



Zařízení sociální péče Choceň

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Dr. Fikejze 1115, 565 01 Choceň
Zřizovatel:	Město Choceň
Ředitelka:	Bc. Dana Mánková, DiS.
Typ zařízení:	domovy se zvláštním režimem
Kapacita:	24 lůžek
Datum návštěvy:	24. – 25. října 2023
Datum vydání zprávy:	1. března 2024
Návštěvu provedli:	Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský, Ph.D., Bc. Jitka Bolinová Fialová, DiS.

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv



Obsah

Obsah	2
Úvodní informace	3
Shrnutí	6
Prostředí	7
1. Orientace v realitě	7
2. Estetika a čistota	8
3. Bezbariérovost a přístupnost	8
4. Prostor pro trávení dne	9
5. Pokoje klientů	11
Volnost pohybu a osobní svoboda klientů	12
6. Volnost pohybu	12
7. Pobyt na čerstvém vzduchu	13
8. Prostředky prevence pádu	14
Zajištění důstojné a individualizované péče	17
9. Průběh dne	17
10. Aktivní prožívání dne	18
11. Specifika demence	19
12. Klienti s chováním náročným na péči	20
13. Hygiena	22
14. Inkontinence a její prevence	24
Soukromí	25
15. Soukromí v pokoji a při hygieně	25
Zdravotní péče	27
16. Příprava a podávání léků	27
17. Deprese	29
18. Dekubity	29
19. Jídlo a malnutrice	30
Bezpečnost a pojistky v průběhu pobytu	32
20. Pády	32
Personál	33
21. Výměna informací	33
Přehled opatření k nápravě	34



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

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

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

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

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



Charakteristika zařízení

Zařízení sociální péče Choceň se nachází v obci Choceň v Pardubickém kraji. Zřizovatelem je město Choceň. Zařízení poskytuje čtyři sociální služby – službu osobní asistence, pečovatelskou službu, domov pro seniory (DPS) a domov se zvláštním režimem (DZR).

Předmětem návštěvy byla pouze služba domov se zvláštním režimem.

Služba DZR je určena lidem starším 45 let s Alzheimerovou chorobou nebo obdobným typem demence.⁹ Kapacita služby DZR je 24 lůžek, v době návštěvy byla plně obsazena. V domově žijí muži i ženy, v době návštěvy to bylo 17 žen a 7 mužů. Oproti tomu má služba DPS kapacitu 66 lůžek.

Službu DZR tvoří dvě uzavřená oddělení, obě s kapacitou 12 lůžek. Jedno oddělení je umístěno v přízemí, druhé v prvním patře budovy.¹⁰ Ve stejné budově se nachází i služba DPS. Služba DZR je však od služby DPS prostorově zcela oddělena.

Součástí areálu zařízení je venkovní zahrada a terasa v patře. Zařízení je umístěno v běžné bytové zástavbě. V obci Choceň je základní občanská vybavenost.

Průběh návštěvy

Návštěvu provedli právníci Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský, Ph.D., a pověřená expertka z oboru zdravotnictví Bc. Jitka Bolinová Fialová, DiS.

Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 24. až 25. října 2023. Ředitelka zařízení Bc. Dana Mánková, DiS., se o návštěvě dozvěděla při jejím zahájení telefonicky, osobně byla přítomna druhý den návštěvy. Zaměstnanci Kanceláře předali pověření k provedení návštěvy vrchní sestře Žanetě Šimové, která ředitelku zastupovala, a vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Zaměstnanci Kanceláře navštívili veškeré prostory zařízení. Hovořili s ředitelkou zařízení, sociální pracovníci, zdravotnickým personálem, pracovníci v přímé péči a klienty a klientkami zařízení. Na místě zastížený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkují.

9 Informace čerpám z Registru poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb#/registr-poskytovatelu-detail-sluzby/6358> [cit. 2024-02-07].

10 Jedná se ve své podstatě o dvě spojené budovy, obě s domovním číslem 1115.



Shrnutí

V navštíveném zařízení jsem se nesešel se špatným zacházením, v některých oblastech poskytované péče však shledávám prostor pro zlepšení.

Zařízení v první řadě doporučuji, aby se více zaměřilo na specifika poskytování péče klientům s demencí a s chováním náročným na péči. Demenci provázejí poruchy myšlení; klienti s demencí si proto již nemusí umět některé situace racionálně vysvětlit. Projevy agrese pak představují mechanismus obrany na tyto situace.

Dále upozorňuji na potřebu častějšího pobytu klientů na čerstvém vzduchu, který aktuálně hodnotím jako nedostatečný. Prostor pro zlepšení vnímám i v oblasti prevence inkontinence; doporučuji zaměřit se na práci s mikčním režimem.

Nedostatky uvádím i v oblasti zdravotní péče. Aktuální způsob přípravy a podávání léků vnímám jako rizikový. Skryté podávání léků (v jídle nebo v nápojích) považuji za nepřijatelnou praxi.

Současně ovšem oceňuji, že se zařízení snaží zlepšovat poskytovanou službu. Příkladem je oblast aktivizačních činností. Rovněž vyzdvihuji, že personál v době návštěvy vystupoval vůči klientům empaticky a profesionálně.



Prostředí

1. Orientace v realitě

Specifickým problémem syndromu demence je narušení či ztráta orientace v realitě. Součástí poskytované péče musí být promyšlená podpora orientace v realitě a odbourávání jejích překážek. Prostředí zařízení by mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno klientům se syndromem demence. Neschopnost orientovat se totiž může být příčinou poruch chování, či dokonce agresivity.¹¹

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

Prostory obou oddělení nejsou členité, takže se v nich dá poměrně dobře zorientovat. Z chodby se vstupuje přímo do pokojů klientů. Některé z pokojů byly (kromě tabulky se jmény klientů) označeny fotografií či obrázkem, který si klient sám vybral nebo je pro klienta nějak charakteristický (např. obrázek psa pro klienta, který je milovníkem zvířat).

Orientace v čase napomáhá, že na více místech v zařízení byly umístěny nástěnné hodiny, které ukazovaly správný čas, a kalendáře ukazující datum, den a roční období.

U jednotlivých klientů zařízení zkouší různá individualizovaná opatření. Např. do pokoje klienta A pracovníci umístili na zem značky s nápisem WC (viz obr. 1), které vedly na označenou toaletu v koupelně (obr. 2). Cílem bylo napomoci klientovi samostatně nalézt toaletu. Pracovníci k tomu sdělili, že toto opatření přesto nemělo očekávaný účinek, jelikož si klient značky na zemi s cestou na toaletu nespojil. I u několika dalších klientů se personál snažil najít způsoby, kterými by jim ulehčil nalezení toalety. Dvěma klientkám personál vyznačil stopami cestu na toaletu, stejnou barvou bylo označeno toaletní prkénko. Personál tak reagoval na situaci, kdy klientky vykonávaly pravidelně potřebu mimo toaletu. Ani toto opatření dle personálu zcela nezafungovalo.

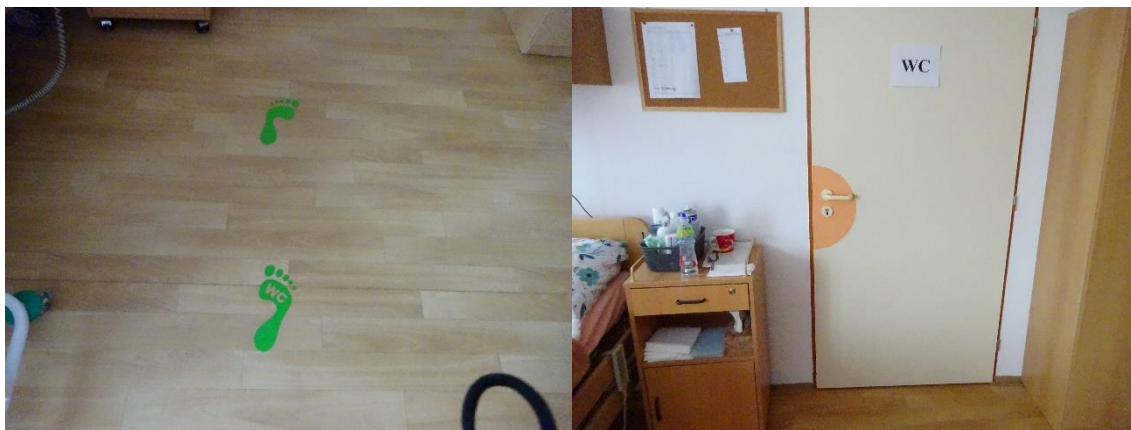
11 HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, str. 174.

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).



Užitá opatření nicméně nebyla zaznamenána do individuální dokumentace klientů a personál s nimi nepracoval v rámci individuálního plánování.

Cením si snahy zařízení napomoci klientům v orientaci v prostoru. Doporučuji však, aby pracovníci s opatřeními, která slouží k podpoře klientů v samostatnosti, pracovali v rámci individuálního plánování a zaznamenávali je do individuální dokumentace klienta. Pravidelným zaznamenáváním a přehodnocováním toho, co u daného klienta (ne)funguje, může personál mj. lépe plánovat a realizovat případné další kroky a postupy.



Obrázek 1

Obrázek 2

Opatření:

- 1) S činnostmi vedoucími k podpoře a zachování samostatnosti klientů pracovat v rámci individuálního plánování a zaznamenávat je do dokumentace (průběžně).**

2. Estetika a čistota

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

Prostory zařízení byly uklizené a čisté. Personál sdělil, že se dříve potýkali se silným zápachem z použitých inkontinenčních pomůcek, který se podařilo výrazně zredukovat užíváním speciálního bezzápachového koše. **I přes toto opatření zaměstnanci Kanceláře cítili v prostorech oddělení v přízemí silný zápach stolice. Apeluji tak na hledání dalších opatření v boji se zápachem.**

3. Bezbariérovost a přístupnost

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 deklaruje, že je plně bezbariérové.¹⁴ Na chodbách jsou všude umístěna madla, která slouží jako opora klientů při chůzi po zařízení. Koupelny a toalety jsou bezbariérové, i tam jsou umístěna madla. Zaměstnanci Kanceláře zaznamenali, že minimálně ve dvou navštívených koupelnách byla madla částečně zrezivělá. Klienti k tomu sdělili, že tento stav trvá již několik měsíců. **Pokud tak zařízení doposud neučinilo, doporučuji madla opravit.**

Za velký nedostatek považuji, že lůžka klientů neprojdou dveřmi jejich pokojů. To neodpovídá materiálně-technickému standardu, podle kterého musí být šířka dveří větší než lůžek používaných v zařízení.¹⁵ Důvodem je možnost přesunu trvale ležících klientů.

Ředitelka zařízení uvedla, že v rámci rekonstrukce zařízení v roce 2007 byly obložky dveří ponechány v původním stavu, takže s celým lůžkem ze dveří projet nelze. Pro případ evakuace jsou všechny postele vybaveny evakuačními podložkami. Klienti včetně trvale ležících jsou mimo svůj pokoj převáženi v geriatrických křeslech (vajíčkách), která jsou polohovací. K převozu lze využít i manipulační vozík.¹⁶ To však zřejmě vždy neřeší situaci klientů dostatečně, viz zejména kapitola 13.

Vyzývám zařízení, aby do budoucna uzpůsobovalo prostředí s ohledem na sníženou pohyblivost klientů.

4. Prostor pro trávení dne

Domov se zvláštním režimem jakožto zařízení poskytující pobytovou službu neslouží pouze k přechodnému pobytu klientů, ale má se co nejvíce přibližovat prostředí domova. Prostory by měly být co nejvíce uzpůsobeny cílové skupině a individuálním potřebám jednotlivých klientů.¹⁷

Je normální a přirozené, že člověk během dne střídá různá prostředí dle typu činností: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity. Člověk s demencí má jako každý jiný právo střídat prostředí a z této změny profitovat. Je vhodné zvolit takové prostory, které poskytnou příjemné a bezpečné místo pro setkávání klientů navzájem

13 Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem ze dne 1. května 2015, str. 18, sp. zn. 7/2013/NZ, [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz).

14 Viz webové stránky zařízení: <https://www.zspchocen.cz/informace/domov-se-zvlastnim-rezimem/15> [cit. 2024-02-07].

15 Viz Doporučený postup MPSV č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou, str. 28. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_Materiálně_techický_standard.pdf/cef_aea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96 [cit. 2024-02-07].

16 Ten dle sdělení však nelze využít bezpečnou kompenzační pomůcku, slouží pouze k převozu.

17 Bod 13 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Co se týče prostředí domova, rovněž odkazují na Doporučený postup MPSV č. 2/2016 Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou, str. 25 a násl. Dostupný z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_Materiálně_techický_standard.pdf/cef_aea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96 [cit. 2024-02-07].



a s lidmi žijícími mimo zařízení. Dále je vhodné, aby zařízení disponovalo bezpečně upraveným venkovním prostorem, kde jsou intuitivní chodníky a dostatek míst k sezení.

Společenská místnost, která slouží zároveň jako jídelna, se nachází pouze v oddělení, které je umístěno v patře. Místnost je poměrně malá, může zde zároveň pobývat maximálně sedm klientů. Stravují se zde téměř výlučně klienti z daného oddělení, z přízemí sem dochází pouze jeden klient (klient B), a to na základě svého přání jíst ve společnosti. Klientka C (ubytovaná v patře) se stravuje v jídelně domova pro seniory. Téměř všichni klienti v přízemí se tak stravují pouze ve svém pokoji, kde tráví i většinu svého času.

Ředitelka zařízení k tomu uvedla, že v přízemí nelze zřídit jídelnu, neboť pro to nejsou prostory (v přízemí je místo jídelny zřízena sesterna, kterou nelze přesunout, neboť zde vedou výstupy ze signalizace).

V patře je také umístěna terasa, přístup na ni je pouze v součinnosti s personálem (případně s doprovodem). Součástí areálu zařízení je i zahrada, která není uzavřená, a nelze ji tak považovat za bezpečnou pro lidi s demencí. Pobyt na ní je také možný pouze v přítomnosti personálu/rodiny.

Klienti by mohli pobývat i na balkónech, které patří k jednotlivým pokojům. Ty jsou však zpravidla zamčené, jen u jednoho klienta byl balkón otevřený na základě žádosti rodiny. K opatřením týkající se pobytu klientů na terase/balkónu viz více v kapitole 6.

Prostory zařízení nebyly původně určeny pro službu domova se zvláštním režimem. Pracovníci uváděli, že by ocenili vhodnější prostory pro poskytování služby. Konkrétně jim chybí například prostory pro trávení volného času. Jako vhodné řešení uváděli zřízení tzv. zimní zahrady či pořízení brány k venkovní zahradě. Ředitelka zařízení sama uvedla, že budova je malá, chybí zde např. místnost pro cvičení nebo prostory pro uložení inkontinenčních pomůcek. Do budoucna plánují rekonstrukci areálu, kdy chtějí postavit novou budovu, ve které zřídí byty s pečovatelskou službou (to však neřeší prostory služby DZR).

V tomto ohledu upozorňuji zařízení na potřebu **vytvoření společenské místnosti, jejíž vybavení bude připomínat běžnou domácnost a bude** klientům volně přístupná. Zároveň by neměla být umístěna příliš daleko od jejich pokojů.¹⁸ Za vhodné dále považuji, pokud má zařízení **bezpečný venkovní prostor**.

Jsem si vědom toho, že zařízení je v tomto ohledu výrazně limitováno materiálně-technickými podmínkami. Upozorňuji však na to, že popsané prostory chybí, a do budoucna zařízení doporučuji řešit přemístění do jiných prostor v dané lokalitě, snížení lůžkové kapacity či jiné alternativy, které by napomohly vylepšení materiálního zázemí.

18 Česká alzheimerovská společnost. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Revidovaná verze, str. 10. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161> [cit. 2024-02-07].



5. Pokoje klientů

Pokoj v pobytovém zařízení sociální služby nahrazuje klientovi domov. Standardem by měly být jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, které nejsou průchozí a poskytují klientům patřičné soukromí. Dvojlůžkový pokoj má mít alespoň 20 m², pro osoby s těžkým pohybovým postižením minimálně 25 m².¹⁹ V pokoji by měl mít každý klient přístup k vybavení umožňujícímu sedět, ležet, ukládat si věci běžné denní potřeby a vykonávat aktivity u plochy (např. jíst, psát, číst) vzhledem k jeho schopnostem a možnostem.²⁰

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

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

Pokoje klientů jsou jednolůžkové nebo dvoulůžkové a dostatečně prostorné. Klienti si je mohou vybavit svými osobními věcmi, mohou zde mít i menší nábytek (např. jeden z klientů si do zařízení přivezl vlastní křeslo). Míra individualizace jednotlivých pokojů byla rozdílná. Např. klientka C měla v pokoji velké množství osobních věcí a pokoj byl vybaven a zařízen dle jejího vkusu, což vítám. Další klienti sice měli na pokojích své osobní věci, ale pokoje nepůsobily již tak zabydleně. **Doporučuji klienty ve spolupráci s rodinami a personálem podpořit v dalším zútulňování a přizpůsobování vzhledu pokojů dle jejich představ.**

Zvláštní pozornost by mělo zařízení věnovat uspořádání vybavení u klientů, kteří tráví většinu času v lůžku. Jejich zorné pole by mělo být vždy podnětné. Doporučuji, aby výzdoba pokoje a další osobní věci (fotografie a další předměty, které jsou pro klienta důležité) byly ideálně umístěny tak, aby je měl klient na očích, nikoliv za hlavou (jak měli možnost zaměstnanci Kanceláře v některých pokojích pozorovat).

Na nástěnkách v pokojích byly vyvěšeny záznamy o stolici klientů. **Jejich viditelné vystavení všem případným návštěvníkům pokoje nevnímám jako nezbytné; tato informace slouží pouze pečujícímu personálu.**

¹⁹ Doporučený postup MPSV č. 2/2016, s. 25, op. cit.

²⁰ Tamtéž, s. 30.



Volnost pohybu a osobní svoboda klientů

6. Volnost pohybu

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

Poskytovatel sociálních služeb je na jedné straně povinen zajistit klientům bezpečí a chránit jejich zdraví a život. Zajištění bezpečí může u některých klientů (typicky neorientovaných) spočívat v tom, že poskytovatel na základě vyhodnocení rizika bude bránit jejich samostatnému odchodu. Na druhé straně však klienta nemůže omezovat způsobem, který je nepřiměřený možnému riziku. **Je proto třeba u každého klienta individuálně vyhodnotit rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit mu individuální režim, který je zaznamenán v individuálním plánu klienta.** V závislosti na výsledcích posouzení rizikovosti a potřeb je třeba klientovi buď umožnit samostatný pohyb, nebo mu zajistit při pobytu venku dohled či doprovod (který je tudíž třeba podřadit pod jednu ze základních činností služby). K omezení volného pohybu klienta, které musí být vždy v zájmu jeho bezpečnosti, lze přistoupit pouze v individuálních případech, po zhodnocení rizik, odůvodnění a řádném záznamu do individuálního plánu klienta.

Obě oddělení jsou uzamčená, opustit je lze zadáním číselného kódu. Z klientů zná kód pouze klientka C.²¹ Kód znají i návštěvy klientů, ty jsou stejně jako klientka C instruovány, aby ho nesdělovaly ostatním klientům. Klientka C se pohybuje samostatně i mimo areál zařízení. Ostatní klienti se mohou pohybovat mimo prostory svého oddělení pouze v doprovodu personálu, případně návštěvy.

Nutnost dohledu a doprovodu u jednotlivých klientů popisují jejich Plány péče, a to v oblastech Riziko ztráty v přirozeném prostředí / Riziko ztráty v prostoru mimo zařízení. Plán péče se upravuje poprvé po uplynutí tzv. adaptační fáze (v délce 1–2 měsíců), následně se přehodnocuje každé čtyři měsíce. Dle zhodnocení rizik je jediná klientka C schopna pohybovat se samostatně bez doprovodu, a to v rámci zařízení i mimo něj.

V této souvislosti upozorňuji, že považuji za vhodné, aby součástí plánu rizik bylo zhodnocení schopnosti klientů samostatně pobývat na terase/balkónu (viz kapitola 4). Plošné zamykání/neumožňování přístupu do určitých prostor bez individuálních zhodnocení rizik považuji za nepřípustnou praxi. **Personál může přistoupit k určitému individualizovanému opatření (např. uzamčení balkónu). Musí mu však předcházet důsledné a systematické vyhodnocení rizikových faktorů. Takové opatření je zároveň i odrazem povinnosti poskytnout náležitý dohled.**²² Správným postupem není ale ani to,

21 Klientka nemá demenci, ale jiný kognitivní deficit, který jí nebrání být v mnoha oblastech samostatná, takže její režim je odlišný od ostatních klientů DZR.

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



když zařízení například umožní klientovi pobyt v určitých prostorech na základě přání rodiny, ačkoliv to není pro klienta bezpečné.

Opatření:

- 2) Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu (průběžně).**
- 3) Přijímat přiměřená opatření k zajištění bezpečí klientů (průběžně).**

7. Pobyt na čerstvém vzduchu

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

Dohled a doprovod klientů mimo prostory oddělení zajišťují pracovníci v sociálních službách / aktivizační pracovníci (viz kapitolu 10) nebo rodina klienta. V případě pobytu v areálu zařízení (terasa/zahrada) postačí, pokud je přítomen jeden pracovník na více klientů. Pobyt mimo areál zařízení (např. procházka do města) probíhá pouze v režimu jeden pracovník na jednoho klienta. Personál aktivně podporuje rodiny klientů, aby s nimi při návštěvě trávily čas na čerstvém vzduchu.

Dle některých pracovníků se klient dostane ven v průměru dvakrát až třikrát týdně, podle jiných, pokud ho nevezme ven rodina, maximálně jednou týdně. Dle poskytnuté dokumentace je však četnost pobytu klientu na čerstvém vzduchu ve skutečnosti mnohem nižší.

Klient D je trvale ležící, dle dokumentace v systému Cygnus se vysazuje do sedu pouze na přání rodiny, venku pobývá v invalidním vozíku. Dle osobního cíle ve svém individuálním plánu ze dne 10. srpna 2023 si klient přeje chodit do zahrady, být na čerstvém vzduchu a pozorovat okolí. Pracovníci mají klienta brát za tímto účelem jedenkrát týdně do zahrady / na procházky. V období od 1. září 2023 do data v návštěvy, tedy 24. až 25. října, jsou v systému Cygnus dva záznamy o pobytu venku (ze dne 5. září a 2. října, z toho dne 5. září byl venku s rodinou). V knize Záznamy hlášení se nacházejí celkem tři záznamy o pobytu venku za toto období (zmiňovaná návštěva rodiny dne 5. září, dne 6. října pobyt na terase a dne 23. října vycházka s rodinou). Celkem byl tedy klient podle dokumentace za téměř dva měsíce venku pouze čtyřikrát, z toho dvakrát s rodinou na vycházce a dvakrát s personálem zařízení na terase.

Nastavená frekvence pobytu venku jedenkrát týdně se mi jeví sama o sobě jako velmi nízká, nadto ani tuto četnost není personál schopen zajistit.

Do knihy Záznamy péče v oddělení v přízemí (oddělení, kde je ubytován i klient D) personál učinil zápis o pobytu konkrétních klientů na terase nebo na procházce za celý měsíc červen 2023 pouze v devíti dnech (v některé dny se navíc jedná o návštěvu rodiny, která klienta doprovodila ven). Ve zbývajících dnech (21) tedy buď nikdo z klientů tohoto oddělení nebyl venku, nebo o tom opomněl personál učinit zápis. To potvrzuje další ze zápisů, který



upozorňuje pracovníky, že jednak mají klienty, pokud neprší, brát ven na terasu/zahradu a že mají řádně zapisovat pobyt klientů venku s rodinou.

V souvislosti s pobytem klientů na čerstvém vzduchu odkazují na názor Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT), **dle kterého klienti zařízení sociálních služeb mají mít v souladu se svým aktuálním zdravotním stavem možnost užívat během dne přístupu na čerstvý vzduch neomezeně** (pokud není nezbytná jejich aktuální přítomnost uvnitř zařízení). **Klienti s omezenou mobilitou by navíc měli dostat potřebnou pomoc.**²³

Zvláště upozorňuji na potřebu zajištění dostatečného pobytu na čerstvém vzduchu u klientů, kteří jsou trvale ležící. Pokud nelze vyjet z pokoje s lůžkem a klient zároveň nezvládá sedět ve standardním vozíku, existují další kompenzační pomůcky (např. speciální vozíky), které lze využít. Ředitelka zařízení uvedla, že tyto pomůcky zařízení má, konkrétně že má tzv. geriatrická křesla (vajíčka), viz kapitolu 3. Nejsou-li tyto pomůcky dostatečné, mělo by zařízení hledat další způsoby. Je na něm, aby našlo cesty, jak umožnit na čerstvém vzduchu pobyt všech klientů, kteří o to stojí.

Dále upozorňuji na potřebnost řádného zapisování pobytu klientů na vzduchu do jejich dokumentace. Aktuální stav odráží dle mého nedostatek způsobený dublovaným zapisováním do různých nosičů, jak podrobně uvádím v kapitole 21.

Opatření:

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

8. Prostředky prevence pádu

Postranice a fixační pomůcky jsou běžně užívaným ošetřovatelským nástrojem, jehož účelem je zabránit pádu klienta, zároveň však mají potenciál omezit člověka v pohybu. Pro jejich užití je tedy nutné splnit několik podmínek:²⁴

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,²⁵
- musí se jednat o vhodný prostředek prevence pádu pro konkrétního klienta,²⁶

23 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. Bod 124. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168095aeb2> [cit. 2024-02-07].

24 Podmínky jsou detailně vysvětleny ve Zprávě ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem z 1. května 2015, str. 57, sp. zn. 7/2013/NZ/AHD, [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz).

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

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



- nelze využít méně restriktivní opatření,²⁷
- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu nebo jiného poškození klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, a nikoliv usnadnění práce personálu,²⁸
- v individuální dokumentaci klienta musí být zaznamenáno, kdo užití postranic či fixační pomůcky doporučil a z jakého důvodu, a musí být stanovena jasná pravidla pro jejich použití (kdy a po jaký časový úsek mají být používány),²⁹
- klient, který je samostatně mobilní, musí mít možnost sám omezení ukončit,³⁰
- zvolené opatření musí být pro klienta bezpečné.³¹

Prostředky prevence pádu mohou být využity pouze na základě úplného a svobodného souhlasu klienta. V případě, že klient není (ne)souhlasu schopen, má posoudit použití prostředků odborný tým. Zároveň platí, že do rozhodovacího procesu o použití těchto nástrojů musí být zapojen klient, a to v takové míře, v jaké to jeho možnosti a schopnosti dovolují.³²

U klientů v zařízení se využívají postranice u lůžka a fixační pásy v křesle (vozíku). Dle personálu o užití postranic rozhoduje zdravotnický úsek, a to ve spolupráci s rodinou klienta. V dokumentaci klientů se pak nacházely lékářem vyplněné a podepsané formuláře o užití prostředků prevence pádu. Formulář má pro všechny klienty stejnou podobu, nerozlišuje, zda se jedná o fixační pás, nebo o postranici, a lékař uvádí vždy stejné vyjádření, tj. že klient má demenci.

Informace pro personál o tom, že u klienta má být použit prostředek prevence pádu (včetně časového úseku a důvodu pro její užití), je podrobně zachycena v Plánech péče (v něm je uvedeno, jaká pomůcka, z jakého důvodu a po jaký časový úsek se u daného klienta užívá). Dle sdělení personálu by rovněž měla být obsažena v knihách Záznamy péče.

Nemám poznatky o tom, že by v zařízení docházelo ke zneužívání postranic s cílem zabránit klientům ve volném pohybu. **S ohledem na požadavek transparentnosti rozhodovacího**

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

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

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

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

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

32 Viz také Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 6/2018 pro používání opatření omezujících pohyb, str. 21 a násl. Dostupný z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_c.06_2018_pro_pouzivani_opatreni_omezujících_pohyb_osob.pdf/c9758bed-3b71-c0d7-701b-3248fe66efb1 [cit. 2024-02-07].



procesu a potenciální rizika však doporučuji, aby bylo do dokumentace rovněž zaznamenáno, kdo o užití postranice rozhodl. Aktuálně je jediným písemným zdůvodněním formulář od lékaře, jehož podobu nepovažuji za dostatečnou.

U klientů, kteří nemají schopnost učinit rozhodnutí nebo nemohou projevit svou vůli, musí o nasazení postranic rozhodnout **tým pracovníků zařízení** (v ideálním případě zdravotníků i pracovníků v sociálních službách), který vyhodnotí riziko pádu a zváží přiměřená opatření k předcházení pádu. Souhlas člena rodiny či opatrovníka nevnímám v tomto případě jako právně významný (mohou nicméně prospívat atmosféře důvěry mezi pečujícím týmem a rodinou).



Zajištění důstojné a individualizované péče

9. Průběh dne

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

Ohledně času ranní hygieny sdělovali pracovníci rozdílné informace. Vedení zařízení uvádělo, že se cíleně posunul začátek směny pracovníků v přímé péči, aby ranní hygiena probíhala později a klienti mohli déle spát. Aktuálně ranní hygiena probíhá cca od 06:45 do 08:00 hod. Dle sdělení personálu, pokud klient chce spát déle, tak ho vynechají a vrátí se k němu později. Někteří z pracovníků však v rozporu s tímto uváděli, že ranní hygienu musí částečně provést už noční směna v brzkých ranních hodinách. Konkrétně musí každý den provést hygienu u dvou klientů, aby vypomohla denní směně, která by to jinak časově nezvládala. Většinou se jedná stále o dva tytéž klienty, kteří jsou spolu ubytováni na pokoji. Výjimku má představovat jeden den v týdnu, kdy mají tito klienti naplánovanou celkovou hygienu. V ten den pak noční směna provede hygienu v brzkých ranních hodinách u jiných dvou klientů.

Probouzení klientů z důvodu provedení hygieny představuje zásah do spánku, což může být zbytečně zatěžující. Je porušován přirozený rytmus dne a takový zásah může následně vyvolat neklid nebo agresivní chování. Samozřejmě je nutné zohlednit konkrétní situaci a potřeby klienta, např. aktuální střevní potíže, anebo zvláštní zdravotní důvody pro častější výměnu inkontinenční pomůcky apod. Vzbuzení velmi časně ráno je rovněž možné u klienta, který takto časně vstával celý život. Půjde však o individuální případy klientů, kteří mají mít takovou informaci zaznamenanou v individuálním plánu. **Nelze upřednostňovat rozvrh práce před spánkem klienta a jeho individuálními potřebami.**

Večerní hygiena a příprava klientů na spánek začíná již před večeří (po 17. hodině). Většina klientů uléhá do lůžka před 19. hodinou. Pracovníci sdělovali, že pokud si klienti přejí večerní úpravu později, tak mu vyhoví. Ze záznamů v systému Cygnus však vyplývá, že minimálně u některých klientů zřejmě dochází k přípravě na spánek i dříve než v 17 hodin, viz záznamy realizace ošetrovatelské péče u klienta A v kapitole 12. **I v tomto případě upozorňuji, že denní rytmus by měl odpovídat individuálním potřebám klienta. V opačném případě může vyvolat neklid nebo agresivní chování klienta. Je možné, že právě o to se jedná například u klienta A (viz kapitolu 12).**

Opatření:

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



10. Aktivní prožívání dne

Klienti se syndromem demence profitují v každé fázi svého onemocnění z jiných aktivit a tomu má odpovídat nabídka náplně dne v zařízení. Zatímco ve fázi středně pokročilé a rozvinuté demence jsou klienti schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a profitují z programových aktivit,³³ osoby s těžkou demencí potřebují především individualizovanou asistenci. Účast na programových aktivitách již pro ně přínosná není, naopak jim může způsobovat diskomfort a být pro ně zatěžující.³⁴ 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.

Aktivizační činnosti jsou vždy zvlášť pro klienty služby domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Společné aktivity se dle personálu neosvědčily. Výjimkou je klientka C, která se odlišuje od ostatních klientů DZR tím, že je v mnoha ohledech soběstačná a potřebuje mnohem nižší míru pomoci a podpory. V obou službách jsou tři aktivizační pracovníci, z toho jeden dochází za klienty ve službě DZR. Aktuálně působí jeden den v týdnu na oddělení v přízemí (individuální aktivity) a půl dne na oddělení v patře (skupinové aktivity, na které mohou docházet i klienti z přízemí). V další dva dny (pondělí, pátek) pak v odpoledních hodinách klienty v závislosti na počasí bere ven na vycházku.

Kromě toho v zařízení probíhá pravidelně skupinová i individuální canisterapie. Nepravidelně probíhá i felinoterapie. Aktivizační činnosti s klienty provádějí i pracovníci v sociálních službách ve směně dle časových možností.

Vedení zařízení uvedlo, že si uvědomuje důležitost aktivizačních činností. Z tohoto důvodu dojde k proškolení dvou pracovníků v sociálních službách a jejich následnému přeřazení na pozici aktivizačních pracovníků, a to pouze pro službu DZR. Snaží se i rozšířit nabídku aktivizačních činností, aktuálně začali s tzv. relaxačními odpoledni (kombinace snoezelenu a reminiscenční terapie).

Jeden z pracovníků sděloval, že se snaží nabídku aktivit přizpůsobovat fázím demence klientů a že za tímto účelem budou pracovníci vysláni na školení. Jiní pracovníci však uváděli, že nabídka aktivit je pro všechny v základě stejná, či že pracovníci vycházejí z individuálních zkušeností s danými klienty.

Aktivizační činnosti by měly také zohledňovat nastavené osobní cíle v individuálních plánech klientů. Ty jsou však nastavené poměrně vágně, např. u klientky E je osobním cílem „vyplnění volného času, být v kolektivu“. Obdobně u klientky F je osobním cílem „zapojit klientku do různých aktivit, vyplnit volný čas, být ve společnosti“.

Oceňuji, že se zařízení snaží dávat větší důraz na aktivní prožívání dne klientů. Doporučuji, aby i nadále hledalo nové způsoby a příležitosti, které klientům zpestří den a zároveň je podpoří v zachování jejich soběstačnosti. Rovněž doporučuji, aby zajistilo

³³ 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 Alzheimerovy společnosti P-PA-IA, op. cit., str. 5).

³⁴ Tamtéž, str. 4–5, 8.



aktivizačním pracovníkům i pracovníkům v sociálních službách vzdělávání ve specifikách aktivizace u lidí s demencí.

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. Na toto téma upozorňuji také v kapitole 3.

Opatření:

- 6) Při tvorbě individuálních plánů nastavovat vhodné cíle v závislosti na specifických potřebách a přáních klientů (průběžně).**

11. Specifika demence

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stadia, musí být nastavena individuálně a prováděna poučeným personálem.³⁵ Intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže či zbytečně působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv klienta či přímo o špatné zacházení. Požadavku na zohlednění odborné stránky věci odpovídá právní povinnost poskytovatele sociální služby zajistit individuální přístup k potřebám klientů.³⁶ K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti.³⁷ Informace o tom, jaký typ demence osoba má a v jaké fázi se syndrom demence nachází, je klíčová pro správné nastavení péče. Informace musí být obsažena v dokumentaci klienta a personál musí s těmito informacemi dále pracovat.

V zařízení jsou vyhodnocovány kognitivní funkce klientů pomocí testu MMSE. Test provádí zdravotnický personál. Pracovníci vědí, že klient má demenci, jednotlivé fáze však nerozlišují. Náplň dne a nabízené aktivity nejsou standardně přizpůsobeny fázím demence. (viz kapitolu 10).

V Záznamech péče se nachází zápis ze dne 28. června 2023 tohoto znění: „Klient G – divné chování (xx [popis chování]).“ K zápisu je odpověď (zřejmě vedoucího pracovníka): „Klient G bude mít divné chování, protože má A. demenci.“

Jak dále uvádím v následující kapitole (viz kapitolu 12), personál si s projevy klientů, které jsou zřejmě způsobené poruchami myšlení provázející demenci, neví často rady.

Upozorňuji, že bez aktuálních poznatků o onemocnění klienta a jeho specifických potřebách personál nemůže poskytovat péči odborným a individuálním způsobem. Pokud personál postupuje intuitivně, dělá to, co si myslí, že klient potřebuje nebo si přeje, ačkoliv opak může být pravdou. To představuje vysoké riziko špatného zacházení s klientem. Riziko spočívá především ve ztrátě dovedností klienta, prohlubování jeho závislosti na poskytované péči a zanedbání péče v oblastech, kde klient nedostává dostatečnou podporu, eskalaci neklidu a následnému zavádění restriktivních opatření.

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

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

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



Dle poskytnutého Plánu vzdělávání za rok 2023 mělo čtyřicet pracovníků v přímé péči absolvovat školení na téma Specifika péče o klienty s Alzheimerovou chorobou. To je správné. Pracovníci by měli být vzděláváni v problematice demence, aby dokázali porozumět potřebám klientů. Doporučuji ve vzdělávání v oblasti poskytování péče lidem s demencí pokračovat. Získané poznatky je následně nutné reflektovat v celkovém poskytování sociální služby.

Opatření:

- 7) Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobovat stádiu demence (průběžně).**
- 8) Vzdělávat personál v oblasti specifík péče o lidi s demencí a jejich potřeb (průběžně).**

12. Klienti s chováním náročným na péči

Poskytovatel je ze zákona povinen poskytovat službu individuálním, důstojným způsobem a vytvořit takové podmínky, jež klientům umožní naplňovat jejich lidská i občanská práva a zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby.³⁸ Z tohoto požadavku vyplývá povinnost prevence a zvládnutí náročného chování klientů, a to přirozeně u poskytování služby domov se zvláštním režimem, kde cílová skupina je zvýšeně ohrožena poruchami chování způsobenými jejich onemocněním. V opačném případě může nezvládnuté náročné chování klienta ohrozit soužití obyvatel služby, bezpečnost a také kvalitu života samotného klienta. Přitom je třeba klást důraz na povinnost zařízení poskytovat sociální služby způsobem, který předchází situacím, v nichž je nezbytné použít opatření omezující pohyb.

Někteří z klientů při dopomoci personálu s hygienou projevují značnou nelibost, kterou vyjadřují fyzickou či slovní agresí. Klientka H dle sdělení personálu i dle Plánu péče při hygieně nespolupracuje, na pracovníky plive a štípá je. V Záznamech péče³⁹ jsou velmi četné záznamy o tom, že klientka byla při hygieně vůči pracovníkům vulgární a agresivní. Klientka se dle záznamů péče stejně projevuje také při aktivizační činnosti, kdy jí personál tzv. míčkuje končetiny. Pracovníci v přímé péči tyto projevy opakovaně oznamovali vedení. Strategii, jak k náročnému chování klientky přistupovat, personál nemá.

Obdobně klient G se dle sdělení personálu i podle četných zápisů v Záznamech péče při hygieně projevuje vůči pracovníkům často agresivně. Rovněž občas odmítá léky (viz kapitolu 16).

Velmi četné záznamy o projevech neklidu či agrese se dále nacházejí jak v Záznamech péče, tak v individuální dokumentaci v systému Cygnus u klienta A. Klient přišel do zařízení dne 18. ledna 2023 s tím, že je většinou orientovaný, občas agresivní. Častý neklid a agrese tohoto klienta zaznamenávají do dokumentace jak zdravotníci, tak pracovníci v sociálních službách. Ani u tohoto klienta nemá personál zpracovanou strategii, jak pracovat s těmito projevy. Příkladem uvádím některé ze zápisů z dokumentace klienta.

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

39 Tímto označením mám na mysli knihu „Záznamy péče“, kterou v listinné podobě vedou pracovníci v sociálních službách, viz kapitolu 1.21.



Záznam realizace ošetřovatelské péče ze dne 23. března 2023: „Klient zmatený až agresivní, je tady bordel, musí to řešit s policí, personál vyhazoval z pokoje.“ Záznam ze dne 14. května: „Klient večer slovně agresivní, neklidný. Večerní medikace podána. Uklidněn.“ Záznam ze dne 17. května: „Od 16. 5. řešena s lékařkou změna medikace – pán agresivní, neklidný, hrubě držel zaměstnankyni za ruku, personál se bál...“

Dle záznamu péče ze dne 29. srpna klient sebral z vozíku úklidu vůni a šel na pokoj jiného klienta, kterému začal vůni stříkat do obličeje. Ten se tomuto jednání bránil a volal na personál, ať klienta A odvede pryč. Záznam realizace ošetřovatelské péče z téhož dne: „V noci klient obchází pokoje, nahý, shodil a rozbil dekoraci ve skřínce na chodbě. Ve 24h podán Derin 1 tbl. dle ordinace lékaře. Uložen, spal.“

Dále dle záznamu péče ze dne 31. srpna klient projevoval během večeře značnou agresi vůči personálu, vyhrožoval pracovníkům, že je uhodí. Poté chtěl utéct na balkon v pokoji jiné klientky, kde ho zastavil personál. Klient reagoval tak, že se pokusil pracovníky polít čajem z konvice a byl dále agresivní. O situaci byla informována zdravotní sestra a klientovi byly podány léky.

Záznamy realizace ošetřovatelské péče ze dne 31. srpna:

„0:57 Klient agresivní slovně, chodí po pokoji a po chodbě, bere za kliku ostatních pokojů. Nechce spolknout léky, prý ho chceme otrávit. Vylévá hrníček s pitím, abychom ho tím neotrávili. Křičí, ať opustíme pokoj. Opakovaně ukládán do lůžka. Po půlnoci usíná.“

„14:31 Dle ordinace lékařky provedena změna psych. medikace: navýšení Derin 25 mg na 1-1-2-1 tbl.“

„18:25 Klient celý den poklidný, domluva možná, spolupracuje, léky polyká bez obtíží, PPP poučení, ať se s klientem domluví na podvečerním převlékání, zbytečné dávat pyžamo v 16:30 h.“

V Cygnusu se mj. objevuje i zápis o sexualizovaných projevech klienta. Viz záznam realizace ošetřovatelské péče ze dne 15. června 2023: „xx [popis].“

Informace o tom, že klient se projevuje často agresivně, je obsažena i v Plánu péče klienta, není zde však uvedeno, jak by měl personál v takových případech postupovat.

Z dokumentace tak vyplývá, že na situaci klienta reaguje personál především podáním medikace, aktuálně tedy předepsaného antipsychotika Derin (pravidelně každý den a dále v případě neklidu). Dávka léku byla v průběhu roku 2023 několikrát navýšena. **Není zřejmé, zda zařízení zjišťovalo příčiny agrese a neklidu klienta a navrhovalo postup, jak na jeho projevy reagovat jinak než podáním medikace. Jako možné opatření v dokumentaci připadá pouze pozdější ukládání ke spánku, není však jasné, zda se jedná skutečně o opatření sloužící k prevenci neklidu u klienta, či pouze o nesouvisející informaci.**

Na základě těchto případů se domnívám, že by se zařízení mělo více zaměřit na specifika práce s klienty s náročným chováním. U klientů s demencí je agresivita často reakcí na neporozumění ze strany pečujícího. Klient si také 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 jeho soukromí nebo intimního prostoru. K tomu dochází zejména v situacích, kdy pečující pomáhají s oblékáním nebo s osobní hygienou. Je možné, že zde vystává komunikační bariéra, kdy klient nemusí chápat smysl dané činnosti a rozumět tomu, co se s ním děje. Při realizaci hygieny je rovněž možné, že hygiena probíhá v nevhodnou dobu pro klienta, nebo klient nebyl v dřívějším životě zvyklý na tak častou frekvenci hygieny.

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. Případné podání medikace (farmakologické řešení) by mělo být krajním řešením situace, a to pokud jiná nefarmakologická opatření selžou. Upozorňuji, že tento postup vychází z povinnosti poskytovat sociální službu způsobem, který předchází situacím, v nichž je nezbytné použít opatření omezující pohyb.

Opatření:

- 9) **Vzdělávat a metodicky vést personál ve zvládnání náročného chování klientů s demencí. Vytvářet plány péče, které zahrnou možné projevy tohoto chování a budou zaměřené na prevenci a nerestriktivní nefarmakologické přístupy (průběžně).**

13. Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny patří mezi základní lidské biologické potřeby. Pravidelná osobní hygiena udržuje kůži v dobrém stavu a brání vzniku možných komplikací (infekcí, dekubitů). Pocit čistoty zároveň navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Zajištění podmínek pro osobní hygienu či dopomoc při osobní hygieně jsou jednou ze základních činností, které je domov povinen klientům zajistit.⁴⁰

Ranní hygiena⁴¹ u klientů, kteří potřebují podporu právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,⁴² večerní hygiena⁴³ zase každý večer.⁴⁴ Taktéž je zásadní provádět každý den intimní hygienu.⁴⁵ Je rovněž důležité, aby personál domova u klientů zajistil i tzv. **celkovou koupel, a to minimálně dvakrát týdně**. Celková koupel zahrnuje umytí celého těla včetně vlasů pod tekoucí vodou, vyčištění zubů a případně oholení. Probíhá vždy v koupelně (ve vaně, sprše, na koupacím vozíku nebo vodním lůžku).

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

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

42 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

44 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

45 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.



Celkovou koupel nelze nahradit tzv. hygienou na lůžku, tedy omytím těla klienta žínkou a vodou nebo jinými hygienickými prostředky na jeho posteli v pokoji.⁴⁶ Účinek tekoucí vody totiž při hygieně na lůžku nelze nijak nahradit.

Tato výše uvedená pravidla jsou však pouze minimálním standardem. Především totiž platí, že klienti, a to samozřejmě včetně klientů s potřebou podpory v oblasti hygieny, **by se dle svých potřeb měli svobodně rozhodnout, jak často by u nich hygiena měla probíhat** (jak je běžně v populaci standardem). Personál by jim tudíž měl v této oblasti vycházet maximálně vstřícně. Pokud klient některé hygienické úkony, například čištění zubů, opakovaně odmítá, měl by personál zjišťovat důvody jeho postoje a systematicky pracovat na jeho změně. Měl by tak činit o to intenzivněji, pokud zanedbáním hygieny klient ohrožuje zdraví své, zdraví ostatních klientů (například šířením infekčních onemocnění) a narušuje soužití v domácnosti (kupříkladu zápachem).

Provádění hygieny včetně zajištění dopomoci pracovníků je u jednotlivých klientů podrobně popsána v jejich Plánech péče. Celková koupel u klientů v koupelně ve sprše/vaně probíhá jedenkrát týdně, příp. dle potřeby. Zaměstnanci Kanceláře nezjistili, že by někdo z klientů vyžadoval celkovou koupel častěji. **Přesto se domnívám, že základní nastavení služby by mělo klientům umožňovat celkovou koupel alespoň 2x týdně.**

U klientky I veškerá hygiena včetně celkové koupele probíhá pouze na lůžku v jejím pokoji. Klientka je trvale ležící, z důvodu bolesti a přání klientky ji personál nevysazuje. Veškerý čas tak tráví v lůžku a pokoj opouští, pouze pokud je objednána k vyšetření u lékaře, v tom případě pokoj opouští na lůžku.⁴⁷ Personál v rozhovorech jako důvod uváděl, že celková koupel se provádí v pokoji, protože lůžko klientky neprojde rámem dveří pokoje (viz kapitolu 3).

Ředitelka zařízení uvedla, že alternativou k opuštění pokoje na lůžku je využití geriatrických křesel nebo manipulačních vozíků. To se u klientky zjevně neděje. **Jak uvádím výše, celková koupel by měla probíhat zásadně pod tekoucí vodou. Pokud není klientku možné vysadit, např. z uvážených bolestí a jejího přání, dá se využít koupací lůžko, mobilní koupací vana či jiná alternativa, která se nabízí na trhu.**

Jako problematické dále vnímám brzké buzení klientů kvůli zajištění hygieny (viz kapitolu 9).

Opatření:

- 10) **Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, umožnit celkovou koupel nejméně dvakrát za 7 dnů (průběžně).**
- 11) **Celkovou hygienu klientů i nepohyblivých klientů provádět zásadně pod tekoucí vodou (bezodkladně).**

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

47 Informace čerpám z Plánu péče klientky.



14. Inkontinence a její prevence

Jedním z projevů demence může být inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet klienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu, včetně režimu mikčního. Klient by měl mít možnost se v cca 2hodinových intervalech, i častěji, vymočit. Takto nastavený režim může navíc minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.⁴⁸

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

Dle sdělení personálu probíhá kontrola potřeby výměny inkontinenčních pomůcek několikrát denně (ráno, před obědem, po obědě, odpoledne, večer). Pokud u daného klienta personál vyhodnotil potřebu častější výměny/kontroly, tak i častěji (např. v průběhu noci). Některé klienty personál vyzývá k vykonání potřeby, neděje se tak ale v pravidelných intervalech. U žádného z klientů tak neprobíhá mikční trénink. Jeden z pracovníků uvedl, že připomínání využití toalety v pravidelných intervalech se jim neosvědčilo, důvodem má být mj. odlišný harmonogram péče v různých dnech.

Rozumím tomu, že zařízení je limitováno určitými provozními možnostmi. Upozorňuji však, že systematická práce na udržení nebo posílení kontinence klientů, tzv. mikční trénink, je pro klienty nesporným benefitem. Opačným důsledkem je například to, že klienti využívají inkontinenční pomůcky nadbytečně, což dále vede k postupnému oslabení schopností v této oblasti a vzniku skutečné potřeby inkontinenční pomůcky mít. Dochází tak ke zbytečnému posilování závislosti na podpoře personálu domova, zásahu do důstojnosti a otevírání rizika zdravotních komplikací. **Zařízení by mělo zavést systematický trénink mikce u klientů, kteří si to budou přát,⁴⁹ a zajistit tak, že klientům bude poskytována potřebná míra podpory v této oblasti.**

Naopak pozitivně hodnotím, že zařízení zkouší pracovat s klienty na udržení jejich kontinence prostřednictvím orientačních prvků (viz kapitolu 1).

Opatření:

- 12) Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na péči (průběžně).**

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

49 Např. zavést trénink močového měchýře dle Doporučeného postupu Urogynekologické společnosti ČR (známý též jako mikční drill), popisovaný Českou urologickou společností např. zde: <https://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/> [cit. 2024-02-07].



Soukromí

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

15. Soukromí v pokoji a při hygieně

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

Právo na soukromí je potřeba vyvážit s právem klientů na ochranu jejich života a zdraví, které vyžaduje zajištění bezpečného prostředí. Je tedy třeba objektivně zhodnotit schopnosti a dovednosti klientů a vždy zjišťovat, zda u konkrétního klienta manipulace s klíčem představuje bezpečnostní riziko, a na základě této úvahy rozhodnout, zda mu bude klíč předán. Tato úvaha musí mít samozřejmě odraz v dokumentaci klienta. Pokud může být rizikové například zamčení v koupelně, mají být dveře vybaveny zámky, které může personál zvenčí odemknout.

15.1 Soukromí v pokoji

Klienti mají možnost si svůj pokoj zamknout zevnitř prostřednictvím otočného zámku, někteří klienti v době návštěvy tuto možnost využívali. V pokojích mají klienti uzamykatelné noční skříňky a uzamykatelné šatní skříň.

15.2 Soukromí při hygieně

V patře ke každému pokoji patří samostatná koupelna s toaletou. Vstup do koupelny je přímo z pokoje. V některých navštívených pokojích se klienti mohli v koupelně zamknout prostřednictvím otočného zámku, minimálně v jedné koupelně, která patřila ke dvoulůžkovému pokoji, však zámek ve dveřích nebyl.

V přízemí jsou koupelny zpravidla sdílené mezi dvěma pokoji. Koupelna je umístěna mezi nimi, takže vstup do ní je z obou pokojů. Do koupelny tak mohou vstupovat osoby z obou pokojů zároveň. Klienti se v koupelně sami uzamknout nemohou, dle sdělení pracovníků může dveře uzamknout pouze personál.

Koupelny, které nelze zamykat, nemají ani náhradní označení, například cedulky obsazeno/volno, které by napomohlo zajištění soukromí.

U části klientů probíhá hygiena a výměna inkontinenčních pomůcek v lůžku. Ve vícelůžkových pokojích klientů nejsou závěsy, ty jsou dle sdělení pouze v pokojích služby domova pro seniory. Pracovníci mohou používat jednu přenosnou zástěnu, která je



uložena v tzv. márnici. Z pozorování i ze sdělení personálu však vyplynulo, že zástěna se běžně při úkonech intimní hygieny na pokojích klientů nepoužívá, její použití je omezeno jen na zajištění soukromí u umírajícího klienta.

Opatření:

- 13) Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání koupelen, a to na základě vyhodnocení jejich individuálních schopností (do 3 měsíců).**
- 14) V pokojích s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny a při ošetřovatelských úkonech zástěnu nebo jinou formu zastínění (průběžně).**



Zdravotní péče

16. Příprava a podávání léků

System podávání léků musí být nastaven bezpečně s cílem snížit riziko chyby a zajistit, že manipulovat s léky bude moci pouze osoba k tomu oprávněná.⁵⁰ 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.⁵¹

Zdravotničtí pracovníci v rozhovoru uváděli, že léky připravuje zdravotnický pracovník den dopředu. Léky tak zpravidla podává jiný pracovník než ten, který je chystal.

Ve vztahu k podávání léků upozorňuji, že pokud léky nepodává zaměstnanec, 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. Navíc v případě změny zdravotního stavu klienta není možné, aby zdravotník okamžitě reagoval (např. tak, že klientovi lék nepodá a stav konzultuje s lékařem). Na situace, kdy lék podává někdo jiný, než kdo jej připravoval, a rizika s tímto spojená upozorňujeme dlouhodobě.⁵² Obdobně na rizika tohoto postupu upozorňuje i česká a zahraniční odborná literatura.⁵³ **Doporučuji, aby léky vždy podával pouze zaměstnanec s patřičnou kvalifikací, který je zároveň připravoval.**

V případě potřeby se léky klientům drtí. Kladně hodnotím, že pracovníci používají drtič léků, který zabezpečuje jejich bezpečné rozdrčení bez rizika kontaminace a následného smísení léčiv různých klientů.⁵⁴ V knize Hlášení sester se nachází záznam o tom, že klientka si přeje drtit prášky (bez dalšího sdělení). S ohledem na to, že v době návštěvy tato klientka již v zařízení nepobývala, nemám bližší informace o tom, jaký byl další postup zařízení.

Proto pouze upozorňuji, že pokud by personál přistupoval k preventivnímu drcení léků, jednalo by se o rizikovou praxi. Drcením léků může docházet ke změně jeho účinnosti

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

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

52 Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem z 1. května 2015, str. 54, sp. zn.7/2013/NZ/AHD, eso.ochrance.cz.

53 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 dávkoval, nebo připravoval někdo jiný.**“)

54 Personál zařízení používal drtičku léků s jednorázovými nádobkami a fóliemi.



a vstřebatelnosti. Doporučuji, aby bylo drcení léků vždy nejprve konzultováno s lékařem, který rozhodne o vhodnosti drcení. 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) dodávám, že ne vždy je 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.

Dle sdělení jednoho ze zdravotnických pracovníků v případě odmítnutí léku pracovníci podají lék klientovi utajeně spolu se stravou nebo se sladkou tekutinou.

Upozorňuji, že skryté podávání léků (např. drcené v jídle nebo nápoji) klientům, kteří lék odmítají, považuji za nepřijatelnou praxi. Skryté podávání medikace (*covert medication*) představuje z etického hlediska vážný problém, neboť dochází k obcházení autonomie vůle jednotlivce a vážným způsobem se narušuje vztah důvěry mezi klientem a personálem zařízení. Podle odborné veřejnosti je skrývání medikace, kterou pacient nechce přijmout obvyklým způsobem, špatnou praxí.⁵⁵

Podání léku bez souhlasu klienta považuji za přípustné v případě, kdy jsou naplněny podmínky pro léčbu bez souhlasu.⁵⁶ Dále v situaci, kdy klient⁵⁷ nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s léčbou,⁵⁸ a zároveň nejde o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje zákon o zdravotních službách souhlas od jiné osoby. Nejdříve zákon vyžaduje souhlas od osoby určené dříve pacientem, a pokud není dosažitelná, od manžela či registrovaného partnera, dále od rodiče, případně od jiné osoby blízké.

Situace, v nichž klient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s léčbou, zákonodárce podrobněji nedefinoval v důvodové zprávě a výklad neposkytuje ani judikatura. S ohledem na požadavek šetření podstaty základních práv je tento okruh situací nutné definovat úzce, tedy pouze na situace, kdy pacient není vůbec schopen porozumět sdělované informaci a reagovat na ni, a to včetně neverbálních způsobů komunikace (např. přikývnutí). Typicky se bude jednat zejména o pacienty v těžkém nebo terminálním stádiu demence. Jiné klienty poskytovatel sociálních služeb nemá považovat za neschopné vyslovit souhlas s léčbou a nepřijímat souhlas s poskytováním zdravotních služeb od jiných osob, které k tomu nezmocnil dříve klient či soud.

55 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 104.

56 Aby bylo možné podat předepsané léky bez souhlasu klienta, musí lékař posoudit, zda byly naplněny podmínky pro léčbu bez souhlasu. Tedy, zda se jedná o neodkladnou péči a zdravotní stav znemožňuje klientovi (pacientovi) souhlas vyslovit, nebo se jedná o neodkladnou péči vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví (viz ustanovení § 38 odst. 3 až 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Takové rozhodnutí musí být náležitě zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Za neodkladnou péči nelze považovat například léčbu neakutních stavů u chronifikujících se duševních onemocnění.

57 Za klienta omezeného ve svéprávnosti pro oblast zdravotní péče může udělit souhlas opatrovník.

58 Viz § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách.



Opatření:

- 15) Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (průběžně).**
- 16) K léčbě bez souhlasu klienta přistupovat pouze při splnění zákonných podmínek (průběžně).**
- 17) V případě, kdy klient není schopen udělit souhlas s léčbou, si vyžádat tzv. zástupný souhlas (bezodkladně).**

17. Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,⁵⁹ často se však opomíjí a zaměňuje s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese,⁶⁰ v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

Pracovníci v zařízení nevyužívají žádnou škálu k hodnocení deprese. Případná diagnostika je tak ponechána pouze na zhodnocení psychiatra, který do zařízení dochází nepravidelně.

Doporučuji, aby zařízení využívalo vypovídající způsob detekce deprese, jako je např. geriatrická škála deprese, a s tím dále systematicky pracovalo (v důvodných případech zajistilo, že se o projevech člověka dozví jeho psychiatr nebo praktický lékař, pokud psychiatra nemá), mj. i proto, že objektivně posoudit míru deprese samotným pozorováním je velmi obtížné.

Opatření:

- 18) U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda nemají příznaky deprese (průběžně).**

18. Dekubity

Klienti s omezenou pohyblivostí tráví většinu času na lůžku. Součástí péče proto musí být práce s rizikem vzniku dekubitů (proleženin) a postupy jejich předcházení.⁶¹

Zařízení používá hodnoticí škálu k přehodnocení rizika vzniku dekubitů. Personál ji však vždy nepřehodnocuje včas. Např. u klientky H, která je trvale ležící a má dle dokumentace tzv. papírovou kůži, byla škála přehodnocena naposledy před téměř rokem (dne 28. října 2022, dle hodnocení u klientky existuje riziko). Dle záznamů realizace ošetrovatelské péče se navíc u klientky objevil dne 9. září 2023 dekubit v sakru.

59 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.

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

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



Doporučuji, aby personál přehodnocoval riziko vzniku dekubitu vždy při změně zdravotního stavu a dále v pravidelných intervalech (minimálně čtvrtletně).

Opatření:

19) Pravidelně vyhodnocovat riziko vzniku dekubitů (průběžně).

19. Jídlo a malnutrice

Nedostatečná nutriční péče může vést k malnutrici, která je příčinou dalších komplikací v péči, jako je zhoršení zdravotního stavu, prodloužení doby léčby, zvýšení rizika tvorby proleženin, zhoršení soběstačnosti a zvýšení úmrtnosti. Potřebu věnovat náležitou pozornost riziku malnutrice dále zdůrazňují i výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržením jejich kognitivních funkcí.⁶²

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

19.1 Nutriční screening a intervence

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces proveditelný zaškoleným pracovníkem (ošetřovatelem) za pomoci standardizovaných testů. Výsledkem může být zjištění, že klient není v riziku malnutrice, ale může potřebovat opakovanou kontrolu v určitých intervalech; nebo že klient je v riziku a má být vypracován nutriční plán a poskytována specializovaná péče dle závažnosti buď v zařízení, nebo poskytovatelem zdravotních služeb. Zařízení by při příjmu nového klienta mělo zaznamenat alespoň údaje o váze, výšce, body mass indexu, příjmu potravy. Za správné považují používání validních nutričních testů.⁶³

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

Zařízení spolupracuje s nutričním terapeutem, který do zařízení dochází jednou měsíčně.

Všichni klienti se jedenkrát měsíčně váží. U imobilních klientů lze využít zvedák s integrovanou váhou. Naměřené údaje by měly sloužit k vyhodnocení nutričního testu MNA[®]-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form) v systému Cygnus. Do systému Cygnus se však zaznamenává pouze váha klientů, nutriční test se v systému nevyhodnocuje. Nelze zde nalézt ani případné nutriční plány, záznamy o sledování příjmu stravy nebo jiný záznam o ošetřovatelské intervenci v této oblasti. Někteří z klientů v době

62 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. Dostupné z http://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2-117_1_.pdf [cit. 2024-02-07].

63 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.



návštěvy měli přítom dle záznamů z vážení podváhu (např. klientka J, které váha kontinuálně klesala posledních sedm měsíců).

Navázání spolupráce s nutričním lékařem či terapeutem považují za správné. Upozorňují však na chybějící potřebné vyhodnocování nutričního stavu klienta. **Nutriční stav klienta by se neměl vyhodnocovat pouze v nastavených časových intervalech (v případě dlouhodobé lůžkové péče minimálně každé tři měsíce), ale také vždy při přijetí a při změně zdravotního stavu (tedy např. ve chvíli, kdy se u klienta objeví dekubit). V případě klientů s dekubity rovněž v případě, kdy dekubity nemají zlepšující se tendenci.**⁶⁴ Upozorňují zároveň, že případné hodnocení stavu klienta pouze na základě jeho BMI není postačující, neboť hodnota BMI sama o sobě není dostatečně vypovídajícím ukazatelem o nutričním stavu a potenciálních problémech klienta

Opatření:

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

⁶⁴ Viz např. ŠEFLOVÁ, Lenka a kol. Dekubity v praxi. *Medicina pro praxi*. Olomouc: Solen, s. r. o., 2016; 13(5), 263–267. [06. 09. 2022]. ISSN 1803-5310 . Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2016/05/12.pdf>.



Bezpečnost a pojistky v průběhu pobytu

20. Pády

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).⁶⁵ Je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost jejich předcházení a hodnotit riziko pádu u každého klienta, riziko zaznamenat a pravidelně tento údaj aktualizovat. Když k pádu dojde, je třeba hledat příčiny a zaznamenat okolnosti pádu (stav klienta, místo, čas atp.). Příčiny je třeba analyzovat a hledat způsoby, jak pádům příště předejít. Do tohoto procesu by měl být zapojen celý pečující tým.

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

Dále je žádoucí zavést celkovou evidenci pádů z důvodu vysledování jejich nejčastějších příčin, případně míst a denní doby. Pravidelné vyhodnocování umožní hledat další rozumná opatření prevence.

Hodnocení rizika pádu pracovníci provádí v systému Cygnus. Vyhodnocené riziko pádu se odráží v Plánech péče, kde zaznamenávají možná rizika a nastavená preventivní opatření. Např. u klientky paní K však preventivní opatření v Plánu péče chybějí. Klientka je přitom dle hodnocení ve značném riziku pádu.

Jednotlivé pády se zaznamenávají taktéž do systému Cygnus jako Protokol o pádu klienta, zároveň se však zapisují do knih Záznamy péče. **Zde opětovně upozorňuji na riziko dublované dokumentace a naopak vhodnost zavedení centrální evidence pádů.**

U klienta L je v systému Cygnus několik Protokolů o pádech (ze dne 13. srpna, 4. září, 15. září, 9. října a 15. října 2023). Riziko pádu však bylo u klienta přehodnoceno naposledy dne 30. června 2023. **Jsem přesvědčen, že by měl být plán rizika pádu přehodnocen vždy po pádu klienta.**

V souvislosti s prevencí pádu dále upozorňuji na rizikovou situaci, kterou pracovníci Kanceláře při návštěvě zaznamenali. Klient B se pohyboval po zařízení s francouzskými holemi bez pevné uzavřené obuvi. Klient je přitom dle hodnocení rizik ve značném riziku pádu.

Opatření:

- 21) **Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (průběžně).**
- 22) **Přijímat rozumná preventivní opatření (průběžně).**

65 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.



Personál

21. Výměna informací

Výměna informací mezi pracovníky je klíčovým prvkem pro efektivní poskytování služby. Systém výměny a sdílení informací by tedy měl být nastaven tak, aby neumožňoval špatné porozumění informacím či ztrátu potřebných faktů o klientech a podpoře, která jim má být poskytnuta.⁶⁶ Zároveň by měly být v co největší míře chráněny osobní informace o klientech s ohledem na předcházení jejich zneužití.

Pracovníci si předávají informace každý den při střídání noční a denní směny. Jednou týdně probíhá porada vedení. Informace si dále předávají prostřednictvím tzv. provozních knih hlášení, které se vedou v listinné podobě. Zvláště si je vede zdravotnický úsek (Hlášení sester) a zvláště pracovníci v sociálních službách (Záznamy péče). Záznamy péče se vedou zvláště pro každé oddělení.

Veškeré informace se primárně zapisují do knih hlášení. Pouze vybrané informace se pak přepisují do individuální dokumentace v systému Cygnus, kde se nachází i Plány péče, plány rizik a individuální plány.

Pracovníci tak zaznamenávají informace do několika nosičů (tři provozní knihy hlášení a systém Cygnus). Upozorňuji, že vedení dublované dokumentace výrazně zvyšuje riziko, že pracovníci některou z informací přehlédnou či se k nim vůbec nedostane. Pokud je primárním nosičem informací kniha hlášení, do které se zapisuje každý den různé množství informací (pády, pobyt klienta venku, změna v podávání stravy, výměna inkontinenčních pomůcek, v podstatě veškeré mimořádné informace a další), zvyšuje se riziko ztráty informací, mj. i z důvodu obtížného zpětného vyhledání. Mnoho informací nebylo v individuální dokumentaci v systému Cygnus vůbec zaznamenáno, informace ke konkrétním klientům je tedy nutné složitě dohledávat v knihách hlášení. Personál tak v důsledku nemusí mít o klientech ucelené informace.

Doporučuji zvážit reorganizaci stávajícího způsobu zaznamenávání informací, aby došlo k eliminaci výše popsaných rizik.⁶⁷ Z téhož důvodu zároveň doporučuji dbát na úplnost individuální dokumentace klientů.

Opatření:

23) Zajistit dostatečný způsob předávání informací mezi jednotlivými pracovníky tak, aby byla zachována kontinuita péče (bezodkladně).

⁶⁶ Standard kvality sociálních služeb č. 10 e).

⁶⁷ V jiných navštívených zařízeních jsem se např. setkal s tím, že informace pracovníci zaznamenávali pouze do elektronického systému Cygnus a zcela upustili od vedení knih hlášení.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Celkovou hygienu klientů i nepohyblivých klientů provádět zásadně pod tekoucí vodou (opatření č. 11).• V případě, kdy klient není schopen udělit souhlas s léčbou, si vyžádat tzv. zástupný souhlas (opatření č. 17).• Zajistit dostatečný způsob předávání informací mezi jednotlivými pracovníky tak, aby byla zachována kontinuita péče (opatření č. 23).
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání koupelen, a to na základě vyhodnocení jejich individuálních schopností (opatření č. 13).
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• S činnostmi vedoucími k podpoře a zachování samostatnosti klientů pracovat v rámci individuálního plánování a zaznamenávat je do dokumentace (opatření č. 1).• Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu (opatření č. 2).• Přijímat přiměřená opatření k zajištění bezpečí klientů (opatření č. 3).• Zajišťovat všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den) a činit o tom záznamy do dokumentace (opatření č. 4).• Nastavovat denní režim tak, aby respektoval princip normality a odrážel individuální přístup ke klientům (opatření č. 5).• Při tvorbě individuálních plánů nastavovat vhodné cíle v závislosti na specifických potřebách a přáních klientů (opatření č. 6).• Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobovat stádiu demence (opatření č. 7).• Vzdělávat personál v oblasti specifik péče o lidi s demencí a jejich potřeb (opatření č. 8).• Vzdělávat a metodicky vést personál ve zvládnání náročného chování klientů s demencí. Vytvářet plány péče, které zahrnou možné projevy tohoto chování a budou zaměřené na prevenci a nerestriktivní nefarmakologické přístupy (opatření č. 9).• Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, umožnit celkovou koupel nejméně dvakrát za 7 dnů (opatření č. 10).• Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na péči (opatření č. 12).• V pokojích s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny a při ošetřovatelských úkonech zástěnu nebo jinou formu zastínění (opatření č. 14).



- Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 15).
- K léčbě bez souhlasu klienta přistupovat pouze při splnění zákonných podmínek (opatření č. 16).
- U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda nemají příznaky deprese (opatření č. 18).
- Pravidelně vyhodnocovat riziko vzniku dekubitů (opatření č. 19).
- Důsledně vyhodnocovat nutriční stav klientů a nastavovat odpovídající intervenci u všech klientů, u kterých je to třeba (opatření č. 20).
- Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (opatření č. 21).
- Přijímat rozumná preventivní opatření (opatření č. 22).