami a bez nějakého všezahrnujícího racionálního plánu. Ústřední rys totálních institucí může být popsán jako zhroucení bariér, které obvykle oddělují tyto tři sféry života.“ Volný překlad z GOFFMAN, Erving: *Asylum, Essays on The Social Situation on Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books Doubleday and Company, In. 1961. s. 5.

18 Vzhledem k tomu, že automat byl v době návštěvy pracovník Kanceláře nefunkční, tak nebylo možné tuto informaci ověřit pozorováním.



soukromí klientů. Sezení na chodbách sice navozuje pocit soukromí, ale ve skutečnosti je sezení stále v prostoru volně průchozí chodby. Potřeba většího zajištění soukromí přitom souvisí i s velkým množstvím vícelůžkových pokojů. Zde upozorňuji na potřebu vytvoření společenské místnosti, jejíž vybavení bude připomínat běžnou domácnost. Tato místnost by měla být klientům volně přístupná a zajišťovat dostatek soukromí. Zároveň by neměla být umístěna příliš daleko od pokojů klientů.¹⁹ V neposlední řadě není vyhovující ani zázemí pro personál, kdy pracovníci v přímé péči mají pracovní stůl na chodbě.

Jsem si vědom toho, že zařízení je v tomto ohledu výrazně limitováno materiálně-technickými podmínkami zařízení (památkově chráněná budova, kterou má zřizovatel pouze v pronájmu). **Upozorňuji však na výše zmiňované nedostatky a do budoucna dávám zařízení při dalším směřování služby na zvážení možnosti řešení situace (přemístění do jiných prostor v dané lokalitě, snížení lůžkové kapacity), či jiné alternativy, které by napomohly eliminaci popsaných prvků.**



Obr. 2: Posezení na chodbě



Obr. 3: Jídelna



Obr. 4: Bariéry na chodbách

5. Pokoje klientů

Pokoj v pobytovém zařízení sociální služby představuje osobní prostor klienta, proto by měl v nejvyšší možné míře odrážet klientova přání a jeho individualitu. Standardem by měly být jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, které nesmí být průchozí a poskytují klientům patřičné

¹⁹ Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014, str. 10.



soukromí. Dvojlůžkový pokoj musí mít minimálně 14 m², pro osoby s těžkým pohybovým postižením minimálně 18 m².²⁰ Co se týče vybavení na pokoji, tak každý klient musí mít přístup k vybavení umožňující sedět, ležet, ukládat si věci běžné denní potřeby a vykonávat aktivity u plochy (např. jíst, psát, číst) vzhledem k jeho schopnostem a možnostem.²¹

Pokoje klientů jsou standardně vybaveny postelí s nočním stolem, nástěnnými policemi, stolem s židlemi (příp. křesly) a komodou s televizí.

Klienti bydlí v jednolůžkových (pět pokojů), dvoulůžkových (tři pokoje) a třílůžkových pokojích (osm pokojů). Nejvíce klientů tedy bydlí ve vícelůžkových pokojích, které přitom nejsou z hlediska zajištění dostatečné míry soukromí zcela vhodné. Jsem si vědom toho, že zařízení je limitováno dispozicemi budovy, avšak **upozorňuji, že pokoje klientů by měly plnit funkci jejich vlastní soukromé zóny, a proto není vhodné, aby jeden pokoj obývaly více než dvě osoby. Do budoucna tak zařízení doporučuji, aby se při dalším plánování směřování služby zaměřilo na postupné upouštění od využívání vícelůžkových pokojů.**

V souvislosti se zajištěním soukromí na pokojích ještě upozorňuji na nutnost využívání zástěn při realizaci úkonů ošetrovatelské péče. Zařízení má sice zástěny k dispozici, avšak personál sám přiznával, že se neuvádějí důsledně (pracovníci mj. uváděli, že klienti nepocítují stud). **Upozorňuji, že při intimních úkonech je personál s ohledem na důstojnost klientů musí využívat vždy.**

Opatření:

- 3) Na pokoji s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny, ošetrovatelských úkonech či při použití přenosného toaletního křesla zástěnu, nebo jinou formu zastínění (průběžně).**

5.1 Soukromí na pokoji

V případě, že klient nemá vlastní jednolůžkový pokoj, případně si jej nemůže sám uzamknout, je třeba, aby mu poskytovatel za účelem uložení dokladů, listin a případně i jiných cenností zajistil bezpečný uzamykatelný prostor v pokoji. Klient by měl mít od tohoto prostoru klíč. Výjimka z tohoto standardu může představovat pouze situace, kdy by manipulace s klíčem mohla pro klienta představovat bezpečnostní riziko. K tomu však může personál dospět pouze po individuálním zhodnocení rizik, o čemž zároveň učiní záznam do dokumentace klienta. Obdobná potřeba zhodnocení se týká i možnosti uzamčení pokojů. Poskytovatel by měl zároveň nastavit pravidla pro řešení možných rizikových situací,²² stejně jako nastavení pravidel pro správu věcí, které si klient případně uloží u personálu.

Klienti mají v pokoji dostatek prostor, kde si mohou ukládat své osobní věci. Nemohou si je ale uzamknout. Zhodnocení, zda je klient schopen nakládat s klíči (od skříní či od pokoje) v dokumentaci absentuje. Dle sdělení vedení je v plánu pořízení uzamykatelných nočních stolků, respektive pořízení zámků na noční stolky, které klienti již mají. Klíče od stolků budou

²⁰ Doporučený postup MPSV č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou, str. 25.

²¹ Tamtéž, str. 30.

²² Např. tzv. pohotovostní otevření dveří bez souhlasu klienta.



mít ti klienti, kteří o jejich uzamykání projeví zájem. Klienti mohli prozatím k uložení cenností využívat trezor u personálu.

V této souvislosti žádám o sdělení, zda již zařízení zmiňované zámky nainstalovalo, případně v jakém časovém horizontu se tak stane.

Dále v této souvislosti upozorňuji, že využívání uzamykatelných prostor by mělo být nabízeno všem klientům, nikoliv pouze těm, kteří o ně případně projeví zájem. Výjimku představuje situace, kdy personál zařízení vyhodnotí, že klient není s ohledem na své kognitivní schopnosti schopen s klíči nakládat a představovalo by to pro něj bezpečnostní riziko.

To se týká i možnosti uzamykání pokojů. Aktuálně nemá nikdo z klientů od svého pokoje klíč. Dle vedení zařízení by si klienti mohli pokoj zamykat, pokud by chtěli, avšak doposud o to nikdo neprojevil zájem.²³ Obdobně tato možnost by měla být standardně nabízena všem klientům s možnými výjimkami pouze v odůvodněných případech. Je možné, že klienti, kteří již přivykli nižší míře soukromí, necítí potřebu si pokoje či noční stolky zamykat, to však není důvodem pro rezignaci na práci se soukromím.

Opatření:

- 4) Umožnit klientům uzamykat si svůj pokoj, a to na základě vyhodnocení individuálních schopností a následné minimalizace rizik u každého z nich (do 3 měsíců).**
- 5) Zaznamenávat práci s rizikem při manipulaci s klíči do dokumentace klienta – od skříně i od pokoje (průběžně).**

²³ Pouze v minulosti zařízení dle sdělení jednoho pracovníka řešilo situaci, kdy jeden z klientů opakovaně vcházel do pokoje jiné klientky, která si to nepřála. Za tímto účelem byla na daný pokoj nainstalována koule místo kliky. Dveře se tak otevíraly pootočením koule, což klient již nezvládl.



Zajištění důstojné a individualizované péče

6. Přístup ke klientům

Pracovníci ve většině případů klienty oslovovali křestními jmény ve spojení s vykáním. Někteří pracovníci však klientům tykali, oslovovali je zdrobnělinami či jinými nevhodnými oslovenými („děvčata“, „děvčátka“). Ze strany personálu zaznívaly ve vztahu ke klientům i další výrazy („krmení“, „papejte“, „přebalování“, „ležák“), které lze označit za familiární, či nevhodné.

Sami pracovníci v rozhovorech uváděli, že jsou si vědomi toho, že by klientům tykat neměli, avšak „poznají na klientech, že jim to dělá dobře“, či že klientům tykají proto, aby se cítili jako doma, kde jim také nikdo nevyká.

Ačkoliv se může zdát, že zdrobnělinami a tykáním projevuje personál pozitivní vztah ke klientům, je nutné tento přístup odmítnout. Klient je v závislém postavení, styl komunikace určuje personál. Nevhodným oslovováním je klient staven do role dítěte a zasahuje se do jeho důstojnosti. Pro usnadnění komunikace je však možné zavést vzájemnou domluvou tykání; to by mělo být oboustranné, aby byla zachována atmosféra „rovného postavení“.²⁴

Nevhodných výrazů, které naznačují paternalistický přístup a klienta pasují do role pouhého objektu péče, je pak nutné se zcela vyvarovat

Opatření:

- 6) Dbát o korektní oslovování klienta a vhodnou komunikaci s ním (průběžně).**

7. Komunikace

V domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem mohou žít lidé, kteří mají snížené komunikační schopnosti. Zejména v pozdějších fázích syndromu demence dochází k výraznému omezení verbální komunikace, což klade nároky na schopnost personálu navázat s člověkem s demencí kontakt, komunikovat s ním nonverbálně a umět mu porozumět.²⁵ Komunikaci je vhodné podpořit využitím nástrojů alternativní a augmentativní komunikace.²⁶ Nalezení efektivního způsobu komunikace je pak základním předpokladem

24 V tomto případě však musí personál zároveň vyřešit otázku možného negativního dopadu na ostatní klienty (klient, který si s pracovníkem netyká, se může cítit v „v menší oblibě“ než klient, který si s pracovníkem tyká), či stejného přístupu ze strany všech pracovníků zařízení (např. pokud by klientovi jeden pracovník tykal a druhý vykal, tak pak se může klient domnívat, že je u daného pracovníka „v menší oblibě“).

25 *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*, str. 17.

26 Alternativní a augmentativní komunikace jsou „všechny formy dorozumívání, které doplňují nebo nahrazují řeč, ať už přechodně, nebo trvale. Alternativní a augmentativní komunikace užívá cílené pohledy očí, gesta, manuální znaky (například jazykový program Makaton), předměty, fotografie, obrázky, symboly (Makaton, Bliss, PCS aj.),



pro poskytování služby individuálním způsobem a dle skutečných potřeb klienta. Pokud komunikace klientů není rozvíjena, nemusí být dostatečně zjišťovány skutečné potřeby klienta a může docházet k prohlubování závislosti na poskytované péči, frustraci, sociální izolaci a vzniku problémového chování. Vytváří se tak prostor pro špatné zacházení s klientem.

Z rozhovoru s pracovníky vyplynulo, že zařízení systematicky nepracuje na zajištění funkčního způsobu komunikace u klientů s omezenou komunikační schopností. Jeden z pracovníků tak například uvedl, že se s klienty se sníženou schopností komunikace domlouvá „horko těžko“. Pokud má pocit, že klient nerozumí, hovoří například pomaleji. Jiný pracovník k tomuto uvedl, že s klienty hovoří, „jako by byli normální“.

Při komunikaci tak vychází pracovníci v zásadě ze svých zkušeností a vyzorovaných projevů klienta (mimiky, gest, zvuků). Zařízení nevyužívá žádné komunikační pomůcky. Nejsou zpracovány žádné materiály ve formě snadného čtení nebo jiné zjednodušené formě. I např. jídelníček je pouze textový. Stejně tak smlouva a domácí pravidla mají pouze textovou formu.²⁷ Vedení zařízení k tomuto uvedlo, že pokud klient, se kterým uzavírá smlouvu, nezvládá smlouvu číst, tak mu jí přečte a vše pomalu vysvětlí. Ze sdělení pracovníků rovněž vyplynulo, že v tématu komunikace s klientem s demencí nejsou nikterak proškoleni.

Metodička sociální oblasti společnosti ALZHEIMER HOME, která byla návštěvě pracovníc Kanceláře rovněž přítomna, sdělila, že pro klienty, kteří nekomunikují verbálně, nyní vznikl „dotazník pro nekomunikující“. Měl by jej vyplňovat klíčový pracovník klienta (má se jednat o hodnocení podle zadaných kritérií). Dotazník je ale ve fázi zavádění a v zařízení doposud nebyl aplikován.

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

Opatření:

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

piktogramy, písmena a psaná slova, komunikační tabulky, technické pomůcky s hlasovým výstupem a počítače“. In: ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA, Ivan a kolektiv. *Klinická logopedie*, 2. aktualizované vydání: Portál, 2007, 615 s. ISBN 9788073673406.

27 Dle předloženého Standardu kvality k uzavírání smlouvy by zařízení mělo mít k dispozici smlouvu v obrázkové podobě.



8. Volnočasové a aktivizační činnosti

Klienti se syndromem demence profitují v každé fázi svého onemocnění z jiných aktivit a tomu má odpovídat nabídka náplně dne v zařízení. Zatímco ve fázi středně pokročilé a rozvinuté demence jsou klienti schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a profitují z programových aktivit,²⁸ lidé s těžkou demencí potřebují především individualizovanou asistenci. Účast na programových aktivitách již pro ně přínosná není, naopak jim může způsobovat diskomfort a být pro ně zatěžující.²⁹ 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.

Co se týká možností aktivit, kterým se klienti mohou v průběhu dne věnovat, tak jejich nabídka byla v průběhu návštěvy omezená. Důvodem bylo mj. chybějící obsazení místa aktivizačního pracovníka. V době návštěvy byla tato pozice již více než měsíc neobsazena. Nový pracovník měl nastoupit dne 1. října 2022. Aktivity tedy klientům zajišťovali pouze omezeně pracovníci v přímé péči v rámci svých časových možností (zařízení nebylo nikterak personálně posíleno). Dle pracovníků s klienty běžně realizují aktivity jako kreslení, čtení, luštění křížovek, pečení moučnicků. Pracovníci rovněž uváděli, že i v době přítomnosti aktivizačního pracovníka se jedná zejména o skupinové aktivity (ze strany klientů má být údajně o tyto aktivity velký zájem). Co se týče bazální stimulace, tak zařízení s tímto konceptem nepracuje (někteří z pracovníků nevěděli, co tento pojem znamená, jiní potvrdili, že se v zařízení nerealizuje).

V této souvislosti upozorňuji, že **skupinové aktivity již nemusí být vždy vhodné pro klienty v pozdějším stádiu demence**. Naopak u nich je důležité klást důraz na aktivity, které budou realizovány na individuální bázi. Dále upozorňuji na potřebnost zmiňované **bazální stimulace**, která je součástí rehabilitačního ošetřovatelství u klientů s vysokou mírou podpory.³⁰ Aby poskytovatel dosáhl co nejkvalitnější péče o tyto klienty, měli by pracovníci v přímé péči absolvovat také vzdělávání v bazální stimulaci.

Zájmové a volnočasové činnosti se pak odrážejí **v individuálních plánech** klientů. Individuální plán sestavuje po příjmu do zařízení vedoucí přímé péče, a to základě zájmů klienta a informací sdělených od rodin. Individuální plán pak dále zpracovávají a vyhodnocují s klientem klíčoví pracovníci.

Někteří dotázaní pracovníci však nebyli schopni sdělit, komu jsou klíčovými pracovníky, v čem spočívá práce klíčového pracovníka a jak naplňují kroky stanovené v individuálních plánech. Osobní cíle uvedené v individuálních plánech jsou pak nastaveny poměrně vágně,

28 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 (*Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*, str. 5).

29 Tamtéž, str. 4–5, 8.

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



např. u klientky A je osobním cílem „aktivizace, zapojení do denních činností“. Obdobně u klienta B je osobním cílem „zapojit se do aktivit v zařízení“.

Doporučuji zařízení, aby se více zaměřilo na tvorbu a práci s individuálními plány klientů, aby se nejednalo o pouhou formální záležitost, ale o skutečný nástroj pro poskytování služby.

Opatření:

- 9) Zajišťovat nabídku aktivit, které odpovídají individuálním potřebám, přáním a preferencím jednotlivých klientů s důrazem na specifika demence (průběžně).**
- 10) Začít pracovat s metodou bazální stimulace; edukovat v této oblasti personál (do 6 měsíců).**
- 11) Při tvorbě individuálních plánů nastavovat vhodné cíle v závislosti na specifických potřebách a přáních klientů (průběžně).**

9. Opatření omezující pohyb osob

Problematika opatření omezujících pohyb osob je upravena v zákoně o sociálních službách.³¹ Opatření omezující pohyb není možné použít, pokud se nejedná o případ přímého ohrožení zdraví a života osob. Pokud takováto situace nastane, personál se musí nejprve pokusit o odvrácení hrozby slovním zklidněním, odvrácením pozornosti apod. Až v případě, že tyto pokusy budou neúspěšné, je možné přistoupit k použití vlastních opatření omezujících pohyb, ale opět od nejnižší intenzity: nejprve pomocí fyzických úchopů, následně umístěním do místnosti pro bezpečný pobyt, v nejzávažnějším případě podáním zklidňující medikace. Použití těchto opatření může trvat pouze po dobu nezbytně nutnou k odstranění ohrožení a následně musí dojít k vytvoření záznamu do evidence obsahující, mimo jiné, důvod použití opatření, popis bezprostředně předcházející situace, průběhu použití opatření a bezprostředně následující situace. Přísnost pravidel vztahujících se na opatření omezující pohyb je dána tím, že se jedná o zásah do základního práva zaručeného Listinou základních práv a svobod.³² Je důležité si uvědomit, že podání léku s tlumivým účinkem musí předcházet mnoho kroků, a mělo by se tedy jednat o výjimečně využívané opatření, které je dále svázáno s dalšími povinnostmi. Aplikování této medikace je možné pouze na základě ordinace přivolaného lékaře. Předpis od lékaře by tedy měl na základě znalosti zdravotního stavu konkrétního klienta a projevů jeho nemoci jasně stanovit při jakém chování, jaký lék (včetně jeho síly a dávky) má být klientovi podán, a to včetně informace ohledně množství a časového rozmezí, v němž je podání možné.

Dodávám, že opatření omezující pohyb je nutné odlišit od preventivních prostředků sloužících k ochraně před pádem klienta (viz kapitoly [Postranice](#) a [Fixace klientů](#)).

Pracovníci zařízení shodně uváděli, že se v zařízení nevyužívají opatření omezující pohyb. Místnost pro bezpečný pohyb v zařízení není. Dotázaní pracovníci uváděli, že se s agresí klientů příliš nesetkávají. V takové situaci by se dle sdělení pokoušeli klienta zklidnit slovně, a upozornili by zdravotní sestru. Rovněž uváděli, že neabsolvovali žádné školení na zvládnání

31 Ustanovení § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

32 Článek 8 Ústavního zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.



agrese klientů či bezpečný úchop. Postup pracovníků při agresivních projevech klienta stručně upravuje vnitřní standard k Nouzovým a havarijním situacím. Dle tohoto standardu se má zaměstnanec nejprve snažit klienta uklidnit vhodným komunikačním přístupem. Pokud tento přístup nepostačuje, tak přivolá zdravotní sestru, která postupuje dle ošetrovatelského standardu zařízení pro podávání léků na zklidnění.

Vícero pracovníků pak popisovalo incident, ke kterému v zařízení došlo dne 8. 7. 2022. Klient B se projevoval agresivně vůči personálu, konkrétně měl napadnout pracovníka, který mu poskytoval pomoc při hygieně.³³ Daný pracovník byl v době návštěvy pracovní Kanceláře v důsledku tohoto incidentu stále v pracovní neschopnosti. Personál měl o incidentu telefonicky informovat psychiatra a klient byl následně převezen do psychiatrické nemocnice. Po incidentu měla být dle jednoho člena personálu klientovi rovněž injekčně aplikována neklidová medikace, tuto informaci se však nepodařilo ověřit.

V dokumentaci nelze o incidentu najít téměř žádné záznamy. V hlášení o nežádoucích událostech je uvedeno, že klient napadl personál a byl převezen do psychiatrické nemocnice. Tato nežádoucí událost je vyhodnocena jako „závažná – vyžadující zákrok nebo léčbu“. V záznamech péče ze dne 8. 7. 2022 je pouze uvedeno, že klient byl převezen do psychiatrické nemocnice. Do ošetrovatelské dokumentace klienta z téhož dne pracovníci zapsali: „Klient byl dnes na jídelně plačtivý a agresivní k personálu. Medikace podána dle OL.“ Další zápis pak obsahuje opět pouze totožnou informaci o převezení klienta do psychiatrické nemocnice.

V dokumentaci tedy **zcela absentuje podrobnější záznam** o průběhu incidentu a způsobu jeho řešení (kromě informace o hospitalizaci klienta). Není uvedeno, jakým způsobem došlo ke zklidnění agrese klienta, zda se klient uklidnil sám, či zda museli zasáhnout pracovníci např. prostřednictvím užití opatření omezujícího pohyb, ať už ve formě úchopů, či neklidové medikace. Zápis v ošetrovatelské dokumentaci pak hodnotím s ohledem na daný incident jako mimořádně vágní (není zřejmé, zda byla klientovi podána jeho pravidelná medikace, nebo jiná medikace, např. právě zmiňovaná v úvahu připadající neklidová medikace).

Upozorňuji, že **absence řádného záznamu o proběhlé mimořádné události zavdává pochybnosti o tom, co se skutečně odehrálo**. Z popisu situace by mělo být zřejmé, co se stalo a jakým způsobem to personál řešil, mj. i s ohledem na právní odpovědnost za případnou způsobenou újmu (ať už na zdraví, či na majetku). Zařízení tím chrání jak klienty, tak personál zařízení.

Zároveň s ohledem na znění standardu pro postup při agresivních projevech klienta a informace sdělené personálem upozorňuji, že k užití opatření omezujících pohyb lze vždy přistoupit pouze za předpokladu splnění zákonných podmínek (viz výše). Aplikování

³³ Personál situaci popisoval tak, že se pracovník v přímé péči po ukončení dopomoci hygieny klientovi B věnoval dalšímu klientovi. V tu chvíli k němu přistoupil klient B a „zkroutil“ mu ruku. Klient se měl projevovat neklidně již předtím, měl odmítat jídlo i pití. V záznamech péče ze dne předcházejícího incidentu pracovník zařízení zapsal: „Klient dnes velice surově reagoval na to, že má vstát z postele, aby proběhla ranní hygiena spolu s převlečením mokré postele.“



neklidové medikace, být předepsané lékařem, je při podání za účelem zklidnění agresivního klienta nutné vždy vnímat jako opatření omezující pohyb.³⁴

Klient je aktuálně znovu v zařízení, po hospitalizaci se však vrátil ve výrazně horším zdravotním stavu. Pracovníky je nyní označován jako trvale ležící klient.³⁵ Personál také popisoval, že s klientem je náročná komunikace, neboť se velmi brání péčovým úkonům. Při celkové hygieně mu musí poskytovat dopomoc tři pracovníci. Pracovníci popisovali, že se klient v těchto situacích brání a bývá agresivní, konkrétně uváděli, že „pláče, pláče, zaútočí“, či že je „vystrašený, lekavý, ještě se nezklidnil“. V plánu péče klienta v oblasti poskytování hygieny k datu realizaci návštěvy (23. 9. 2022) není o těchto problémech a nutnosti specifického přístupu žádná zmínka. Individuální plán klienta ze dne 8. 9. 2022 stanovuje jako cíl „zapojit klienta do aktivit v zařízení“. Jako dílčí krok k naplnění cíle stanovuje trénink komunikace, protože klient nemá rád nové lidi a tváře, které nezná. Rizikovým faktorem je špatná nálada klienta, personál by se měl v případě špatné nálady snažit klienta rozveselit.

Na základě popsaného případu pak dále upozorňuji zařízení, že by se mělo více zaměřit na specifika **práce s klienty s náročným chováním**. U klientů s demencí je agresivita často reakcí na nepochopení ze strany pečujících. Klient si nedokáže kvůli poruše myšlení mnoho situací racionálně vysvětlit. Agresivita tak může být v první řadě obrannou reakcí v situacích, kdy se klient cítí být ohrožen, když se někdo příliš nepříjemně přibližuje a vstupuje do soukromí, nebo do intimního prostoru klienta. K tomu dochází zejména v situacích, kdy pečující pomáhají s oblékáním nebo s osobní hygienou.³⁶

Doporučuji zařízení, aby si nastavilo jasný postup pro práci s klientem, který se projevuje agresivním či jinak náročným chováním. Za tímto účelem by měl personál provádět rozbor situací a chování, které je u těchto klientů hodnoceno jako „problémové“. Toto chování by mělo být zmapováno, aby bylo zřejmé, kdy a jak se projevuje, pokud toto lze vysledovat. Rovněž by měl být stanoven sled kroků, jak se má s klientem pracovat, aby se tomuto chování předešlo do budoucna, a jak se toto chování má zvládnout, pokud nastane. Nastavené kroky by měl personál průběžně vyhodnocovat. Upozorňuji, že tento postup vychází z povinnosti poskytovat sociální službu způsobem, který předchází situacím, v nichž je nezbytné použít opatření omezující pohyb.³⁷

Opatření:

12) Vzdělávat a jednotně metodicky vést personál ve zvládnání náročného chování klientů s demencí. V rámci toho zahrnout možné projevy tohoto chování a plány péče zaměřené na prevenci a nerestriktivní řešení (průběžně).

34 „O opatření omezující pohyb půjde i v případech, kdy je klientovi podán lék kvůli agresivnímu chování. Není zde relevantní, zda má dopředu od lékaře předepsán lék s tlumivým účinkem pro případ „neklidu“ či „agrese.““ Viz HRADILOVÁ, Adéla. Nepravidelná medikace s tišícím účinkem v praxi zařízení sociálních služeb pro seniory. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 17.

35 V době návštěvy se klient nacházel v izolaci z důvodu positivity na onemocnění COVID-19.

36 Viz HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, str. 87 a násl.

37 Viz ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.



10. Postranice

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

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,
- nelze využít méně restriktivní opatření,³⁸
- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, nikoliv usnadnění práce personálu,
- v individuální dokumentaci klienta musí být zaznamenáno, kdo užití nástroje doporučil a z jakého důvodu a musí být stanovena jasná pravidla pro jeho použití (kdy a po jaký časový úsek má být používán³⁹),
- klient, který je mobilní, musí mít možnost sám lůžko opustit.⁴⁰

Zároveň platí, že do rozhodovacího procesu o použití těchto nástrojů musí být zapojen klient, a to v takové míře, v jaké to jeho možnosti a schopnosti dovolují, a musí být splněny výše uvedené podmínky.⁴¹

Užití postranic v zařízení upravuje vnitřní předpis zařízení (Standard č. 2):

„Postranice u lůžka lze používat na přání a se souhlasem klienta, a to v určenou dobu (klient má možnost postranici sám sundat), nebo tehdy, pokud u imobilního klienta přetrvává zvýšené riziko možného pádu z lůžka a následného zranění, a to vždy na nezbytně nutnou dobu. Zaměstnanec nikdy nesmí využívat postranice jako prostředek, který klienta bezdůvodně omezuje, ale pouze jako prostředek pro klientovu ochranu formulář F100001 - Souhlas s použitím postranic.“

Zmiňované formuláře souhlasů jsou uloženy u ředitelky zařízení. Postranice jsou dle těchto souhlasů indikovány lékařem. Formulář rovněž obsahuje vyjádření souhlasu klienta a podpis pracovníka, který provedl tento záznam. Například u klientky C je tak ve formuláři ze dne 24. 2. 2020 uvedeno, že na základě konzultace s praktickým lékařem se budou klientce zvedat postranice na noc k zamezení pádu z lůžka. Klientka dle formuláře souhlasí s užitím postranic na noc. V osobní dokumentaci klientky je však zároveň uvedeno, že klientka není orientována místem a časem, poznává pouze některé členy rodiny. Pro účast na rozhodování (schopnost rozhodovat se) pak potřebuje úplnou fyzickou podporu.

Klientka D dne 15. 4. 2021 podepsala formulář, dle kterého souhlasí s použitím postranic u lůžka v průběhu celého dne. Použití postranic na celý den je dle formuláře indikováno lékařem z důvodu zhoršení zdravotního stavu klientky a rizika pádu. Rovněž tato klientka je

38 Např. snížení lůžka či položení matrace vedle lůžka.

39 Noc, celý den, část dne.

40 Zkrácená postranice, technická úprava lůžka.

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



dle záznamů v dokumentaci dezorientována místem, časem a situací. Klientka je chodící, pohybuje se po zařízení s pomocí chodítka.

Pracovníci v přímé péči nemají k formulářům o souhlasech s užitím postranic běžně přístup. Informace o tom, komu mají být postranice aplikovány, se pracovníci dle sdělení dozívají od vedení (vedoucí přímé péče/ředitelka zařízení). Jinde v dokumentaci informace o tom, kteří klienti mají postranice, není. Jednotlivá nasazení postranic se do dokumentace nezaznamenávají.

V této souvislosti upozorňuji, že personál, který klientům postranice běžně zvedá, by měl mít k dispozici seznam klientů, kterým mají být postranice nasazovány a kdy. Takovýto nástroj potom slouží nejenom jako návod pro personál v přímé péči, ale i jako nástroj kontroly pro vedoucí zaměstnance.⁴² Pokud naopak nemá informace o postranicích k dispozici, tak tím není zajištěna jak kontinuita informací, tak konkrétnost zadání.

Pokud je klient chodící, měly by u něj být užity takové postranice, které mu umožní lůžko opustit i při zvednutých postranicích (např. užitím zkrácené postranice, či jinou technickou úpravou). U příkladu klientky D pak konstatuji, že není zřejmé, proč je u klientky, která se pohybuje samostatně, nutné používat postranice v průběhu celého dne. Pokud je tím myšleno zdvižení postranic např. při spánku přes den, měl by personál tuto informaci zaznamenat do dokumentace. V opačném případě záznam vyvolává dojem, že u klientky mohou být používány postranice v lůžku po celý den, nebo kdykoliv během dne dle volného uvážení personálu (což opět otevírá prostor pro možné zneužití).

Ve vztahu k indikaci užití postranic pak naposledy upozorňuji, že by ze záznamu mělo být jasné, kteří z pracovníků zařízení se podíleli na rozhodování o užití postranic u konkrétního klienta. Ačkoliv výše poznamenávám, že klient by měl být do celého procesu zapojován, v případě klientů s omezenou rozhodovací schopností v důsledku jejich zdravotního stavu je odvolávání se na jejich souhlas (byť spolu s indikací lékaře) více než problematické. U těchto klientů musí o nasazení postranic rozhodnout tým pracovníků zařízení. Případný souhlas lékaře (stejně jako opatrovníka či člena rodiny) pak zároveň nevnímám v tomto případě jako právně významný.⁴³

Opatření:

- 13) U klientů, kteří jsou samostatně pohybliví, zajistit možnost opustit lůžko i při zdvižených postranicích (průběžně).**
- 14) Seznam klientů, kterým má být postranice nasazována, zpřístupnit přehledně pracovníkům v přímé péči (bezodkladně).**

42 V opačném případě, kdy si pracovníci informace předávají ústně, se jednak zvyšuje riziko chyby, že si personál předá informaci špatně, jednak tímto vedení zařízení vytváří zcela zbytečně prostor pro zneužití postranic personálem coby omezovacího prostředku, což je rizikové zejména v těch zařízeních, kdy je personálu v přímé péči nedostatek. Viz Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem [online], str. 58. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 05. 12. 2022]; dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf.

43 Tamtéž, str. 57–59.



- 15) Do dokumentace klienta zaznamenávat, kdo rozhodl o nasazení postranice, z jakého důvodu a na jaký časový úsek [např. den/noc] bude mít klient postranicí nasazenou (průběžně).**

11. Fixace klientů

U fixačních pomůcek, které mají zabránit pádu klienta, se uplatní stejný standard jako výše uvedený standard pro postranice (mohou být využity k zabránění pádu klienta, pokud je to přiměřené riziku pádu, nelze využít mírnější alternativu, musí být stanovena jasná pravidla, řádná dokumentace jejich použití a mobilní klient musí mít možnost uvolnění).

V době systematické návštěvy personál zařízení pravidelně používal fixační pomůcku u klientky G. Personál v době podávání společného jídla klientku upoutal fixačním pásem ve vozíku v jídelně. Jako důvod pracovníci uváděli, že klientka mj. vstává od stolu a padá, zejména však bere ostatním klientům jídlo z talíře, a vyvolává tak konflikty. Personál v této věci dále sdělil, že fixační pás se u klientky využívá po domluvě s rodinou a jeho užití se nikde nezaznamenává.

Současné nastavení shledávám jako nedostatečné a vysoce rizikové z hlediska možného zneužití. Fixace klienta (včetně vyhodnocení rizika a uvedení nutné doby) musí být systematicky zaznamenávána v dokumentaci klienta. V opačném případě se otevírá prostor pro volnou úvahu personálu k jejich užití.

Dále upozorňuji, že obdobně jako v případě postranic by **fixační pomůcky měly sloužit k ochraně klientů před pádem, nikoliv za účelem zabránění možnému nežádoucímu chování (např. odebírání jídla z talířů ostatních klientů). Takovéto opatření pak lze hodnotit jako nezákonné omezení pohybu klientů.** Pokud klient nevhodnými projevy ruší ostatní klienty, je namístě individuální práce s klientem ve smyslu analýzy příčin jeho chování a dalších navazujících kroků (viz kapitola [Opatření omezující pohyb osob](#)).

Opatření:

- 16) Používat preventivní opatření sloužící k ochraně klientů před pádem pouze zákonným způsobem; do dokumentace klienta zaznamenávat, kdo rozhodl o užití pomůcky, z jakého důvodu a na jak dlouhý časový úsek (bezodkladně).**

12. Signalizační zařízení

Signalizace je umístěna v pokojích a koupelnách klientů. V případě použití se rozsvítí signalizační světlo na chodbě nad dveřmi pokoje klienta. Velkým nedostatkem ale je, že se k ní klienti nemohou v mnoha případech z důvodu jejího nevhodného umístění vůbec dostat. V koupelnách je umístěna velmi vysoko (viz obr. 5). Obdobně v pokojích se nachází v místech, kam klient z lůžka buď vůbec nedosáhne, nebo pouze velmi obtížně (za hlavou klienta – viz obr. 6, či v jiných místech, nikoliv však v dosahu klienta – viz obr. 7).

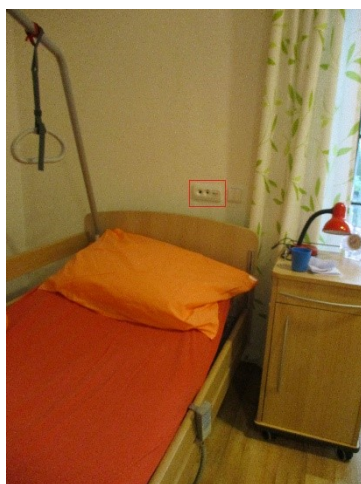
Pracovnice Kanceláře pak v průběhu návštěvy pozorovaly situaci, kdy klient prostřednictvím signalizace v pokoji žádal pomoc personálu. Nikdo z personálu však na tuto skutečnost nereagoval, přestože se pracovníci pohybovali po chodbě v blízkosti pokoje klienta.



Obr. 5 Signalizace v koupelně klientů



Obr. 6 Signalizace podél postele



Obr. 7 Signalizace za postelí



Opatření:

- 17) Zajistit funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou schopni je ovládat s ohledem na své kognitivní postižení, a to tak, aby na ně dosáhli (do 3 měsíců).**

13. Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny je základní lidskou biologickou potřebou. Pravidelná osobní hygiena udržuje kůži v dobrém stavu a brání vzniku možných komplikací (infekcí, dekubitů). Pocit čistoty zároveň navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Zajištění podmínek pro osobní hygienu či dopomoc při osobní hygieně je jednou ze základních činností, které je domov povinen klientům zajistit.⁴⁴

Ranní hygiena⁴⁵ u klientů, kteří potřebují nižší či vyšší míru podpory právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,⁴⁶ večerní hygiena⁴⁷ zase každý večer.⁴⁸ Taktéž intimní hygienu je zásadní provádět každý den.⁴⁹ Je rovněž důležité, aby personál domova zajistil u klientů i tzv. **celkovou koupel** (dále rovněž jen „koupel“), a to **minimálně dvakrát týdně**. Celková koupel zahrnuje umytí celého těla, včetně vlasů, pod tekoucí vodou, dále vyčištění zubů a případně i oholení. Probíhá vždy v koupelně (ve vaně, sprše, na koupacím vozíku nebo vodním lůžku). Celkovou koupel nelze nahradit tzv. hygienou na lůžku, tedy omytím těla klienta žínkou a vodou, nebo jinými hygienickými prostředky, na jeho posteli v pokoji.⁵⁰ Účinek tekoucí vody totiž při hygieně na lůžku nelze nijak nahradit.

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

Celková koupel klientů probíhá v koupelnách u pokojů klientů. Trvale ležícím klientům poskytuje personál celkovou koupel v centrální koupelně v prvním patře.⁵¹ Většina klientů potřebuje u této činnosti v určité míře dopomoc pracovníka. Frekvence realizace celkové

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

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

46 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

48 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

49 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

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

51 V otázce poskytování celkové hygieny trvale ležícím klientům se rozcházel informace sdělené personálem. Dle některých pracovníků trvale ležící klienty překládají do koupacího lůžka a koupou v koupelně u pokoje klientů, dle jiných pracovníků klienty koupou na koupací židli v centrální koupelně (mj. protože s koupacím lůžkem nemohou vstoupit na všechny pokoje).



koupele je zaznamenána v plánech péče jednotlivých klientů. U klienta E má být dle plánu celková koupel realizována třikrát týdně (úterý, čtvrtek, sobota). Dle poskytnutých záznamů realizace péče pracovníci zařízení nastavený plán péče v této oblasti dodrželi. U ostatních klientů, jejichž dokumentace byla pracovním Kanceláře poskytnuta, je však nastavená frekvence celkové koupele pouze jednou týdně, případně dle potřeby.

Jsem si vědom obtížnosti zajištění dostatku personálu, zároveň jsem však toho názoru, že celková hygiena by u všech klientů měla pravidelně probíhat alespoň dvakrát týdně. Upozorňuji, že dopomoc při hygieně (stejně jako při vyprazdňování) by neměla sledovat provozní potřeby poskytovatele (tj. pevně stanovené časové harmonogramy), nýbrž individuální přání a potřeby klienta.

Opatření:

- 18) Zajišťovat klientům hygienickou péči dle jejich individuálních přání a potřeb, celkovou koupel však nejméně dvakrát za sedm dnů (průběžně).**

14. Mikční režim

Jedním z projevů demence může být inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet klienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu, včetně režimu mikčního. Klient by měl mít možnost se v cca 2hodinových intervalech (i častěji) vymočit. Takto nastavený režim může minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.⁵²

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.

Ze strany pracovníků zařízení zazněly ve vztahu k mikčnímu režimu různé informace. Jeden z pracovníků uvedl, že všichni klienti jsou tzv. plně inkontinentní. Další pracovníci uváděli, že inkontinentní je většina klientů. Pracovníci dále uvedli, že klienty vysazují na toaletu, když si řeknou, aktivně nikomu nepřipomínají, aby si na WC zašel. Klienti si dle sdělení personálu mají sami „chodit říkat na toaletu v době, než si zvyknou na plenu“. V minulosti se údajně u dvou klientek samostatnou mikci podařilo natrénovat, kdy se pracovníci měli těchto klientek často ptát a doprovázet je. Další pracovník sdělil, že se snaží toaletu připomínat všem klientům, systematický nácvik mikce však v obvyklém počtu pracovníků (4 pracovníci na zařízení přes den) možný není.

Míra dopomoci klientům při použití toalety je u všech klientů uvedena v jejich plánech péče. Jasné zadání, zda a jak často by některý z klientů měl být vysazován, aby došlo k nácviku mikce, v ní však obsaženo není. Ve všech poskytnutých plánech péče se pouze uvádí, že

⁵² HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 109.



klient potřebuje pomoc, a dále, že v této oblasti akceptuje doporučení a pomoc personálu; klient sám sdělí, kdy a jak potřebuje pomoc.

Domnívám se, že v zařízení dochází ke zbytečnému prohlubování inkontinence klientů. Nad rámec výše uvedeného poznamenávám, že jsem si vědom toho, že pracovníci v přímé péči jsou jistě velmi vytíženi, tato skutečnost však nemůže jít k tíži klientů. Mj. i v souladu se základními zásadami poskytování sociálních služeb je zapotřebí, aby péče byla klientům poskytována v souladu s jejich přáními a potřebami, nikoliv dle provozních potřeb zařízení.⁵³

Opatření:

- 19) Řádně vyhodnotit a nastavit mikční režim klientů, důsledně jej zaznamenávat do dokumentace klientů (průběžně).**

15. Prevence malnutrice

Nedostatečná nutriční péče může vést k malnutrici, která je příčinou dalších komplikací v péči, jako je zhoršení zdravotního stavu, prodloužení doby léčby, zvýšení rizika tvorby proleženin, zhoršení soběstačnosti a zvýšení úmrtnosti. Potřebu věnovat náležitou pozornost riziku malnutrice dále zdůrazňují i výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržením jejich kognitivních funkcí.⁵⁴

Vzhledem k významu správné nutriční péče a krizům, 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.

15.1 Nutriční screening

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces proveditelný zaškoleným pracovníkem 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. U klientů, kteří se nepostaví na váhu, je vhodné využívat alternativních možností zjišťování hmotnosti (např. měření obvodu paže či kožní řasy). Zjištěné informace má zařízení následně vyhodnotit za použití validních nutričních testů.⁵⁵ Tento postup a vyhodnocování možného rizika by mělo zařízení opakovat v pravidelných intervalech.

Všichni klienti zařízení jsou v rámci prevence malnutrice jednou měsíčně váženi. K vážení personál využívá sedací váhu, pomocí níž zváží všechny klienty. Alternativy vážení (jako např.

53 Viz ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.

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

55 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.



měření obvodu paže) se nevyužívají. Údaje o váze klientů personál zařízení zasílá nutriční terapeutce, se kterou spolupracuje. Ta v případě potřeby rozhodne o preskripci nutričního doplňku. V době návštěvy personál podával nutriční doplňky sedmi klientům.

15.2 Sledování příjmu stravy a tekutin

Zařízení by mělo věnovat dostatečnou pozornost systematickému sledování příjmu stravy a tekutin. Za tímto účelem by zároveň mělo být vždy stanoveno, 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.

Sdělení o sledování příjmu stravy a tekutin se u jednotlivých pracovníků zařízení rozcházela. Vedení zařízení pracovním Kanceláře sdělilo, že ve vztahu ke sledování příjmu stravy pořizují objektivizované záznamy (čtvrt/půl/tři čtvrtě/celá porce). To potvrdil i jeden z pracovníků, který však zároveň doplnil, že aktuálně pracovníci systematicky nesledují příjem stravy ani tekutin u žádného z klientů (dle sdělení dalšího pracovníka pracovníci v přímé péči obecně sledují, zda klient dostatečně jí, pokud mají dojem, že nikoliv, tak tuto skutečnost hlásí zdravotní sestře). Daný pracovník zároveň sdělil, že v minulosti pokud u někoho sledovali příjem tekutin, tak využívali údajně stříkačku, ze které šlo odečíst přesné množství vypitých mililitrů (z hrnků, ze kterých klienti běžně pijí tekutiny nelze objem vypité tekutiny přesně zjistit). Zadání ke sledování a zapisování množství přijatých tekutin údajně dostávají od zdravotní sestry, která jim rovněž poskytne záznamový arch, do kterého příjem tekutin zapisují. Výsledný příjem tekutin pracovník nahlásí zdravotní sestře.

Naproti tomu jiný pracovník uvedl, že příjem stravy a tekutin sleduje personál po celý den u některých klientů, přes oběd u všech. Sledování a zaznamenávání probíhá v programu Cygnus (pracovníci čtečkou načítají čárové kódy sněžených porcí/vypitých tekutin). Klienti mají pít z graduovaných kelímků (objem 200 ml), přičemž pracovníci si mají pamatovat, kolik klient měl klient upito při posledním měření (k tomuto podotýkám, že u oběda mají skleničky na nožce, které působí vkusně, ale graduované nejsou).

Dle poskytnutých plánů péče má personál minimálně u některých klientů příjem stravy a tekutin systematicky sledovat. Konkrétně např. u klienta E mají dle plánu péče ke dni 23. 9. 2022 pracovníci v přímé péči denně (24 hodin) kontrolovat a zaznamenávat příjem tekutin a rovněž kontrolovat denní příjem potravy (PSS dohlíží a zaznamenává příjem potravy). V záznamech realizace péče v systému Cygnus za měsíce srpen a září 2022 však záznamy o příjmu tekutin nebo stravy zcela absentovaly.⁵⁶ Čárové kódy záznamů (velikost porce/objem tekutin) k zaznamenání do systému se nacházely na stole v pokoji klienta, evidentně se však nyní nevyužívají. Daný klient má přitom mj. dle poskytnutého rozpisu dostávat dvakrát denně doplněk stravy (sipping).

56 Záznamy realizace péče jsou záznamy „načtených“ úkonů do programu Cygnus.



Opatření:

- 20) Pořizovat objektivizované záznamy o příjmu stravy a tekutinu u klientů, u kterých je tato potřeba určena; záznamy pravidelně vyhodnocovat a adekvátně na ně reagovat (průběžně).**
- 21) Realizovat činnosti nastavené v plánech péče klientů (průběžně).**

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

Jídelníček v textové podobě byl vyvěšen v každém patře domova. V době systematické návštěvy byl však vyvěšený jídelníček neaktuální. **Doporučuji jídelníček pravidelně aktualizovat. S ohledem na cílovou skupinu domova navíc doporučuji zhotovit jídelníček i v alternativní (obrázkové) formě.**

Klienti se stravují v jídelně domova, která zároveň slouží jako společenská místnost. Strava se do zařízení dováží, personál zařízení ji klientům pouze servíruje. Část klientů jedla při obědě celým příborem, část lžící. Jídlo bylo servírováno z porcelánového nádobí a skleněných sklenic na nožce. Stolování klientů celkově působilo příjemným dojmem. V jídelně byl utvořen zasedací pořádek, kdy jednotlivá místa byla označena cedulkami se jmény klientů. První den návštěvy pracovníci sdělili, že cedulky napomáhají předcházení sporů mezi klienty, kdo kde bude sedět. Druhý den návštěvy cedulky ze stolů zmizely.

Personál poskytoval klientům při podávání stravy dopomoc. Míra dopomoci a tempo bylo přiměřené, někteří z pracovníků však při dopomoci nad klientem stáli. **Doporučuji, aby pracovníci poskytovali dopomoc při podávání stravy vždy vsedě, tak aby byli v úrovni klienta, nikoliv nad ním.**

16. Sexualita a intimita

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



přístupovat s respektem k jejich potřebám a napomáhat jim k zodpovědnému a důstojnému prožívání vlastní sexuality.

Zařízení nemá pro tuto oblast vypracován žádný samostatný metodický předpis. Co se týče možností partnerského soužití, tak v minulosti údajně v domově žily i manželské páry, které obývaly společný pokoj. Nyní zde žádný pár nežije. Dle sdělení vedení zařízení by případný klientský pár mohl sdílet společný pokoj v případě volné kapacity (u třílůžkového pokoje by případně museli klienti třetí volné lůžko uhradit).

Oblast sexuality a intimity celkově není v zařízení tématem. Dle sdělení personálu se klienti sexuálně neprojevují, mezi klienty vznikají pouze kamarádké vztahy. Obdobně pracovníci nezaznamenali v tomto ohledu žádné známky nevhodného chování (klienti mají údajně maximálně ústní poznámky se sexuálním podtextem). Vedení sdělilo, že pracovníci proškolují na práci s klienty v případě nevhodného chování (sebeuspokojování ve společných prostorech). Personál je instruován, že by měl klienta navádět na vhodné uspokojení jeho potřeb (odvedení do pokoje, zajištění soukromí v pokoji).

Je důležité tuto oblast neopomíjet a mít na paměti, že se téma sexuality i intimity týká i osob staršího věku, včetně klientů s demencí. Upozorňuji tak v tomto ohledu zařízení na vhodnost a potřebnost práce se sexualitou jako součást poskytování sociální služby. Tím nemám na mysli pouze dílčí aktivity, jako je vypracování metodického předpisu pro tuto oblast či proškolení pracovníků, ale práci na systematické bázi, kterou je vhodné započít sestavením a sjednocením týmu v otázce přístupu k sexualitě klientů a následným zjišťováním potřeb personálu a klientů. Teprve poté by mělo následovat vypracování interního metodického předpisu (tzv. Protokolu sexuality) a začlenění práce se sexualitou do činnosti stávající poskytované služby.⁵⁷

Opatření:

22) Systematicky zavádět do praxe téma sexuality a intimity klientů (průběžně).

17. Klient s omezenou svéprávností

V českém právním řádu je omezení svéprávnosti jedním z podpůrných opatření,⁵⁸ která lze podle zákona využít, pokud má člověk narušenou schopnost za sebe právně jednat. Omezit svéprávnost může pouze soud, kdy při rozhodování musí důkladně zvážit rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti.⁵⁹ V rozhodnutí soud stanovuje rozsah, v jakém za sebe není daný člověk schopen právně jednat, a určuje tzv. opatrovníka, který ho v právních jednáních v rozsahu omezení může zastupovat.⁶⁰

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

58 Podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat upravuje ustanovení § 38 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se například o zastupování členem domácnosti či určení opatrovníka bez omezení svéprávnosti.

59 Ustanovení § 55 až § 65 občanského zákoníku.

60 Pravidla vymezující vztah opatrovníků a opatrovanců jsou stanovena v § 465 a násl. občanského zákoníku.



Role poskytovatele služby u klientů s omezenou svéprávností je znát rozsah omezení svéprávnosti a podle toho společně s vlastním vyhodnocením individuálních schopností u klientů nastavovat míru potřebné podpory a podobu poskytované péče. Neméně podstatné je, že poskytovatel musí při poskytování služby klientům s omezenou svéprávností spolupracovat s opatrovníky klientů,⁶¹ kteří mají stejně jako poskytovatel sám⁶² povinnost sledovat ochranu zájmů klientů a naplňování jejich práv.⁶³ Jak opatrovníci, tak poskytovatelé by neměli rozhodovat namísto klientů, ale rozhodovat spolu s nimi, případně podle jejich vůle.⁶⁴ Zároveň by měli vždy pamatovat na to, že rozhodnutí o omezení svéprávnosti nikdy nezabavuje člověka práva samostatně jednat v běžných záležitostech každodenního života.⁶⁵ Jelikož se zájmy poskytovatele a opatrovníků mohou dostávat do konfliktů, je třeba role poskytovatele služby a opatrovníka striktně oddělovat.

Z celkového počtu 34 klientů v době návštěvy byli pouze dva klienti omezeni na svéprávnosti a zastoupeni opatrovníkem. Další dva klienti udělili svým rodinným příslušníkům plnou moc k zastupování v právních záležitostech.

Dle sdělení personálu odhadem lucidně komunikuje méně než polovina klientely, klienti jsou ve valné míře neorientováni (místem, časem, prostorem) i podle záznamů v dokumentaci. V této souvislosti upozorňuji zařízení, aby sledovalo případnou potřebu nutnosti vyřízení právního zastoupení, v případě kdy klient již není sám schopen právně jednat. Zákonodárce za tímto účelem zakotvuje několik různých právních institutů kromě jmenování opatrovníka (zastoupení členem domácnosti, nápomoc při rozhodování).⁶⁶ Udělení generálních plných mocí nevnímám jako zcela vhodné řešení z dlouhodobého hlediska, neboť s poklesem kognitivních funkcí daného klienta je pravděpodobné, že si klient již nebude uvědomovat následky případného (ne)vypovězení tohoto závazku.

Naopak upozorňuji zařízení, že i klient, který je případně omezený na svéprávnosti, má stále právo samostatně rozhodovat v běžných záležitostech každodenního života. To uvádím zejména s ohledem na má zjištění, dle kterých je pro zařízení partnerem spíše rodina a personál často odkazuje na její přání. Ačkoliv je spolupráce s rodinou jistě žádoucí, je namístě, aby se do rozhodování o svém životě zapojoval i sám klient.

Zvláště ještě upozorňuji na problematiku **nakládání s finančními prostředky**. Klienti u sebe nemají prakticky žádnou hotovost (nebo pouze nízkou částku), pokud si chtějí mimo zařízení něco koupit, vždy jim poskytuje prostředky personál na místě. Obdobně klienti nedostávají

61 Opatrovníci by měli dodávat důležité informace o potřebách opatrovaného a být zapojeni do plánování poskytování sociální služby a hodnocení jejího průběhu. In: Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, ISBN 9788090632042, s. 116.

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

63 Ustanovení § 457 občanského zákoníku.

64 Ustanovení § 467 občanského zákoníku; DURAJOVÁ Zuzana, MACHOVÁ Zuzana, NOSKOVÁ Alena, RITTICHOVÁ Barbora a VRABCOVÁ Monika. Metodika výkonu veřejného opatrovnictví. Hradec Králové: Krajský úřad Královéhradeckého kraje, 2017.

65 Ustanovení § 64 občanského zákoníku.

66 Viz ustanovení § 38 a násl. občanského zákoníku.



vyúčtování depozitního účtu, pouze rodinní příslušníci.⁶⁷ Personál v této věci mimo jiné uváděl, že by si klienti finanční prostředky mezi sebou na pokojích brali (v době návštěvy zároveň neměl nikdo z klientů k dispozici uzamykatelný prostor na pokoji, viz [Soukromí na pokoji](#)). Klienty přitom může v případném nakládání s určitou výší finančních prostředků omezit pouze soud svým rozhodnutím, nikoliv rodina.

Doporučuji zařízení, aby v tomto směru zaujalo vůči klientům partnerský přístup a podporovalo je tak, aby byli schopni co nejsamostatněji rozhodovat o svém životě.

18. Ukládání dokladů

Ustanovení § 39 písm. a) zákona o občanských průkazech⁶⁸ zakazuje odebírat občanský průkaz při vstupu do objektů. Zařízení tedy může pouze úschovu občanského průkazu nabídnout, ale je nezákoně jeho odevzdání vyžadovat, nebo vyloučit svobodné rozhodnutí klienta. Ukládání občanských průkazů mimo dispozici klienta má své opodstatnění jen na základě vyhodnocení rizika u konkrétního klienta, kterému zařízení prokazuje touto možností službu. Nabídka úschovy občanského průkazu však musí vždy vycházet z individuálních možností a schopností klienta, nikdy nesmí jít o plošné opatření. Manipulaci s doklady klientů (včetně úschovy) je nutné řádně evidovat.

Všichni klienti mají své osobní doklady (občanské průkazy a průkazy zdravotní pojišťovny) uložené na sesterně v uzamykatelných trezorech. Vedení zařízení k tomuto uvedlo, že by si klienti doklady mohli nechat u sebe, ale nikdo o to ale neprojevil zájem. Souhlasy klientů s uložením dokladů tímto způsobem zařízení neeviduje.

Zde upozorňuji, že zařízení by mělo vždy individuálně vyhodnotit, zda je klient schopen mít své doklady u sebe. Posouzení dovedností klienta nakládat s osobními doklady by přitom mělo být zaznamenáno v dokumentaci klienta. Zařízení tedy může klientům možnost uložení dokladů u personálu nabídnout, avšak primárně by mělo vytvářet podmínky pro to, aby klienti, kteří jsou v této oblasti samostatní, měli možnost mít své dokumenty u sebe (zde upozorňuji na potřebu vytvoření uzamykatelného prostoru na pokoji klienta, viz kapitola [Pokoje klientů](#)). Uložení dokladů u personálu pak zařízení musí vhodným způsobem evidovat.

Doporučuji, aby zařízení nepřistupovalo k plošnému centrálnímu ukládání osobních dokladů klientů. Zároveň doporučuji, aby zařízení evidovalo souhlasy s uložením dokladů, stejně jako přístupy k dokladům (kdo, kdy a jak nakládal s dokladem).

67 Smlouva o poskytování služby uvádí, že vyúčtování bude uloženo v osobní dokumentaci klienta. Dle sdělení pracovníků se vyúčtování zaslá rodinným příslušníkům, klientovi je sdělen stav jeho depozitního účtu, pokud se na něj cíleně dotáže.

68 Zákon č. 269/2021 Sb., o občanských průkazech, ve znění pozdějších předpisů.



Volnost pohybu a zajištění bezpečí

19. Volný pohyb klientů

Skutečnost, že je klient ubytován v domově se zvláštním režimem, ani fakt, že klient má diagnostikovaným syndrom demence, samy o sobě nejsou důvodem, aby byl omezován ve volném pohybu, tedy aby bylo zasahováno do jeho základních práv.

Poskytovatel sociálních služeb je na jedné straně povinen zajistit klientům bezpečí a chránit jejich zdraví a život, na druhé straně však klienta nelze omezovat způsobem, který je nepřiměřený možnému riziku. Je proto třeba u každého klienta individuálně vyhodnotit rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit mu individuální režim, který je zaznamenán v individuálním plánu klienta. V závislosti na výsledcích posouzení rizikovosti a potřeb je třeba klientovi buď umožnit samostatně opustit zařízení (zajistit mu možnost samostatně pobývat například na zahradě zařízení v bezpečně upraveném prostoru), nebo mu zajistit při pobytu venku dohled či doprovod (který je pak 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.⁶⁹

Možnost samostatného volného pohybu klienta je v navštíveném zařízení omezena na patro, kde daný klient bydlí. Přístupu na schodiště brání „ohrádky“ s brankami, které lze otevřít pouze čipem, stejně tak výtah lze využít pouze za použití čipu. V domově jsou tak fakticky vytvořena uzavřená oddělení. V době návštěvy pracovníků Kanceláře žádný z klientů čip neměl, pohyb klientů mimo dané uzavřené oddělení jim byl umožněn pouze v doprovodu personálu.

Pracovníci uváděli, že volně se nemůže pohybovat nikdo z klientů, protože pobývají v domově se zvláštním režimem. Vedení zařízení na dotaz, zda jsou nějací klienti, kteří by se dokázali samostatně vrátit např. z parku zařízení, odpovědělo, že „někteří by se vrátili i z města, ale vycházejí z toho, co jim říká rodina, a z lékařské zprávy“.

Rizika volného pohybu jsou zaznamenána v plánech péče jednotlivých klientů (zvláště je rozlišeno riziko bloudění v přirozeném prostředí, tj. v zařízení a zvláště pohyb mimo zařízení).⁷⁰ Ve všech poskytnutých plánech péče bylo uvedeno, že se daní klienti mohou pohybovat mimo zařízení i v jeho rámci pouze v doprovodu pracovníka. Téma volného pohybu je mj. i součástí dotazníku spokojenosti zařízení, ve kterém někteří z klientů zakroužkovali, že nemají dostatečný pocit volnosti.

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

70 Dle sdělení personálu jsou klienti po určité době po příjmu do zařízení v rámci adaptačního procesu pod zvýšeným dohledem pracovníků. Zhodnocení rizik u jednotlivých klientů má realizovat klíčový pracovník klienta ve spolupráci s dalšími pracovníky (zhodnocení se účastní celý tým). Plány péče s riziky by měly být přehodnocovány každý měsíc.



V tomto ohledu zařízení upozorňuji, že personál musí možná rizika v oblasti volného pohybu u jednotlivých klientů zvažovat skutečně důsledně. U klientů by měla být individuálně vyhodnocena rizika pro samostatný pohyb po zařízení a k omezení by mělo docházet pouze u klientů, které by samostatný pohyb mezi patry skutečně ohrožoval. Možná rizika by přitom měl vyhodnotit personál zařízení, kdy nelze vycházet pouze ze zhodnocení lékaře a informací sdělených rodinou. **Opačný přístup, kdy zařízení užije jiné než nejmírnější opatření, které chrání současně zdraví a bezpečí klienta, hodnotím jako nedůvodné omezování osobní svobody klientů.**

Podotýkám, že se v zařízeních se stejnou cílovou skupinou klientů běžně setkávám s tím, že se klienti v rámci zařízení mohou pohybovat samostatně.⁷¹ **Na zvážení dávám, zda neumožnit klientům pohybovat se alespoň po zařízení prostřednictvím využívání výtahu.** Rozumím tomu, že se zařízení zahrazením schodiště snaží předcházet pádu klientů, nicméně tento důvod se neuplatní u využívání výtahu.

Opatření:

- 23) Zajišťovat orientovaným klientům možnost samostatně se pohybovat po zařízení; připouští-li to jejich zdravotní stav, zajistit jim možnost volně opustit budovu zařízení (průběžně).**

20. Pobyt na čerstvém vzduchu

Součástí poskytované sociální služby je také zajištění možnosti pobytu na čerstvém vzduchu, a to i trvale ležícímu klientovi, má-li zájem. V zařízení by mělo být nastaveno pravidlo, že záznamy o pobytu venku budou systematicky pořizovány. Jinak totiž často záleží pouze na vůli, časových možnostech a ochotě personálu, zda se klient dostane na vzduch, což je nevyhovující a velmi snadno zneužitelný a nekontrolovatelný stav.

V této souvislosti odkazuji na standardy Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT), dle kterých klienti zařízení sociálních služeb **mají mít v souladu se svým aktuálním zdravotním stavem možnost užívat během dne přístupu na čerstvý vzduch neomezeně.**⁷²

Dle sdělení personálu je pobyt na čerstvém vzduchu limitován časem personálu a počasím. Na jaře a v létě, za hezkého počasí pobývají klienti venku často, v zimě a za horšího počasí chodí ven klienti dle zájmu a prostoru personálu (jeden pracovník může doprovázet dva až tři klienty). Pobyt venku je myšlen zejména pobyt v areálu zařízení. Klienti se chodí s personálem občas projít i do města, nebo na větší výlet (cukrárna/divadlo).

Pobyty mimo areál (návštěvy, výlety apod.) se evidují v záznamech péče u jednotlivých klientů, běžný pohyb klientů v rámci areálu zařízení se do dokumentace dle sdělení personálu nezaznamenává. V záznamech realizace péče však lze vyčíst úkony personálu

⁷¹ Lze tak využít například nastavení rozlišujících přístupových oprávnění ke vstupu do konkrétních prostor. Klienti, u kterých by bylo vyhodnoceno, že nemohou samostatně opouštět zařízení, mají nastavena přístupová oprávnění pro svůj čip tak, aby se mohli samostatně pohybovat alespoň po prostorech zařízení a přitom nehrozilo, že zařízení sami opustí.

⁷² 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. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 12. 12. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>, bod 124.



„doprovod mimo zařízení“, ze kterých lze s ohledem na to, že se nikdo z klientů nemůže pohybovat mimo areál zařízení, usuzovat na četnost pobytu mimo zařízení. Například u klienta E lze nalézt i několik záznamů úkonů doprovodu mimo zařízení za den, naopak u klienta B, který je trvale ležící, nemá v dokumentaci za měsíc září 2022 jediný záznam o pobytu venku. Klienti sami v rozhovorech uváděli, že by uvítali častější možnost procházek.

Doporučuji zařízení nastavit pravidla pro pobyt klientů na čerstvém vzduchu a činit o tom záznamy tak, aby se nejednalo pouze o rozhodnutí personálu v přímé péči. V případě nezájmu klientů o pobyt venku je zapotřebí sledovat důvody. Zvláště upozorňuji na potřebu zajištění dostatečného pobytu klientů na čerstvém vzduchu u klientů, kteří jsou trvale ležící, a to s ohledem na materiální podmínky zařízení (mj. i s ohledem na nemožnost manipulovat s lůžkem na druhém patře, kde byl v době návštěvy ubytován klient B a další trvale ležící klient, viz kapitola [Bezbariérovost](#)).

Opatření:

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

21. Pády

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).⁷³ Je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost jejich prevenci 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 atd.). 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: stabilní nábytek, snížené lůžko, uzavřená obuv, dostatek madel, sledovat nežádoucí účinky léků, matrace umístěná pod lůžko, 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, a to z důvodů vyhledování nejčastějších příčin pádů, případně míst a denní doby. Pravidelné vyhodnocování umožní identifikovat rizikové faktory a místa, kde k pádům nejčastěji dochází.

Zařízení vyhodnocuje riziko pádu u všech klientů. Hodnocení rizika pádu je součástí ošetřovatelské dokumentace jednotlivých klientů v systému Cygnus.⁷⁴ Dle sdělení personálu k přehodnocování rizik oblasti pádů klientů (obdobně jako např. u vzniku rizik dekubitů každé tři měsíce) případně dříve. Dle dokumentace u klientky F provedl personál naposledy screening hodnocení rizika pádu dne 30. 6. 2022. Klientka má přitom v dokumentaci další pády i po tomto pádu, např. pád ze dne 10. 9. 2022. **Zde upozorňuji, že přehodnocení rizika**

73 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.

74 Obecné informace o rizikových faktorech v oblasti pádů jsou zároveň součástí plánu péče daného klienta.



pádů by mělo probíhat v pravidelných časových intervalech (minimálně jednou za 3 měsíce) a dále rovněž při každé změně zdravotního stavu, po pádu, při změně medikace.⁷⁵ Vyhodnocování rizik pádů je prvním krokem v systému preventivních opatření.

Záznamy o jednotlivých pádech se pak evidují jako nežádoucí události (většina dokumentace klientů je vedena v systému Cygnus, nežádoucí události se však evidují zvláště v jiné aplikaci). Ty se však nikoliv vždy zároveň zapisují do ošetřovatelské dokumentace klienta. Případně v ošetřovatelské dokumentaci nelze najít záznamy o realizovaných plánovaných intervencích u daného klienta.

Například hlášení o nežádoucí události ze dne 27. 4. 2022 eviduje popis pádu klientky F, která zakopla ve venkovním areálu. V realizaci ošetřovatelské péče je k datu 27. 4. 2022 zápis o pádu, ve kterém je popsáno, že klientka má mírně strženou kůži na nose a byly jí změněny fyziologické funkce. Podle plánu má být klientka dále sledována. O dalším sledování a jeho výsledcích se již v dokumentaci žádný zápis nenachází. Dále hlášení o nežádoucí události ze dne 21. 6. 2022 popisuje pád stejné klientky, když špatně došlápla při vstávání z lůžka. V ošetřovatelské dokumentaci klientky z tohoto dne záznam o pádu absentuje, zápis pouze uvádí, že zdravotní stav klientky je beze změn.

Ve vztahu k zaznamenávání pádů upozorňuji, že ve zdravotnické dokumentaci musejí být zaznamenány informace o zdravotním stavu klienta a o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb.⁷⁶ Pokud si zdravotničtí pracovníci předávají tyto informace v jiných nosičích (např. kniha hlášení), musí být informace o klientovi zapsány současně také do jeho individuální ošetřovatelské dokumentace. V opačném případě hrozí, že důležité informace o jednotlivých klientech nebude možno flexibilně v případě potřeby dohledat a dokumentace nebude plnit svůj účel.

Co se obecně týče přijatých opatření, tak ve většině popsáných případů pádů je jako prevence dalšího pádu stanoveno častější sledování klienta nebo zvýšený dohled. Z dokumentace však není zřejmé, co přesně tento zvýšený dohled znamená, absentuje časové nastavení intervalu kontrol, nebo jiné kroky k prevenci dalšího pádu u daného klienta.

Dále zařízení upozorňuji na vhodnost vedení a vyhodnocování **centrální evidence pádů**. V zaznamenaných hlášeních o nežádoucích událostech je obecně uvedeno, že klient upadl a jakým způsobem, chybí však bližší popis míst, kde k pádům dochází. Dle sdělení pracovníků přítom klienti častěji padají na určitých místech (popsané uzpůsobení podlah, které se nacházejí na prvním patře a u vstupu do jídelny, viz kapitola [Bezbariérovost](#)).

Nakonec pak upozorňuji, že v souvislosti se zajištěním bezpečí klientů jako rizikové vnímám dveře do sklepení, které se nachází v přízemí. V době návštěvy pracovníků Kanceláře byly tyto

75 Viz např. POKORNÁ, Ludmila a kol. *Metodika sledování nežádoucí události PÁD u Agentur domácí zdravotní péče (ADP)*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. [cit. 7. září 2022]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/ADP_metodika_pad_plna_verze.pdf.

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



dveře odemčeny a šlo je volně otevřít. Přímo za nimi se přitom nacházelo schodiště. Na rozdíl od všech ostatních schodišť toto nebylo nijak zabezpečeno.

Opatření:

- 25) Důsledně vyhodnocovat a aktualizovat riziko pádu (průběžně).**
- 26) Zaznamenat relevantní okolnosti pádu (čas, místo, kdo byl přítomen, jak k pádu došlo, poranění, ošetření atd.); zvažovat a přijímat adekvátní individuální preventivní opatření (průběžně).**

22. Stížnosti

Zařízení je povinno mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě klientům srozumitelné. Tyto stížnosti má povinnost evidovat a písemně vyřizovat v přiměřené lhůtě.⁷⁷ Včasné zaznamenání stížnosti, kvalitní vyhodnocení situace a následná efektivní reakce působí jako jeden z významných prvků prevence špatného zacházení.

Zařízení neeviduje žádné stížnosti, neboť žádný z klientů stížnost nepodal. Metodicky je proces podávání stížností upraven ve vnitřním předpisu,⁷⁸ stručněji je pak popsán i v domácím řádu zařízení.

Schránka na stížnosti se nachází v přízemí zařízení. Označena je pouze textovým nápisem (viz obr. 8) a přímo u schránky není přiložen žádný návod ke stížnostnímu postupu (jak si stěžovat, jak bude se stížností naloženo apod.). Návod je umístěn u nástěnky vzdálené od schránky několik metrů, není však ve zjednodušené podobě. Zařízení má přitom návod ve zjednodušené obrázkové formě zpracován.

Pokud zařízení disponuje schránkami na stížnosti, je důležité, aby byly vhodně umístěny a označeny. Ideálně se tedy jedná o místo, které je všem klientům dostupné a mohou je kdykoliv navštívit samostatně; k označení pak nejlépe poslouží návodný piktogram. Stížnostní pravidla (umístěná poblíž schránky) by pak měla kromě jiného obsahovat i informaci o tom, jak často a kdo stížnostní schránku vybírá.

Umístění pouze jedné stížnostní schránky v zařízení, kde se klienti nemohou sami pohybovat mezi patry tak nevnímám jako dostatečné. Klienti z vyšších pater jsou v přízemí pouze po omezenou část dne, navíc většinu času pod dohledem personálu. Schránka není na místě, kde by klient mohl stížnost podat, aniž by byl někým viděn. To, že zařízení neeviduje žádnou stížnost, tak může být zapříčiněno tím, že nemá dostatečně otevřený stížnostní systém.

77 Standard kvality sociálních služeb č. 7.

78 Standard SQ1007 – Stížnosti na kvalitu poskytovaných služeb.



Obr. 8 Schránka na stížnosti

Opatření:

- 27) Zřídit schránky na stížnosti, které budou volně přístupné všem klientům; poblíž schránek umístit návod k podání stížnosti ve zjednodušené podobě (do 3 měsíců).**



Zdravotní péče

23. 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,⁷⁹ přičemž povinností poskytovatele je pomoci klientům tato práva realizovat.⁸⁰

Všichni klienti mají stejného praktického lékaře, který dochází do zařízení jednou týdně. Dále do zařízení dochází psychiatr, a to ve frekvenci jedenkrát měsíčně, případně dle potřeby. Nutriční terapeut dochází do zařízení jedenkrát měsíčně, rehabilitační pracovník jedenkrát týdně.

Jako problematické shledávám zajištění **preventivní péče**. Vedení zařízení k tomuto uvedlo, že klienti neabsolvuji preventivní zubní a gynekologické prohlídky. Lékaře navštíví pouze při obtížích, nebo při indikaci návštěvy lékařem jiné odbornosti. Důvodem je údajně obtížnost zajištění lékaře, který by vyšetření realizoval.

Ačkoliv chápu možné obtíže při hledání lékaře, apeluji na zařízení, aby na zajištění pravidelných preventivních prohlídek klientů nerezignovalo.

Opatření:

28) Zajišťovat klientům účast na pravidelných preventivních lékařských prohlídkách (průběžně).

24. Podávání léků

Systém podávání léků musí být nastaven bezpečně, aby bylo sníženo riziko chyby a bylo zajištěno, že manipulovat s léky bude moci pouze osoba k tomu oprávněná.⁸¹ 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.⁸²

Sestra sloužící na noční směně chystá léky na následující den. Léky tak připravuje jiný zaměstnanec než ten, který je podává. Personál zároveň většině klientů léky drtí, a to i v případě klientů, kteří se běžně stravují (neupravuje se jim mechanicky strava). Dle sdělení

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

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

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

82 Ustanovení § 1 odst. 2 písm. e) bod 2 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška o zdravotnické dokumentaci“).



zdravotnických pracovníků léky klientům drtí preventivně, protože se obávají, že by lék mohl klientovi zaskočit (případně došlo k takovému incidentu v minulosti). Léky pracovníci drtí pomocí drtiče léků, který zabezpečuje bezpečné rozdrčení léků bez rizika kontaminace a následného smísení léčiv různých klientů.

Ve vztahu k podávání léků upozorňuji, že pokud léky nejsou podávány zaměstnancem, který je chystal, není možné ověřit ani ovlivnit správnost připravených léků. Vzniká tak riziko, že při podávání léků dojde k chybě, kterou zaměstnanec ani sám nezavinil. Pracovník, který rozdává 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 (např. tak, že klientovi lék nepodá a změny bude konzultovat s lékařem). Na situace, kdy lék podává někdo jiný, než kdo jej připravoval, a rizika s tímto spojená upozorňujeme dlouhodobě.⁸³ Obdobně na rizika tohoto postupu upozorňuje i česká a zahraniční odborná praxe.⁸⁴ **Doporučuji, aby léky vždy podával pouze zaměstnanec s patřičnou kvalifikací, který je zároveň připravoval.**

Následně po podání léku musí dotýčný pracovník **zaznamenat, že lék podal**. V souladu se zákonnými požadavky je nutné, aby takto učinil **vždy do zdravotnické dokumentace daného klienta**. S ohledem na snížení míry chybovosti doporučuji, aby spolu s informací o podání konkrétního léčivého přípravku bylo rovněž zaznamenáno, který zaměstnanec byl za přípravu a výdej léků odpovědný.

Co se týče drcení léků, tak kladně hodnotím, že se zařízení snaží zajistit jeho bezpečnou přípravu. Musím však upozornit na rizika praxe preventivního drcení léků, kdy může docházet ke změně účinnosti a vstřebatelnosti léku. **Doporučuji, aby bylo drcení léků vždy nejprve konzultováno s lékařem, který rozhodne o případné nutnosti užívání léků v jiné formě.** Tuto informaci musí personál zařízení následně zaznamenat do dokumentace klienta.

V souvislosti s možnými polykacími obtížemi klientů při užívání léků (polykací obtíže jsou častým příznakem demence) ještě dodávám, že ne vždy je totiž nutné přistupovat k drcení léků. Nabízí se mj. využití některého z volně prodejných přípravků, které polykání léku usnadní a zároveň neovlivní jeho účinnost ani vstřebávání.⁸⁵

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

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

85 Např. tzv. gel pro snadné polykání léku.



Opatření:

- 29) Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (průběžně).**
- 30) Konzultovat s lékařem případné problémy klientů s polykáním léků (průběžně).**

25. Uložení léků

Léky klientů se nacházejí na sesterně. Část z nich je uložena v uzamykatelné lékárně, zvlášť v trezoru jsou uzamčeny opiáty. Každý z klientů má však na sesterně zároveň založenu plastovou krabici označenou svým jménem, ve které se nacházejí léky, jež aktuálně užívá. Tyto krabice jsou volně loženy v policích na sesterně (viz obr. 9). Krabice s léky jsou tedy dostupné komukoliv, kdo vejde na sesternu.

Upozorňuji, že domov je povinen zajistit bezpečnou úschovu léků. Ty by měly být uschovány tak, aby k nim měl přístup pouze personál oprávněný s nimi nakládat.⁸⁶ **Pokud se v zařízení nacházejí volně ležící léky, jedná se o vysoce rizikovou praxi, která otevírá široké pole pro možnosti jejich zneužití.**



Obr. 9 Volně ložené léky na sesterně

Opatření:

- 31) Léky vždy uchovávat tak, aby k nim měl přístup pouze oprávněný personál (bezodkladně).**

26. Bolest

U pacientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,⁸⁷ může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, příp. může vést k poruchám

86 Stejně jako v případě podávání léků se jedná o registrovanou všeobecnou sestru, praktickou sestru, dětskou sestru a zdravotnického záchranáře dle ustanovení § 4 odst. 3 písm. b), § 4a odst. 2 a), § 4b odst. 2 a § 17 odst. 2 písm. b) vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

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



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 verbalizovat svoje pocity, je třeba, aby schopnost detekovat bolest zvládl pečující personál.⁸⁸ Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Dle sdělení zdravotnického personálu lze poznat, že má klient bolesti zejména podle jeho projevů (nářek, změna pohybových schopností). Testování ani metody detekce bolesti personál nerealizuje.

Opatření:

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

⁸⁸ Existuje řada škál k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí, např. DOLOPLUS-2, ECPA, PACSLAC či PAINAD.



Personál

27. Počet zaměstnanců

Dle sdělení vedení zařízení běžně na denní službě slouží jedna zdravotní sestra denní směnu (12 h), jedna zdravotní sestra ranní směnu (8hodinová směna), dále čtyři pracovníce v přímé péči (plus vedoucí přímé péče) a ředitelka, která je zároveň vrchní sestrou. V zařízení by denní službu měla sloužit aktivizační pracovníce. V době návštěvy však bylo toto místo neobsazeno a čekalo se na nástup nové pracovníce od začátku příštího měsíce. Na noční směně je standardně přítomna jedna zdravotní sestra a jedna pracovníce v přímé péči.

Pracovníci v rozhovorech shodně uváděli, že pokud slouží směny v plném stavu, je to pro zajištění péče klientům dostatečné. Pokud jsou ale v oslabení (dovolené, nemoc), považovali služby za velmi náročné. Ze sdělení pracovníků vyplynulo, že oslabení je poměrně častý stav a ocenili by větší možnost využití tzv. příslužby či jiné dopomoci. Druhý den návštěvy pracovníc Kanceláře se zařízení zrovna potýkalo s oslabením, kdy dvě pracovníce v přímé péči byly covid pozitivní a nenastoupily na směnu. Zařízení tuto situaci vyřešilo povoláním dvou pracovníc v přímé péči z jiného zařízení sítě ALZHEIMER HOME. Pracovníci však uváděli, že takovouto pomoc dostali poprvé a vyjádřili domněnku, že je to pouze kvůli tomu, že v zařízení právě probíhá návštěva pracovníc Kanceláře.

Vzhledem k tomu, že krize při výpadku personálu byla velmi častým tématem rozhovorů, **doporučuji zařízení, aby uspořádalo práci tak, aby bylo možné chybějící pracovníky vykrýt. Případně dávám ke zvážení častější využívání pracovníků z jiných zařízení sítě ALZHEIMER HOME, tak jak tomu bylo v době systematické návštěvy.**



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Seznam klientů, kterým má být postranice nasazována, zpřístupnit přehledně pracovníkům v přímé péči (opatření č. 14).• Používat preventivní opatření sloužící k ochraně klientů před pádem pouze zákonným způsobem; do dokumentace klienta zaznamenávat, kdo rozhodl o užití pomůcky, z jakého důvodu a na jak dlouhý časový úsek (opatření č. 16).• Léky vždy uchovávat tak, aby k nim měl přístup pouze oprávněný personál (opatření č. 31).• Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména pak u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (opatření č. 32)
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Uzpůsobit prostředí potřebám lidí s demencí, kteří mohou mít problém s orientací (opatření č. 1).• Umožnit klientům uzamykat si svůj pokoj, a to na základě vyhodnocení individuálních schopností a následné minimalizace rizik u každého z nich (opatření č. 4).• Zajistit funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou schopni je ovládat s ohledem na své kognitivní postižení, a to tak, aby na ně dosáhli (opatření č. 17).• Zřídit schránky na stížnosti, které budou volně přístupné všem klientům; poblíž schránek umístit návod k podání stížnosti ve zjednodušené podobě (opatření č. 27).
Do 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Začít pracovat s metodou bazální stimulace; edukovat v této oblasti personál (opatření č. 10).
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).• Na pokoji s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny, ošetrovatelských úkonech či při použití přenosného toaletního křesla zástěnu, nebo jinou formu zastínění (opatření č. 3).• Zaznamenávat práci s rizikem při manipulaci s klíči do dokumentace klienta - od skříně i od pokoje (opatření č. 5).• Dbát o korektní oslovení klienta a vhodnou komunikaci s ním (opatření č. 6).• Zajistit pro pracovníky pravidelné školení v tématu komunikace s klientem s demencí (opatření č. 7).• Systematicky mapovat komunikační schopnosti a potřeby klientů, z nich vycházet při navazování funkčního způsobu komunikace s klienty (opatření č. 8).• Zajišťovat nabídku aktivit, které odpovídají individuálním potřebám, přáním a preferencím jednotlivých klientů s důrazem na specifika demence (opatření č. 9).



- Při tvorbě individuálních plánů nastavovat vhodné cíle v závislosti na specifických potřebách a přáních klientů (opatření č. 11).
- Vzdělávat a jednotně metodicky vést personál ve zvládnutí náročného chování klientů s demencí. V rámci toho zahrnout možné projevy tohoto chování a plány péče zaměřené na prevenci a nerestriktivní řešení (opatření č. 12).
- U klientů, kteří jsou samostatně pohybliví, zajistit možnost opustit lůžko i při zdvižených postranicích (opatření č. 13).
- Do dokumentace klienta zaznamenávat, kdo rozhodl o nasazení postranice, z jakého důvodu a na jaký časový úsek [např. den/noc] bude mít klient postranici nasazenou (opatření č. 15).
- Zajišťovat klientům hygienickou péči dle jejich individuálních přání a potřeb, celkovou koupel však nejméně dvakrát za sedm dnů (opatření č. 18)
- Řádně vyhodnotit a nastavit mikční režim klientů, důsledně jej zaznamenávat do dokumentace klientů (opatření č. 19).
- Pořizovat objektivizované záznamy o příjmu stravy a tekutinu u klientů, u kterých je tato potřeba určena; záznamy pravidelně vyhodnocovat a adekvátně na ně reagovat (opatření č. 20).
- Realizovat činnosti nastavené v plánech péče klientů (opatření č. 21).
- Systematicky zavádět do praxe téma sexuality a intimity klientů (opatření č. 22).
- Zajišťovat orientovaným klientům možnost samostatně se pohybovat po zařízení; připouští-li to jejich zdravotní stav, zajistit jim možnost volně opustit budovu zařízení (opatření č. 23).
- Zajišťovat všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den bez časového omezení) a činit o tom záznamy do dokumentace klienta (opatření č. 24).
- Důsledně vyhodnocovat a aktualizovat riziko pádu (opatření č. 25).
- Zaznamenat relevantní okolnosti pádu (čas, místo, kdo byl přítomen, jak k pádu došlo, poranění, ošetření atd.); zvažovat a přijímat adekvátní individuální preventivní opatření (opatření č. 26).
- Zajišťovat klientům účast na pravidelných preventivních lékařských prohlídkách (opatření č. 28).
- Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 29).
- Konzultovat s lékařem případné problémy klientů s polykáním léků (opatření č. 30).