ombudsman
veřejný ochránce práv

Sp. zn.: 49/2021/NZ/PB
Č. j.: KVOP-36237/2022

Domov pro seniory v Řasnici (Seniorresidenz)

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Řasnice 1, 384 43 Strážný
Vedoucí zařízení:	Marie Sporková
Typ zařízení:	domovy pro seniory
Kapacita:	27
Datum návštěvy:	7. – 8. 3. 2022
Datum vydání zprávy:	29. června 2022
Návštěvu provedli:	Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Cristina Bouška, Mgr. Tereza Hanelová

Mgr. Monika Šimůnková
zástupkyně veřejného ochránce práv

Obsah

Obsah 2
Úvodní informace 4
Shrnutí 7
Prostředí 8
1. Bezbariérovost 8
2. Orientace v realitě 10
3. Prostory připomínající běžnou domácnost 12
4. Soukromí 14
Autonomie vůle klientů 19
5. Rozhodování o sobě 19
6. Klienti s omezenou svéprávností 20
7. Vážně míněný nesouhlas 21
8. Komunikace 22
9. Přístup personálu ke klientům 24
10. Stížnosti 25
Poskytovaná péče 27
11. Malnutrice 27
12. Hygiena 31
13. Mikční režim 32
14. Dekubity 34
15. Deprese 35
16. Nakládání s léky 36
17. Zdravotní péče 37
18. Individualizovaná péče 39
19. Klient s náročným chováním 40
20. Náplň dne 41
21. Aktivizační a volnočasové činnosti 42
22. Sexualita a intimita 43
Bezpečnost 45
23. Volnost pohybu 45
24. Postranice 46

25. Fixace klientů....47
26. Pády 48
27. Signalizace....50
Personál....51
28. Výkon pozice sociálního pracovníka....51
29. Výměna informací mezi pracovníky....51
30. Vedení dokumentace....52
Přehled opatření k nápravě....55

Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Od roku 2006 veřejný ochránce práv plní **úkoly národního preventivního mechanismu** podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.[1] Současný ochránce JUDr. Stanislav Křeček tuto část své působnosti přenesl na svou zástupkyni, tedy na mě.[2]

Proto **systematicky navštěvuji místa (zařízení)**, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Domovy pro seniory jsou jedním ze zařízení, jež mohu navštívit.[3]

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.[4] Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv,[5] 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.[6] Návštěvy jsou **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování sociálních služeb.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

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

Zprávu pošlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsaným zjištěním a navrženým opatřením.[7] Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

---

1 Na základě § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/19 99 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.

2 Podle § 2 odst. 4 zákona o veřejném ochránci práv. Více na www.ochrance.cz v části O nás → Mgr. Monika Šimůnková, zástupkyně veřejného ochránce práv.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pokud vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **nebudu považovat za dostatečná**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.[8] Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace **zveřejním anonymizovanou zprávu z návštěvy zařízení** (s výjimkou jmen osob pověřených vedením zařízení) a **obdržená vyjádření** v databázi Evidence stanovisek ochránce (ESO).[9]

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

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

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

Charakteristika zařízení

Domov pro seniory v Řasnici (Seniorresidenz) leží v malé obci Řasnice. Obec se nachází v Jihočeském kraji v těsné blízkosti hranic se Spolkovou republikou Německo. Služba je provozována v pronajaté budově bývalého hotelu či penzionu. Samotná budova je situována vedle frekventovaného silničního tahu I. třídy. Vedle zařízení se nachází čerpací stanice, budova bývalého supermarketu, bývalé restaurace a nočního klubu. V okolí se nenachází žádné služby běžné občanské vybavenosti. Prostor je z jedné strany ohraničen silnicí, z dalších stran loukami a lesy. K samostatnému pohybu klientů mimo zařízení je k dispozici pouze cesta ke křížku u silnice (cca 400 metrů od budovy zařízení).

Jedná se o soukromé zařízení, jehož provozovatelkou a zároveň ředitelkou je paní Marie Sporková. Zařízení poskytuje službu domova pro seniory, a to od roku 2016. Domov se zaměřuje především na německou klientelu, službu poskytuje ženám i mužům. Celková kapacita je 27 lůžek, v době návštěvy jich bylo obsazeno 17 (z toho 16 klientů hovořilo pouze německy, jedna klientka hovořila česky). Cílovou skupinou jsou dospělé osoby od 60 let věku a senioři starší 65 let s těžkou nebo úplnou závislostí na pomoci jiné osoby, včetně klientů se syndromem demence.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 7. a 8. března 2022 bez předchozího ohlášení. Ředitelka byla o návštěvě osobně informována při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv jí předali pověření k provedení návštěvy, vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Cristina Boušková a Mgr. Tereza Hanelová. Na zhodnocení poznatků ze šetření se též podílela pověřená expertka Bc. Jitka Fialová Bolinová, psychiatrická sestra.

Zaměstnankyně Kanceláře navštívily všechny prostory zařízení. Hovořily s přítomným personálem, tj. zdravotním sestrami, pracovníky v přímé péči, ředitelkou zařízení, sociálním pracovníkem a klienty. Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkuji.

Shrnutí

Systematickou návštěvou Domova pro seniory v Řasnici (Seniorresidenz) jsem zjistila více závažných nedostatků, které kumulativně dosahují intenzity špatného zacházení. Nedostatky spočívají jednak v zásazích do lidské důstojnosti a integrity, ale také v poskytování neodborné a rizikové péče a v režimu, kterému podléhají někteří klienti již několik let. Na základě celkového zhodnocení stavu doporučuji 47 opatření k nápravě. Naplnění tolika doporučení představuje velký objem práce a také dlouhý čas. Pro zajištění účinné ochrany stávajících klientů před špatným zacházením je však nezbytné, aby zařízení učinilo potřebné kroky bez zbytečného odkladu. Pokud zařízení nezvládne naplnit uvedená opatření, mělo by zvážit ukončení poskytování sociální služby. Své závěry popisuji v podrobné zprávě, kde mimo jiné rozebírám následující zjištění.

- Budova a její umístění nesplňují podmínky pro péči o osoby s demencí. Prostředí skýtá několik bariér a dezorientačních prvků. Nevyhovující materiální podmínky navíc vedou k tomu, že je plošně omezován volný pohyb klientů (všichni klienti jsou v budově uzamčeni). Nejsou vytvořeny podmínky pro respektování soukromí člověka. Není zaručeno, že intimní úkony nebudou probíhat před zraky jiných.

- Autonomie vůle klientů není respektována. Klienti nejsou zapojováni do rozhodování o své osobě, ale jejich vůle je nahrazována rozhodnutím zástupce či personálu. Vedení zařízení nemá nezbytné znalosti o povinnostech vyplývajících z poskytování sociálních služeb, tím méně z poskytovávání těchto služeb zahraničním klientům.

- Zařízení chybí odbornost a komunikační dovednosti pro poskytování péče. Přestože zařízení poskytuje služby německým klientům, valná většina personálu nehovoří německým jazykem. Klienti musí přizpůsobovat komunikaci schopnostem personálu. Personál nezná alternativní způsoby komunikace s klienty s demencí.

- Klientům nejsou pravidelně prováděny testy kognitivních funkcí, personál neví, v jaké fázi demence se jednotliví klienti nachází. Přímá obslužná péče je poskytována na základě intuitivních opatření, nikoliv odborného a individuálního posouzení. V péči se tak uplatňuje uniformní režim, který není přizpůsoben potřebám klientů. Aktivizace neplní účel udržení schopností a soběstačnosti klienta. Personál rovněž neumí pracovat s náročným chováním, které je ovšem pro demenci typické. Postranice jsou využívány jako nezákonná opatření omezující pohyb. Personál přistupoval ke klientům paternalisticky a hovořil s nimi jako s dětmi.

- Riziko malnutrice se nevyhodnocuje, přestože většina klientů hubne. Zařízení nespolupracuje s nutričním specialistou, ale postupuje intuitivně. Záznamy o příjmu stravy a tekutin nemají vypovídající hodnotu, navíc jsou falšovány.

- Dokumentace je vedena zmatečně a obsahuje závažné nedostatky. Dokládám konkrétní příklady případů, kde nedostatky v dokumentaci vyvolávají pochybnosti o řádně poskytnuté péči.

Prostředí

1. Bezbariérovost

Zařízení by mělo být přizpůsobeno potřebám klientů, kteří v něm žijí. Součást 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.[10]

Přístup do budovy je možný dvěma způsoby. Hlavní (přední) vchod je přístupný pouze po dlouhém schodišti, které hůře pohybliví klienti nemohou sejít bez pomoci dalších osob. Další (zadní) vchody do budovy by teoreticky mohly být považovány za bezbariérové. Zásadní problém však spočívá v samotném umístění budovy na poměrně strmém kopci. Kopec, na kterém se budova nachází, tak přestavuje bariéru, která může být pro hůře pohyblivé klienty nepřekonatelná, a zabraňuje tím jejich samostatnému pohybu mimo zařízení.

Co se týče vnitřního uspořádání, budova je dvoupatrová. Nadzemní podlaží jsou přístupná po schodišti i výtahem. Hrany schodů jsou ohraničeny žlutočernou páskou, která byla nalepena protichůdným směrem a vytváří dojem nerovnosti. Strach z pádu na nerovném schodišti přitom může hůře pohyblivé klienty od využití schodiště odradit.

Obr. 1: Schodiště z prvního patra do přízemí

10 Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 11. 3. 2022]; dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf, str. 18.

Výtah mohou klienti využívat během celého dne a samostatně. Ačkoli byl výtah prezentován jako lůžkový, fakticky je pro klienty na lůžku nevyužitelný, neboť lůžka klientů jsou širší než průchod dveřmi jejich pokojů. To neodpovídá materiálně-technickému standardu, podle kterého musí být šířka dveří větší než lůžek používaných v zařízení.[11] Důvodem je právě možnost přesunu trvale ležících klientů. Dalším problémem jsou úzké chodby, které znemožňují se s lůžkem na chodbě vytočit a dostat se k výtahu.[12] Areál domova tak neodpovídá potřebám cílové skupiny ani Popisu realizace poskytování sociální služby,[13] podle kterého je přístup do zařízení bezbariérový.

S bariérami v zařízení souvisí také úniková cesta. Ta je z prvního patra (kde se nachází pokoje klientů) značena po schodišti, které však většina klientů nedokáže sestoupit bez pomoci personálu. Zároveň dodávám, že výtah není evakuačním prostředkem v případě požáru. Po sestoupení schodů vede úniková cesta k přednímu i zadnímu vchodu. Problém spatřuji v tom, že klient, který bude intuitivně následovat šipky, dojde právě k hlavnímu vchodu, ze kterého vede dlouhé schodiště. Ačkoliv na zadní vchod rovněž ukazuje šipka k únikovému východu, je zde velké riziko toho, že si jí klient vůbec nevšimne, neboť jako první spatří šipku vedoucí k hlavnímu vchodu.

Chodby v prvním patře, ze kterých se vstupuje do pokojů klientů, mají zvlněnou podlahu. To je pro klienty se zhoršenou pohyblivostí rizikové z hlediska pádu. Na těchto chodbách je navíc velmi málo přirozeného světla, přičemž se zde během návštěvy vůbec nesvítilo. Světla na chodbách nejsou na fotobuňku, což znamená, že i přes den jsou chodby velmi tmavé. Vypínač se nacházel na stěně až po vstupu do tmavé chodby. To považuji za problematické, neboť velmi tmavá chodba může klienta s demencí od vstupu zcela odradit. I klient, který nemá demenci, může mít obtíže se po zařízení pohybovat, protože ve tmě nebude moci vypínač najít.

Co se týče vnitřního vybavení, koupelny v pokojích jsou bariérové, neboť se v nich nachází pouze běžná vana. Z tohoto důvodu je klienti využívají pouze k ranní hygieně a k celkové hygieně všichni klienti využívají bezbariérovou koupelnu v přízemí budovy.

Ve světle výše uvedených poznámek tak musím konstatovat, že umístění budovy ani samotná budova nesplňuje podmínky pro bezpečný a samostatný pohyb klientů.

---

11 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_technicky_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96, str. 28.

12 Během návštěvy bylo změřeno lůžko v pokoji pro klienty, které měřilo 105 x 200 cm, dveře v pokoji pro klienta, které byly široké 90 cm a šířka chodby, která měřila 150 cm.

13 Popis realizace poskytování sociální služby je dostupný v registru sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. Odkaz zde: https://www.mpsv.cz/agportal-server/rest/documents/34132585-C159-4043-9078-F2C79EC1676E/content.

2. Orientace v realitě

Specifickým problémem syndromu demence je narušení či ztráta orientace v realitě. Součástí poskytované péče musí být promyšlená podpora orientace v realitě a odbourávání jejích překážek. Prostředí zařízení by mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno klientům se syndromem demence. Neschopnost orientovat se totiž může být příčinou poruch chování či dokonce agresivity.[14]

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, koupelna, toalety, 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.[15] 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.

V přízemí budovy se nachází kuchyně a společná jídelna. Část jídelny je oddělena stěnou s průzory a slouží také jako prostor pro návštěvy. V zadní části jídelny se rovněž nachází vchod do kanceláře ředitelky. Přední část jídelny je spojena s prostorem, kde se nachází barový pult, stůl pro personál a dva stoly pro klienty. Dále se v přízemí nachází společenská místnost, centrální koupelna, toalety, „kadeřnický salon“ a prádelna.

O prostorech v přízemí budovy nelze hovořit jako o přehledném prostředí. Prostory byly členité a poměrně spletité, přičemž se zde nevyskytovaly žádné prvky podporující orientaci v prostoru. Označení jednotlivých místností v budově bylo nedostatečné a nejednotné. Některé toalety a koupelny byly označeny pouze nápisem (toaleta, toilette, WC), jiné zase piktogramem. Toalety pro klienty byly označeny stejně jako toalety, které jim nebyly přístupné (byly uzamčeny). V situaci, kdy klient s demencí potřebuje na toaletu, tak nemusí být možné zjistit, kterou z toalet může využít. Takové situace vedou ke vzniku či zhoršení inkontinence klientů.

14 HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4 (dále také „HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ“), s. 174.

15 „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).

Obr. 2: Různá označení toalet

Ostatní místnosti měly pouze slovní označení, přičemž na některých dveřích se nacházelo vícero cedulek. To může být pro klienta s demencí velmi matoucí. Za zcela nevhodnou považuji cedulku na dveřích ředitelky, která ji označuje za „šéfa." Chápu, že tato cedulka může být myšlena jako vtip mezi ředitelkou a personálem. Nicméně zde shledávám velké riziko, že klienti (nehledě na to, zda mají demenci) nebudou vědět, že se jedná o interní vtip a budou ředitelku skutečně vnímat jako „šéfa." Podpora tohoto vnímání může vést k tomu, že se klienti nebudou cítit komfortně, pokud by se potřebovali ředitelce zařízení s něčím svěřit, případně si na něco stěžovat.

Obr. 3: Označení dveří kanceláře ředitelky

Pokoje klientů byly označeny barevnými cedulkami se jmény klientů. Někteří klienti měli na dveřích rovněž obrázek či svoji fotografii. Označení dveří obrázkem či fotkou je správné, nicméně upozorňuji, že v neosvětlené chodbě jsou orientační prvky na dveřích klientů viditelné jen velmi obtížně. Dále musím konstatovat, že pouhá cedulka se jménem klienta nemůže být pro podporu orientace dostačující, vezmeme-li v potaz skutečnost, že všechny

cedulky byly pouze ve zhruba čtyřech barvách pro 16 klientů. Pokud by se klient řídil tím, že má např. zelenou cedulku na dveřích, má na výběr z několika pokojů se zelenou cedulkou a nemusí poznat, který z pokojů je jeho.

Pro klienty s demencí může být problematická orientace nejen v prostoru, ale také čase.[16] V zařízení se nacházelo několik kalendářů, včetně velkého dřevěného nástěnného kalendáře. Ten by mohl sloužit jako vhodný nástroj k orientaci v čase. Problémem však je, že všechny kalendáře značily jiný den a měsíc, neznámo kterého roku. Ani jeden z kalendářů přitom neukazoval aktuální datum. V kombinaci s výzdobou značící různá roční období (velikonoční zajíci, adventní kalendář, svíčky, vánoční ozdoby) a plánem aktivit na rok 2020 lze říci, že se v zařízení nachází mnoho dezorientačních prvků.

Kromě dezorientačních prvků v zařízení shledávám jako problematickou také tmavou podlahu v jídelně, různorodou úpravu interiéru (trámy, obložení, kameny, dekorace) doplněnou o velké množství různých obrázků, nápisů a sakrálních předmětů na zdech. To může být pro klienty s demencí velmi matoucí. Z hlediska orientace v realitě nepovažuji za vhodné ani umístění několika zrcadel v zařízení, což dokazuje i sdělení personálu o tom, že našli klientku, jak si povídá se zrcadlem.

Z plánů péče některých klientů[17] vyplývá, že klienti mají problémy si zapamatovat jména dalších klientů a personálu. Orientaci klientů nepřispívá to, že personál zařízení nenosil jmenovky ani jiné identifikační prvky. Pro srovnání uvádím, že v jiných zařízeních poskytujících péči klientům s demencí mají pro lepší orientaci například nástěnku na oddělení „Dnes se o vás stará," na které se nachází jména a fotografie členů personálu, kteří aktuálně mají službu.

1) **Prostředí a vybavení domova přizpůsobit potřebám klientů s demencí, zejména zajistit možnost volného a bezpečného pohybu uvnitř zařízení, odstranit dezorientační prvky a nahradit je prvky podporujícími orientaci klientů v realitě (do 3 měsíců).**

3. Prostory připomínající běžnou domácnost

Domovy pro seniory 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.[18]

Je normální a přirozené, že člověk během dne střídá různá prostředí dle typu činností: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity. Osoba s demencí má

16 O zhoršené orientaci v čase některých klientů svědčí zápisy v Plánu péče klientky A a klientky B.

17 Viz Plán péče klientky B.

18 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"). Co se týče prostředí domova, rovněž odkazuji na Doporučený postup MPSV č. 2/2016, str. 25 a násl.

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 a klientů s lidmi žijícími mimo zařízení. Jídelna v zařízení by měla být uzpůsobena přibližně pro 6–8 lidí, a vytvářet tak komunitní domácí dojem.[19] Dále je vhodné, aby zařízení disponovalo bezpečně upraveným venkovním prostorem, kde jsou intuitivní chodníky a dostatek míst k sezení.

V zařízení nejsou vytvořeny domácnosti v běžném slova smyslu. Vnitřní uspořádání zařízení nepřipomíná domov, nýbrž hotel či penzion, k čemuž pravděpodobně sloužila budova v minulosti. Zařízení nabízí k trávení volného času pouze obývací pokoj a přední část jídelny, kde se nachází dva stoly s lavicí a několika křesly. Dva stoly přitom neposkytují dostatek místa pro všechny klienty. Většina klientů tak tráví celý svůj den v obývacím pokoji, kde posedávají a sledují televizi s výjimkou podávání stravy v jídelně. Pouze zhruba 4 klientky během dne tráví čas také v části jídelny (kde se nachází také barový pult), která slouží jako společenská místnost. V zařízení zcela chybí místnost pro rehabilitační cvičení nebo cvičení obecně, relaxační místnost (snoezelen), případně terapeutická místnost pro aktivity. Vnitřní uspořádání zařízení neodpovídá principu normality, neboť neposkytuje možnost střídat prostředí. Přístup do kuchyně byl všem klientům zcela zakázán, přičemž žádný z klientů neměl v pokoji lednici nebo rychlovarnou konvici. Žádný z klientů tak nemá možnost si samostatně či s dopomocí personálu uvařit například čaj nebo se účastnit přípravy alespoň studených pokrmů.

Co se týče estetického hlediska, musím uvést, že celkový vzhled zařízení nebyl vhodný pro cílovou skupinu ani nepůsobil příjemným a domácím dojmem. Zde směřuji své výhrady zejména na prostor vedle obývacího pokoje, který byl zaskládán aktuálně nepoužívanými kusy nábytku a chodicími pomůckami. Nacházely se zde i uložené inkontinenční pomůcky, ačkoliv zařízení má pro tento účel speciální místnost.

19 Doporučený postup MPSV č. 2/2016, str. 16–17.

Obr. 4: Prostor u obývacího pokoje v přízemí zařízení

Za vhodné nepovažuji ani vybalené inkontinenční pomůcky na umyvadlovém pultu ve společných toaletách pro klienty. Inkontinenční pomůcky se nacházely těsně u umyvadla, takže při jeho použití může lehce dojít k jejich promočení. Dále se na společných toaletách pro klienty nacházel velký pytel s odpadem, který by klient při cestě na toaletu musel obcházet. Toalety celkově působily zanedbaným a nefunkčním dojmem (např. odmontovaná prkénka odložená vedle toalety).

Kromě dlážděné terasy, zařízení nedisponuje žádným prostorem, jenž by umožňoval bezpečný pobyt klientů venku. Jak již zmiňuji výše, okolí budovy je pro klienty nevyhovující kvůli svahovitému terénu. S ohledem na umístění zařízení je navíc jedinou možností k procházce cesta do lesa nebo ke křížku, který se nachází asi 400 metrů od zařízení.

2) Zajistit prostor pro trávení dne včetně bezpečného venkovního prostoru (do 3 měsíců). Alternativou k opatření 1) a 2) je opuštění stávajících prostor a nalezení jiných prostor vhodných pro poskytování služby domova pro seniory (do 1 roku).

4. 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 souvisí s lidskou důstojností.

4.1 Soukromí v pokoji

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. Dvojlůžkový pokoj musí mít minimálně 14 m², pro osoby s těžkým pohybovým postižením minimálně 18 m².[20]

Každý klient by měl mít možnost uložit si osobní věci samostatně a bezpečně, a pokud to jeho kognitivní schopnosti umožňují, měl by mít také možnost si své věci uschovat do uzamykatelného prostoru a tento prostor volně spravovat. V závislosti na míře své orientovanosti by měli klienti mít i možnost uzamknout si pokoj. Právo na soukromí však nemůže převážit nad potřebou zajistit bezpečí klientů. Je tedy třeba objektivně zhodnotit možnosti a schopnosti klienta a vždy zjišťovat, zda u konkrétního klienta manipulace s klíčem představuje bezpečnostní riziko. Na základě této úvahy lze rozhodnout, že konkrétnímu klientovi nebude klíč předán. Tato úvaha pak musí mít samozřejmě odraz v individuálním plánu klienta.

V zařízení se nachází jednolůžkové a dvojlůžkové pokoje, které jsou neprůchozí. Nikdo z klientů nemá možnosti si pokoj uzamknout. Podle sdělení personálu je důvodem zajištění bezpečnosti klientů. Ze záznamů personálu přitom vyplývá, že někteří klienti by o uzamčení pokoje stáli.[21] Jsem si vědoma, že pro některé klienty může manipulace s klíčem představovat bezpečnostní riziko. Zařízení však nemůže plošně odebrat možnost zajištění vyšší míry soukromí všem klientům, ale takové rozhodnutí musí vycházet z individuálního posouzení rizika u konkrétního klienta. Pokud je klient schopen manipulovat s klíčem, je nutné mu zajistit možnost si pokoj uzamknout. U klientů, kteří již manipulaci s klíčem nezvládají, je žádoucí hledat jiné alternativy, jak jim soukromí zajistit. Vhodným řešením mohou být tzv. knoflíkové vložky zámku. Ty umožňují uzamknutí dveří zevnitř, ale v případě potřeby je personál může odemknout klíčem z vnější strany.

Klienti neměli k dispozici uzamykatelné skříňky v pokoji, ačkoliv podle standardu zařízení by tuto možnost mít měli.[22] Při přijetí klienta do zařízení není možnost uzamknout si věci v pokoji nabízena, ale rodina je spíše vyzvána k tomu, aby cennosti klienta ponechali doma. Klient, který trvá na tom, aby měl cennosti u sebe, má možnost si je uložit v trezoru v kanceláři ředitelky. V zařízení tak není možnost uložit si osobní věci samostatně (tak, aby k nim měli klienti přístup i bez součinnosti personálu) a bezpečně, kterou by klienti podle svých individuálních potřeb a schopností mohli využívat.

3) Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání pokojů klientů a možnost využívat uzamykatelný prostor k uložení osobních věcí, a to na základě vyhodnocení individuálních schopností a následné minimalizace rizik u každého z nich (do 3 měsíců).

20 Doporučený postup MPSV č. 2/2016, str. 8.

21 Viz červený sešit se záznamy pracovnic v přímé péči (dále jen „záznamy PSS“) klientky D ze dne 11. 7. 2021. „Dnes velice nepříjemná, stále chtěla klíče od pokoje (žádné nejsou).“

22 Zde odkazuji na Standard kvality sociální služby Seniorresidenz platný od 1. června 2019, bod 13.

Nad rámec uvedeného považuji za důležité se z hlediska soukromí vyjádřit k nevhodnému řešení návštěvní místnosti. Jedná se o prostor spojený s jídelnou a prochází se přes něj do kanceláře ředitelky. Takto otevřené uspořádání neposkytuje dostatečnou důvěrnost návštěv. Pokud v tomto prostoru probíhají návštěvy klientů, doporučuji zařízení prostor stavebně-technicky upravit tak, aby místnost poskytovala dostatečné soukromí.

4.2 Soukromí na toaletě a při obslužné péči

Při výměně inkontinenčních pomůcek, použití toalety či provádění hygieny je třeba dbát na to, aby byla zachována důstojnost klienta a jeho soukromí. Je nezbytné zajistit, aby v těchto situacích nikdo nebyl vystaven pohledu jiných lidí, ani aby nikdo z klientů nemusel pohlížet na druhé.

Dveře do koupelny s toaletou byly v několika pokojích klientů zkrácené. Dveře byly kratší než dveřní rám, takže dveře fakticky nelze nikdy zcela zavřít. Účelem tohoto technického řešení je podle sdělení ředitelky pomoc klientům s orientací v noci. V koupelnách klientů je ponecháno rozsvícené světlo, které do pokoje proniká mezerou mezi dveřmi a rámem. Díky tomu klient zvládne dojít na toaletu sám. Ačkoliv se řešení jeví jako vhodný způsob, jak zajistit, aby byli klienti schopni toaletu využívat v noci samostatně, shledávám je jako problematické z hlediska zajištění soukromí. Koupelna s toaletou se nachází v těsné blízkosti vstupních dveří do pokoje. Nutno vzít v potaz skutečnost, že pokoje klientů nejsou uzamykatelné. Klient, který toaletu právě využívá, tak může být přímo spatřen kýmkoliv, kdo do jeho pokoje vstoupí. Vystavování klienta náhlým vpádům do své intimity považuji za nepřiměřený zásah do soukromí rozporný s lidskou důstojností.

Obr. 5: Zkrácené dveře do koupelny na pokoji klientů

Absence soukromí na toaletě může klienty odrazovat od jejich používání a rovněž přispívat ke zhoršení inkontinence. Navíc, vezmu-li v potaz nedostatky v označení společných toalet, využívání toalet nemusí být pro klienty reálnou možností. Apeluji proto na zařízení, aby hledalo jiné řešení, jak zpřístupnit využívání toalety v pokoji v noci.

Některé společné toalety v přízemí zařízení nebyly uzamykatelné. V jednom případě bylo možné toaletu uzamknout pomocí řetízkového zámku. Řetízkový zámek shledávám jako potenciální nebezpečí, neboť personálu neumožňuje se ke klientovi uzamčenému v kabince v případě nutnosti pohotově dostat. Vhodným řešením může být zámek s knoflíkovou vložkou, jenž zmiňuji výše.

Obr. 6: Řetízkový zámek na společných toaletách

U ležících klientů dochází k výměně inkontinenčních pomůcek na lůžku v otevřené průchozí místnosti, která je od obývacího pokoje oddělena pouze obloukovou klenbou. Personál sdělil, že k výměně inkontinenčních pomůcek zde dochází až potom, co ostatní klienti opustí obývací pokoj. To však nelze z hlediska zajištění soukromí klienta považovat za dostačující. Pořád se jedná o průchozí místnost, kam může kdykoliv vstoupit jiný člen personálu, případně se mohou klienti do společenské místnosti vrátit. Domnívám se, že vhodným řešením v tomto případě nemůže být ani použití zástěny, neboť prostor je jasně viditelný z několika stran.

Personál sdělil, že někteří klienti se „rádi nechávají umýt“. Proto považuji za důležité upozornit, že dohled v koupelně, případně provádění hygieny personálem u orientovaných a soběstačných klientů, může být nepřiměřeným zásahem do soukromí a dále vést ke ztrátě klientových dovednosti pečovat o sebe. Doporučuji, aby personál poskytoval potřebnou míru dopomoci individuálně na základě vyhodnocení míry potřebné podpory klientů.

4) Zajistit možnost zcela uzavřít dveře na toaletě v pokojích klientů. Řetízkové zámky na společných toaletách nahradit zámky se systémem pohotovostního odemykání (do 3 měsíců).

5) Přímou obslužnou péči vždy provádět v soukromí při zavřených dveřích (průběžně).

4.3 Ukládání dokladů

Ustanovení § 39 písm. a) zákona o občanských průkazech[23] zakazuje odebírat občanský průkaz při vstupu do objektů. Zařízení tedy může pouze úschovu občanského průkazu nabídnout, ale je nezákonné 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.

Občanské průkazy a průkazy zdravotního pojištění všech klientů jsou uloženy v kanceláři ředitelky zařízení. Podle sdělení personálu není ukládání dokladů individuálně posuzováno, nýbrž se jedná o standardní postup při přijetí klienta. Ředitelka zařízení k tomuto sdělila, že uložení dokladů klienta funguje na bázi ústní dohody. Úschova dokladů ani manipulace s nimi není nijak písemně dokumentována. S plošným ukládáním dokladů klientů nesouhlasím. Zařízení by mělo vždy individuálně vyhodnotit, zda je klient schopen mít doklady u sebe. Posouzení dovedností klienta nakládat s osobními doklady by přitom mělo být zaznamenáno v dokumentaci klienta. Klienty, kteří jsou v tomto ohledu samostatní, je vhodné rovněž informovat o potřebě ochrany dokladů před jejich zneužitím.

6) Nepřistupovat k plošnému centrálnímu ukládání osobních dokladů klientů u personálu (průběžně).

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

Autonomie vůle klientů

Autonomie vůle klienta se může jevit jako abstraktní pojem. Její nerespektování v praxi však znamená velmi reálné dopady na kvalitu klientova života. Spočívá v tom, že za něj rozhodují jiní, a to v situacích, kdy by byl s ohledem na míru svého postižení schopen učinit rozhodnutí sám. Hrozí, že klienti se na stáří dostanou do postavení, kdy je jejich vůle přehlížena, což vede k tomu, že postupně přichází o pocit důležitosti vlastní osoby. Klient se potom stává pouhým objektem péče.[24] Tato zkušenost může být velmi frustrující a může vést i k projevům agrese. Ačkoliv sám pobyt v instituci představuje určitá omezení, klient by měl mít v maximální možné míře zachovánu možnost rozhodovat o sobě.

5. Rozhodování o sobě

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

Zásada přiměřeného managementu potřeb a podpory v rozhodování není dodržována. Podle sdělení personálu nejsou potřeby a přání klienta aktivně zjišťovány (např. jak by chtěl trávit den a jaké aktivity mu prospívají, v kolik hodin je pro klienta vyhovující jít spát, co chce k jídlu a podobně). Je zcela ponecháno na klientech, aby si řekli, co potřebují či chtějí. Považuji přitom za nelogické, že personál čeká, až si sám klient řekne, co potřebuje, když zároveň argumentuje tím, že komunikace s klienty není možná kvůli syndromu demence.

Současný přístup personálu přináší vysoké riziko zanedbání péče v oblastech, ve kterých klient potřebuje podporu (ponechání klienta v imobilizaci, když si neřekne o aktivitu; uspíšení inkontinence, když si neřekne o vysazení na toaletu), a naopak přepečovávání a svévolné zásahy do autonomie vůle člověka v oblastech, ve kterých se dokáže rozhodnout sám. Zde narážím také na to, že v některých oblastech života jsou klienti bez předchozího vyhodnocení z rozhodování automaticky vyloučeni. Jedná se například o možnost klientů vycházet ven, počet cigaret na den či předávání informací o úmrtí člena rodiny klientům. Podle sdělení ředitelky i personálu se v těchto oblastech řídí pokyny rodiny. V dokumentaci

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

se rovněž objevují záznamy o tom, že personál v některých případech přebírá rozhodování za klienta a zneužívá jej s cílem ovlivnit jeho chování („Byl šikovný a cvičil. Za odměnu jezdil kouřit.“ „Líný jako obvykle – bez cigarety večer“.).[25]

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

6. Klienti s omezenou svéprávností

V českém právním řádu je omezení svéprávnosti jedním z podpůrných opatření,[26] 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 náležitosti.[27] 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.[28]

Rolí 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,[29] kteří mají stejně jako poskytovatel sám[30] povinnost sledovat ochranu zájmů klientů a naplňování jejich práv.[31] Jak opatrovníci, tak poskytovatelé by neměli rozhodovat namísto klientů, ale rozhodovat spolu s nimi, případně podle jejich vůle.[32] Zároveň by měli vždy pamatovat na to, že rozhodnutí o omezení svéprávnosti nikdy nezbavuje člověka práva samostatně jednat v běžných záležitostech každodenního života.[33] Jelikož se zájmy poskytovatele a opatrovníků mohou dostávat do konfliktů, je třeba role poskytovatele služby a opatrovníka striktně oddělovat.

25 Viz záznamy PSS o klientovi F ze dne 10. 9. 2021 a 14. 2. 2022.

26 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.

27 Ustanovení § 55 až § 65 občanského zákoníku.

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

29 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.

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

31 Ustanovení § 457 občanského zákoníku.

32 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.

33 Ustanovení § 64 občanského zákoníku.

Podle sdělení ředitelky zařízení jsou všichni klienti nějakým způsobem omezeni v rozhodování o sobě. O jakou formu omezení rozhodování, případně jaké oblasti se týká a co to pro klienty znamená, však nevěděla. To bylo zdůvodněno tím, že se jedná o problematiku německého práva, jež ředitelka nezná. V praxi zařízení vždy jedná se zástupcem klienta (většinou člen rodiny), který dokládá buď rozsudek německého soudu o zastoupení, nebo jiný, německý notářsky ověřený dokument o zastoupení klienta. V jednom případě bylo rozhodnutí o omezení svéprávnosti německého klienta dodáno v úředně přeložené kopii z Okresního soudu v Prachaticích. Veškeré otázky týkající se klienta při poskytování sociální služby pak konzultují s jeho zástupcem a řídí se jeho rozhodnutím. Klient se na rozhodování v těchto otázkách neúčastní, což bylo zdůvodněno tím, že klient má syndrom demence. Samo zařízení nikdy návrh na omezení svéprávnosti klienta neiniciovalo, přičemž ředitelka při rozhovoru uznala, že o této možnosti nevěděla.

Jsem si vědoma toho, že pravidla pro omezení svéprávnosti a jiné formy zastoupení se mohou v německé a české právní úpravě lišit. Poskytovatel sociálních služeb registrovaný na území České republiky má však ze zákona o sociálních službách povinnost znát rozsah omezení svéprávnosti klientů. Základním předpokladem pro splnění této povinnosti je alespoň základní orientace v právních normách týkajících se omezení svéprávnosti klientů (možná omezení práv klienta, kdo o tom rozhoduje, v jaké formě, možný rozsah omezení, úlohy opatrovníka, úlohy zařízení apod.). Pokud se tedy poskytovatel rozhodne poskytovat sociální službu německým klientům, přebírá tímto zodpovědnost za to, že se v nezbytném rozsahu orientuje v souvisejících německých právních normách. Neznalost právních norem pak nemůže být omluvou pro postup v rozporu s nimi.

Nad rámec uvedeného považuji za důležité upozornit, že omezení svéprávnosti klienta v určité oblasti nelze vykládat rozšiřujícím způsobem a klienta automaticky vyloučit ze všech oblastí rozhodování o sobě. Omezení ve svéprávnosti ve vymezené oblasti neznamená ani to, že má být klient z rozhodování o této oblasti zcela vyloučen, neboť stále platí povinnost vyslechnout a zohlednit jeho názor. V současném nastavení tak shledávám velké riziko, že jsou klienti fakticky vyloučeni z rozhodování o vlastní osobě i v oblastech, ve kterých podle rozsudku omezeni nejsou. To považuji za nezákonné jednání intenzitou dosahující rizika špatného zacházení s klienty.

Pokud je záměrem zařízení i nadále poskytovat sociální službu německým klientům, silně apeluji, aby si ředitelka zařízení a případně další pověření pracovníci v této oblasti doplnili vzdělání.

8) Vést v patrnosti rozsah omezení svéprávnosti klientů a zohledňovat jej při poskytování sociální služby (průběžně).

7. Vážně míněný nesouhlas

Domov pro seniory je typem služby, ve které mohou za jistých okolností klienti pobývat i proti své vůli – pokud je to nezbytné a přiměřené a pokud jsou naplněny veškeré podmínky stanovené zákonem.[34] Podle českého právního řádu platí, že pokud klient projeví vážně

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

míněný nesouhlas s poskytováním pobytové sociální služby, přičemž není schopen vypovědět svou smlouvu se zařízením, je poskytovatel sociální služby povinen oznámit tuto skutečnost ve lhůtě 24 hodin soudu, do jehož obvodu dané zařízení sociálních služeb spadá. Projevy vážně míněného nesouhlasu jsou přitom velmi individuální. Nejde jen o slovní vyjádření nesouhlasu, ale může jít například o pokusy o útěk ze zařízení, odmítání stravy apod. Ke každému klientovi je třeba přistupovat individuálně a vyhodnocovat jeho případný nesouhlas s poskytováním služby na základě znalosti jeho chování v jiných situacích, jeho schopností, způsobů komunikace a dalších okolností. Pokud klient projeví v přítomnosti pracovníka nesouhlas s pobytem v zařízení, mělo by dojít k posouzení tohoto stavu určenými pracovníky a následně (pokud je nesouhlas opravdu vyhodnocen jako vážně míněný) k odeslání informace na soud, který poté rozhodne o dalším setrvání klienta v zařízení.[35]

Zařízení nemá vytvořenou metodiku upravující, jak v takových případech reagovat a jaké jsou za této situace povinnosti konkrétních pracovníků. Během návštěvy bylo sděleno, že se v zařízení s případem vážně míněného nesouhlasu dosud nesetkali. Někteří klienti na začátku svého pobytu vyjadřují nesouhlas a chtějí se vrátit domů. Nicméně, zařízení automaticky tyto projevy vyhodnocuje tak, že si klient potřebuje na pobyt v zařízení zvyknout. Rodina ani soud o tomto nebývají informováni. Sociální pracovník k tomuto navíc sdělil, že vážně míněný nesouhlas některého z klientů by považoval za své osobní selhání. Přístup zařízení tak signalizuje nedostatečnou znalost problematiky vážně míněného nesouhlasu v relevantních právních normách. Zde upozorňuji, že pro řádné poskytování služby a správný postup při řešení vážně míněného nesouhlasu klienta, je nejprve nutné znát, zda je pro daného klienta rozhodné české či německé právo. V návaznosti na to je pak zásadní znalost relevantních norem českého právního řádu (zejm. zákona o sociálních službách), případně norem německého práva. Při poskytování sociální služby intuitivně bez uvedených znalostí hrozí obcházení zákona či postup v rozporu s ním. Silně doporučuji, aby se vedení zařízení i ostatní pracovníci v této problematice proškolili.

9) Důsledně zaznamenávat a vyhodnocovat všechny projevy klientů vyjadřující nesouhlas s pobytem v zařízení, zda se jedná o vážně míněný nesouhlas. V kladném případě informovat soud (průběžně).

8. Komunikace

V domovech pro seniory mohou žít lidé, kteří mají snížené komunikační schopnosti. Zejména v pozdějších fázích syndromu demence dochází k výraznému omezení verbální komunikace. Vyjádření vůle (a tím i možnosti rozhodovat o sobě), libosti či nelibosti (připomínky, stížnosti) je stále těžší. Pro zamezení nedorozumění, ignorování potřeb a přání klienta, jeho sociální izolace a také frustrace je třeba s tímto problémem pracovat. To klade nároky na schopnost personálu navázat s člověkem s demencí kontakt, komunikovat s ním

35 Doporučený postup č. 5/2018 ze dne 1. ledna 2019, kterým se nahrazuje doporučený postup č. 04/2017 k detencím v zařízení sociálních služeb. Dostupné zde: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_c._5_2018__kterym_se_nahrazuje_doporuceny_postup_c._04_2017__k_detencim_v_zari.pdf/3d8e2105-3e08-6a32-6574-ca74ab07097d

nonverbálně a umět mu porozumět.[36] Komunikaci je vhodné podpořit využitím nástrojů alternativní a augmentativní komunikace.[37] Nalezení efektivního způsobu komunikace je základním předpokladem 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 náročného chování. Vytváří se tak prostor pro špatné zacházení s klientem.

Je zapotřebí zvláštního tréninku a empatie, aby personál uměl zjistit přání klienta s demencí. Je dále zapotřebí mnohem více vysvětlovat, nabízet, komentovat dění a přitom musí péče být co nejméně závislá právě na obsahu mluveného slova.[38]

Komunikaci považuji za jeden z největších nedostatků zařízení. Mezi personálem a klienty je výrazná komunikační bariéra. Ta je způsobena jednak tím, že v zařízení nejsou vůbec používány nástroje alternativní a augmentativní komunikace, ale především nedostatečnou znalostí německého jazyka s ohledem na německou klientelu.

Ačkoliv se zařízení zaměřuje na německou klientelu, plynně německy hovoří pouze ředitelka zařízení, sociální pracovník a jedna pracovnice v přímé péči. Ti pomáhají ostatním členům personálu s překladem. Personál však otevřeně přiznal nízkou míru porozumění klientům a jejich potřebám. Na každodenní bázi hovoří s klienty pouze pomocí častých frází a klíčových slov („schlafen“, „essen“, „Tabletten“ apod.) a snaží se domluvit „rukama nohama“. Dochází také k situacím, kdy klient musí svá sdělení zjednodušit, aby jim personál porozuměl. Upozorňuji, že pokud klienti musí svá vyjádření v zájmu porozumění personálu zjednodušovat a omezovat se z vět na používání jednotlivých slov, je tím přispíváno ke ztrátě jejich komunikačních dovedností. Skutečnost, že klienti by o větší míru konverzace stáli a mohli z ní prospívat, dosvědčuje i fakt, že klienti jsou více komunikativní, když k nim promlouvá dobře německy hovořící personál.

Podle sdělení personálu je část klientů neslyšících, přičemž komunikace je obtížná i kvůli postupující demenci. V zařízení však nejsou používány žádné komunikační pomůcky. Personál vysvětlil, že se snaží dorozumět s klienty především tak, že hovoří pomalu a dané fráze opakují. K ověřování toho, zda klient porozuměl, nedochází. Personál následně postupuje intuitivně podle toho, co vypozorují z mimiky a gest klienta. Reakce klienta, projevy libosti a nelibosti, nejsou nikam zaznamenávány.

Nastavenou komunikační praxi hodnotím jako naprosto zarážející. Je alarmující, že komunikace není přizpůsobena potřebám klientů, ale naopak klienti musí přizpůsobovat

36 Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA.* Praha: 2014, str. 15.

37 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.), 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.

38 K tomu více BÁŇOVÁ, Marie. Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 76–83.

komunikaci schopnostem personálu. Nedostatečné komunikační dovednosti personálu zabraňují zjistit individuální potřeby klienta. Poskytování podpory a péče nepřiměřeně potřebám klienta přitom může vést k zanedbání péče v oblastech, kde klient potřebuje péči. Navíc vede ke ztrátě dovedností, které za klienta přebírá personál, ačkoliv by je klient zvládl sám. Upozorňuji na velké riziko v situaci, kdy klienti budou chtít sdělit personálu například, že je něco bolí nebo že potřebují lékaře. Pokud personál nerozumí jazyku klientů, může v takových situacích dojít i k vážnému ohrožení života a zdraví klientů. Uvedené nedostatky tak směřují ke špatnému zacházení s klienty.

10) Zajistit, aby personál ovládal jazyk klientů na úrovni adekvátní pro poskytování péče a pravidelně zajišťovat školení v tématu komunikace s klientem s demencí (průběžně).

9. Přístup personálu ke klientům

Lidská důstojnost je hodnota, která musí být chráněna a respektována vždy. Zásah do ní nelze ospravedlnit ničím, rozhodně ne časovou vytížeností personálu či organizačními záležitostmi. Sebelepší péče nemůže mít zamýšlený efekt, pokud není respektována klientova důstojnost.[39] Personál by měl ke klientům přistupovat s úctou a respektem. Pracovníci by měli pamatovat na to, že klienti jsou lidé s vlastními přáními a potřebami, s vlastní důstojností. Přístup personálu ke klientům by tak měl odpovídat především tomu, že se jedná o vztah člověka s člověkem.

Během návštěvy bylo zaznamenáno, že přístup personálu ke klientům byl poměrně paternalistický a v některých případech se s klienty jedná jako s dětmi. Někteří pracovníci oslovovali klienty „mein Schatz“, tvořili z jejich jmen zdrobnělé přezdívky (např. Brunhilde „Brunďa“) a hovořili o nich dětskou řečí („mlsají“, dostávají „ňamky“, opečou si „buřtíky“). Jednalo se také o nedůstojné výrazy jako „krmení“, „uklizení“ klientů do obývacího pokoje a direktivní přístup (odesílání klientů, ať se jdou dívat na televizi). Také v dokumentaci jsou o klientech zaznamenány nevhodné hodnotící soudy jako například „je hodná“, „nepříjemná“, „milá“, „líný jako vždy“, „otravoval“.[40]

Ačkoliv je převážná většina klientů německy hovořící a těmto českým výrazům nerozumí, nepovažuji za vhodné, aby je personál používal. Používání zdrobnělin a přezdívek podporuje vnímání klienta nikoliv jako rovnocenného partnera, ale jako objekt péče a vede k nedůstojnému zacházení. Hodnotící soudy ukazují na paternalistický přístup personálu a představují riziko toho, že si personál mezi klienty vybírá své oblíbence a naopak „černé ovce“.

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

40 Viz např. záznamy PSS o klientovi F ze dne 10. 9. 2021, záznamy PSS o klientce B ze dne 10. 12. 2021 a ze dne 7. 2. 2022.

Dále shledávám nedůstojný přístup ke klientům například při dopomoci s chůzí (personál nerespektoval tempo klienta, nýbrž jej „táhl“) a stravování (plošné podávání nápojů v plastových kelímcích, improvizované podbradníky z ručníků, otírání úst lžící).

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

10. 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 srozumitelné klientům. Tyto stížnosti má povinnost evidovat a písemně vyřizovat v přiměřené lhůtě.[41] Včasné zaznamenání stížnosti, kvalitní vyhodnocení situace a následná efektivní reakce působí jako jeden z významných prvků prevence špatného zacházení.

V prostoru jídelny byla umístěna schránka, která je označena nápisem „Schránka přání a stížností“ v českém i německém jazyce. U schránky se nacházel plán aktivit na rok 2020. Informace o stížnostním mechanismu (kdo a jak často schránku vybírá, kdo stížnosti vyřizuje, v jaké lhůtě jsou stížnosti vyřizovány, jak se klient dozví o výsledku prošetření stížnosti, co může dělat, když s prošetřením nesouhlasí) zcela chyběly. Schránku vybírá ředitelka zařízení, a to jednou týdně. Nicméně, dosud ve schránce nebyla žádná stížnost. Ke zjišťování stížností a připomínek, respektive ověřování spokojenosti klientů jiným způsobem nedochází. Podle sdělení personálu zařízení je podávání stížnosti a připomínek klientů zcela znemožněno z důvodu syndromu demence.

Obr. 7: Schránka na stížnosti a plán aktivit 2020

41 Standard kvality sociálních služeb č. 7.

Předně bych ráda uvedla, že jsem si vědoma toho, že s postupující demencí a upadáním kognitivních funkcí je vyjádření vůle, libosti či nelibosti (připomínky, stížnosti) stále těžší. Zařízení však nesmí zhoršené schopnosti klientů vyjádřit svoji vůli použít jako ospravedlnění pro rezignaci na celý systém podávání stížností. Právě naopak, stížnostní mechanismus je třeba přizpůsobit potřebám klientů tak, aby jim byla možnost stěžovat si zachována co nejdéle.

Pro klienty, kteří jsou schopni vyjádřit svou vůli písemně, může být schránka na stížnosti takovou možností. V každém případě však musí být schránka na stížnosti zamčená, označená, umístěná na klientům volně přístupném místě (dosažitelnému i pro klienty na vozíku) a musí být opatřena informací, kdo a jak často její obsah vybírá. Zvláštní pozornost proto musí být věnována formě tohoto poučení, která musí odpovídat zhoršeným schopnostem porozumět. Může se jednat například o zjednodušený text, myšlenkovou mapu, infografiku s piktogramy apod. Schránku je rovněž důležité umístit na méně frekventované místo, aby byla zachována důvěrnost podání a anonymita stěžovatele. Jedině tak lze říci, že stížnostní mechanismus je účinný a skutečně přístupný. Za správné dále považuji, pokud je informace o podávání stížností předávána také ústně, a to nejen při nástupu do zařízení, ale i v průběhu samotného pobytu. Skutečnost, že pomocí schránky dosud nebyla podána jediná stížnost, může být způsobena i tím, že klienti o možnosti stěžovat si nevědí.

U klientů v pokročilejší fázi demence, kteří již nedokáží formulovat své stížnosti písemně, je zapotřebí zajistit alternativní způsob ověřování jejich spokojenosti. To vyžaduje trpělivé pátrání, naslouchání, sledování slov i mimoslovní komunikace a adekvátní reakci.[42]

12) Schránku na stížnosti doplnit o písemné (či obrázkové) informace o stížnostním mechanismu ve srozumitelném a jednoduchém jazyce a umístit ji na místo umožňující důvěrné podání stížnosti (bezodkladně).

13) Klienty opakovaně informovat o možnosti stěžovat si (bezodkladně).

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

Poskytovaná péče

11. 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.[43]

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.

11.1 Nutriční screening

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces proveditelný zaškoleným pracovníkem (ošetřovatelem) za pomoci standardizovaných testů. Výsledkem může být zjištění, že klient není v riziku malnutrice, ale může potřebovat opakovanou kontrolu v určitých intervalech; nebo že klient je v riziku a má být vypracován nutriční plán a poskytována specializovaná péče dle závažnosti buď v zařízení, nebo poskytovatelem zdravotních služeb. Zařízení by při příjmu nového klienta mělo zaznamenat alespoň údaje o váze, výšce, body mass indexu, příjmu potravy. Za správné považuji používání validních nutričních testů.[44] U klientů, kteří se nepostaví na váhu, je vhodné využívat alternativních možností zjišťování hmotnosti (např. měření obvodu paže či kožní řasy). Na základě těchto vstupních informací vyhodnotit, zda je klient ohrožen malnutricí. Tento postup a vyhodnocování možného rizika by mělo zařízení opakovat v pravidelných intervalech.

Klienti jsou váženi jednou měsíčně. Pravidelné vážení se však týká pouze klientů, kteří jsou schopni postavit se na osobní váhu, případně zvládnou stát na váze s podepřením personálu. Za měsíc březen 2022 tak bylo váženo pouze 7 klientů z 18. U ostatních klientů se nevyužívají žádné alternativní způsoby pro sledování hmotnosti. Podle sdělení personálu je u těchto klientů váha odhadována a hubnutí klienta je řešeno, když jej personál z pohledu zaznamená. To nelze považovat za dostačující. Neschopnost klienta stát na osobní váze nemůže být ospravedlněním pro to, aby váha klienta nebyla vůbec sledována, ale je nutné využít vhodnou alternativu (např. měření obvodu paže či kožní řasy). Možností je také pořízení zvedáku či křesla s integrovanou váhou. Dále podotýkám, že i při vážení klientů na osobní váze je nutné dodržet určitá pravidla, aby získané hodnoty měly vypovídající hodnotu. Míříím na to, že pokud jsou klienti při vážení podpíráni, mohou být hodnoty

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

44 Např. MNA test.

zkreslené. Výkyvy v naměřených hodnotách pak mohou být způsobeny tím, že klienti nejsou váženi ve stejnou dobu (před jídlem nebo po jídle) nebo např. množstvím oblečení.

Se zjištěnými údaji o váze klientů není nijak dále pracováno. Zařízení nespolupracuje s nutričním specialistou, který by riziko malnutrice vyhodnocoval a stanovil klientům nutriční péči. Pokud personál zařízení vysleduje, že klient ztrácí na váze, řeší situaci na základě svého uvážení. To podle sdělení zdravotní sestry spočívá v přidání doplňku ke stravě (nutridrinku). **Současné nastavení shledávám jako naprosto nedostačující**. Překvapuje mě, že zařízení nemá navázánu spolupráci s nutričním specialistou a váha klientů není řešena s odborníkem systematicky ani v individuálních případech, kdy je zaznamenán váhový úbytek klientů. Podle dokumentu „Váhy klientů" je přitom od ledna 2021 do března 2022 zaznamenán váhový úbytek téměř u všech klientů. **Upozorňuji, že laxní přístup personálu a nedostatky poskytované péče v této oblasti mohou znamenat zanedbání malnutrice s fatálními důsledky pro klienty. Při stávající praxi může k takovému případu snadno dojít, a proto v této oblasti konstatuji vysoké riziko špatného zacházení s klienty.**

14) **Důsledně sledovat a hodnotit váhu klientů. U klientů, kteří nejsou schopni postavit se na váhu, používat alternativní metody (průběžně).**

15) **Případný váhový úbytek klientů konzultovat s nutričním specialistou a stanovit navazující postup (průběžně).**

11.2 Sledování příjmu tekutin a stravy

Zařízení by mělo věnovat dostatečnou pozornost systematickému sledování příjmu stravy a tekutin. Zejména u těch klientů, kteří si s ohledem na svůj zdravotní stav nejsou schopni pitný režim zajistit sami, případně patří k ohroženým z hlediska vzniku malnutrice. Tyto záznamy mohou být součástí nutričního dekurzu klienta.

V prvé řadě je vždy nutné stanovit, u koho má být příjem stravy či tekutin sledován a nenechávat na intuitivním zhodnocení a všímavosti pracovníků v přímé péči, zda klient je dostatečně hydratován či zda není v riziku malnutrice.

Důležité je, aby záznamy byly objektivizované. Pečlivé provádění záznamů nemusí být nezbytně zatěžující. Lze využít standardizovaných formulářů, kde se příjem stravy monitoruje zaškrtáváním příslušných políček (snědl čtvrt, půl, celou porci). Obdobně lze postupovat i u sledování příjmu tekutin. Pracovnice v sociálních službách nemusí zapisovat každé napití. Nápoj lze připravit do vhodné nádoby s ryskou objemu a na konci směny pak objektivně změřit, kolik tekutiny klient vypil.

V zařízení není vyčleněn personál, který by systematicky sledoval a zaznamenával příjem tekutin u jednotlivých klientů. Napříč personálem přitom panuje rozdílná praxe, kdy někdo z personálu sleduje příjem tekutin podle toho, kolik tekutin klient vypije u jídla, jiný člen personálu sdělil, že příjem tekutin sleduje podle plen. V záznamech PSS i sesterských hlášeních se sporadicky objevují zcela subjektivní a neměřitelná hodnocení „pitný režim dobrý", „dodržoval pitný režim", „pije dostatečně". Takový systém zaznamenávání nemá žádnou vypovídající hodnotu a nemůže být podkladem pro poskytování kvalitní péče klientovi. Příjem tekutin je dále zaznamenáván čárkami v dokumentu „Realizace

ošetřovatelského plánu – pečovatelská dokumentace“, kdy podle sdělení zdravotní sestry jedna čárka představuje vypití 200 ml tekutin. Jak ale upozorňuji v 30. kapitole, během systematické návštěvy bylo zjištěno, že tyto čárky jsou zaznamenávány předem. Z toho vyplývá, že dokumentace je falšována a je vytvářena z formální povinnosti.

Ani sledování příjmu stravy nemá jasně stanovený postup. V záznamech PSS se občas objevují zápisy „jedl celé porce“, „jedl dobře“, „dnes hůře jedla“. Znovu musím konstatovat, že takový zápis nemá žádnou vypovídající hodnotu. Zatímco u jedné pracovnice to může znamenat, že klient nedojí dvě porce po sobě, jiný pracovník tento záznam udělá, pokud klient týden nedojídá obědy a večeře. Nadto musím uvést, že systém zaznamenávání, kdy zápisy o příjmu stravy klienta nejsou činěny každý den, natož u jednotlivých jídel, je nedostačující a nemůže personálu ani klientům přinášet žádný užitek. Bez dostatečného podkladu nelze kvalitně zhodnotit případné riziko. Navazující intervence pak nemusí přijít včas, ve fázi, kdy ještě měla preventivní charakter.

16) **Vyhodnotit, u koho má být příjem stravy (a/nebo tekutin) preventivně sledován. U těchto klientů pořizovat objektivizované záznamy, ze kterých bude zjevné, zda klient snědl celou porci, polovinu, čtvrtinu, příp. kolik vypil tekutin (průběžně).**

17) **Záznamy o příjmu stravy a tekutin dále pravidelně vyhodnocovat a ve spolupráci s nutričním specialistou stanovit navazující postup (průběžně).**

11.3 Nutriční hodnota stravy

Zajištění vhodné celodenní stravy je jednou ze základních činností poskytované sociální služby. Musí odpovídat věku, zásadám racionální výživy, potřebám dietního stravování. Vyhláška jako minimum stanoví tři hlavní jídla denně. Pokud však zařízení poskytuje péči osobám s demencí, je třeba této klientele přizpůsobit i stravovací režim. Osoby s Alzheimerovou chorobou mají vyšší energetickou potřebu, měla by jim proto být podávána nutričně a energeticky odpovídající strava reflektující aktuální fázi onemocnění, stav výživy a přítomnost další choroby. Klienti s demencí by rovněž měli mít zajištěn neustálý přístup k jídlu. Zařízení musí respektovat zákonný požadavek maximální hranice denní úhrady za poskytnutou stravu.

Strava je podávána 4x denně (snídaně, oběd, svačina, večeře), s výjimkou diabetiků, kteří dostávají navíc druhou večeři. Jako problematické shledávám, že mezi večeří v 16:30 hod. a snídaní mezi 7. a 8. hodinou je velká časová prodleva. Podle sdělení personálu žádný klient nemá v pokoji dostupné jídlo. Výjimkou jsou pouze někteří klienti, kteří mají v pokoji sladkosti. To považuji za nedostačující a odporující nutričním potřebám cílové skupiny. Apeluji na zařízení, aby upravilo stravovací režim a zajistilo, aby všichni klienti měli neustálý přístup k jídlu a možnost se najíst, pokud budou mít hlad.

Jako nevhodné shledávám rovněž intuitivní zařazování nutridrinků do stravy. Pracovnice v přímé péči sdělily, že klientům podávají nutridrinky, pokud se jim zdá, že klient málo jedl. Upozorňuji, že podávání nutridrinků se má řídit kalorickým příjmem klienta. Naprostým základem jsou objektivní záznamy příjmu stravy, kterými se zabývám výše. Na základě těchto záznamů pak lze sledovat kalorický příjem klienta a po konzultaci s nutričním terapeutem stanovit, jaké množství nutridrinku by měl klient vypít.

18) Zajistit, aby klientům s demencí bylo jídlo k dispozici celý den (průběžně).

11.4 Podávání jídla

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

Pracovnice Kanceláře během systematické návštěvy sledovaly podávání stravy klientům, kteří se sami nenajedí. Jako nevhodné hodnotím, že při dopomoci personál nad klienty stojí a dopomáhá vícero klientům najednou. Stání nad klientem a přecházení od jednoho klienta k druhému neumožňuje řádně sledovat, zda klient nemá s příjmem potravy problém, a zároveň může vyvolat dojem, že personál chvátá. Je tedy vhodnější, když se personál ke klientovi posadí a může pozorovat, zda klient zvládá jídlo dostatečně pokousat a vychutnat si je. Jako nedůstojné shledávám otírání zbytků jídla ze rtů lžící a jejich opětovné podávání klientům.

Ze záznamu PSS vyplývá, že v zařízení může docházet k podávání stravy i přes odpor klienta. Konkrétně odkazuji na zápis, podle kterého klientka odmítala jíst polévku, přičemž personál reagoval tím, že klientce podal nutridrink a pití do PEGu.[45] Takové jednání považuji za neetické. Chápu, že zařízení má povinnost klientům zajistit stravu. To však nelze vykládat tak, že vůle klientů má být zcela ignorována a lze postupovat přes jejich odpor. Připomínám, že odmítání stravy může být projevem jiných potřeb klienta (např. klienta něco bolí). Pokud klient odmítá stravu, předně je třeba zjistit, z jakého důvodu a na těchto důvodech s klientem pracovat.

19) Zajistit při dopomoci u jídla poklidnou atmosféru, dbát na projevy klienta a podpůrnou komunikaci (průběžně).

11.5 Mechanická úprava stravy

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

Mixování stravy by mělo být v rámci mechanické úpravy až nejzazší formou úpravy, před kterou má přednost krájení a mletí, které ponechává možnost vnímat strukturu stravy. Vždy by měly být odděleny jednotlivé složky stravy. Jedině tak je mj. možné zajistit, aby

45 Zde odkazuji na zápis v záznamu PSS klientky A ze dne 23. 11. 2021.

klient snědl nutričně hodnotnější složku, pokud nedojídá celou porci. Rovněž v případě smíchání všech rozmixovaných složek stravy dohromady vzniká nevzhledná nechutná směs. Její podávání klientům je za hranicí důstojnosti. K získání vhodné konzistence stravy pro polykání je možné využít také speciální zahušťovadla stravy.

Informace o tom, jak klient jí a zda je třeba stravu upravit, je uvedena v plánech péče. To je správné. Musím však upozornit na to, že plány péče nejsou aktualizovány. Zadání pro podávání a úpravu stravy tak nemusí odpovídat aktuálním potřebám klienta.

Mechanická úprava stravy je v zařízení poměrně individualizovaná (někteří klienti mají stravu neupravenou, někteří částečně pokrájenou, někdo mixovanou). Podle sdělení personálu je snaha o to, aby byl klient co nejsoběstačnější. To oceňuji. V zařízení se nachází jedna klientka, které je podávána mixovaná strava, což zaměstnankyně Kanceláře během návštěvy pozorovaly. Negativně hodnotím, že byly mixovány všechny složky jídla dohromady. Podle sdělení personálu tato klientka již nedokázala stravu žvýkat a polknout, což se projevovalo tím, že klientka méně jedla. Po přechodu k mixované stravě jí klientka údajně víc. Nepopírám, že rozhodnutí o mixování stravy bylo dobrým krokem a klientce prospívá. Upozorňuji však, že jednotlivé složky by měly být mixovány zvlášť, jednak z důvodu estetičnosti (pokrm navozuje větší apetit) a zároveň lze vysledovat, jak nutričně hodnotnou složku pokrmu klientka snědla.

Obr. 8: Mixovaná strava

20) Při mechanické úpravě stravy upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (průběžně).

12. 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.[46]

Ranní hygiena[47] u klientů, kteří potřebují nižší či vyšší míru podpory právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,[48] večerní hygiena[49] zase každý večer.[50] Taktéž intimní hygienu je zásadní provádět každý den.[51] Je rovněž důležité, aby personál domova zajistil u klientů i tzv. celkovou koupel v koupelně (umytí celého těla, včetně vlasů, pod tekoucí vodou, dále vyčištění zubů a případně i oholení). Celkovou koupel nelze nahradit tzv. hygienou na lůžku, tedy omytím těla klienta žínkou a vodou nebo jinými hygienickými prostředky na jeho posteli v pokoji.[52] Účinek tekoucí vody při hygieně na lůžku totiž nelze nijak nahradit. Celková koupel by měla být zajištěna alespoň dvakrát týdně.[53] To je však minimální standard. 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 vstříc. 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 a udržování hygienických návyků.

Provedení hygieny (celková koupel, mytí na lůžku, dopomoc s hygienou, péče o dutinu ústní, oči, uši a nos, stříhání nehtů a mytí vlasů) je zaznamenáváno odškrtnutím v dokumentu Realizace ošetřovatelského plánu – pečovatelská dokumentace klienta. Celková hygiena klientů probíhá zpravidla jednou týdně.[54] To nepovažuji za dostačující.

21) Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, celkovou koupel však nejméně dvakrát za 7 dnů (průběžně).

13. Mikční režim

Jedním z projevů demence je inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet klienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu, včetně režimu

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

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

48 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

50 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

51 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

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

53 Koneckonců nárok na koupel dvakrát týdně mají i lidé ve výkonu trestu odnětí svobody a vazby. Viz § 21 odst. 2 vyhlášky č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, ve znění pozdějších předpisů, a § 36 odst. 1 vyhlášky č. 109/1994 Sb., kterou se vydává řád výkonu vazby, ve znění pozdějších předpisů.

54 Viz Realizace ošetřovatelského plánu – pečovatelská dokumentace za měsíc březen 2022 např. u klientky D, klientky G, klientky H.

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.[55]

Pracovníci v sociálních službách by měli mít jasné zadání, koho z klientů jak často vysazovat na (přenosné) WC, komu pomáhat dojít na toaletu 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.

Žádný z klientů nemá zaveden mikční režim, kdy by měl personál jasné zadání, kdo a jak často má být vysazován na toaletu, koho doprovázet na WC, případně komu má být potřeba připomenuta a v jakém časovém intervalu. Plány péče v sekci „Osobní hygiena" obsahují pouze informaci o tom, zda klient chodí na toaletu sám nebo má inkontinenční pomůcky. Plány péče navíc nejsou pravidelně aktualizovány. V praxi je dopomoc s používáním toalety poskytována, pokud si o to klient sám řekne nebo personál potřebu klienta vysleduje. Výměna inkontinenčních pomůcek probíhá 3x denně a navíc dle potřeby. Paralelně s výměnou inkontinenčních pomůcek jsou klienti dotazováni, zda nechtějí na toaletu.

Bez vyhodnocení aktuálních možností klientů v oblasti vylučování a nastavení odpovídajícího mikční režimu nelze zajistit, že klientům bude poskytována potřebná míra dopomoci v této oblasti. Možným 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. V takovémto postupu spatřuji zbytečné posilování závislosti na podpoře personálu domova, a tudíž doporučuji se mu vyhnout systematickým sledováním schopností klientů i v této oblasti. Dopomoc personálu nesmí vycházet z intuitivního přístupu, ale musí mít odraz v individuálním plánu a v dokumentaci o poskytnuté péči.

Považuji za důležité rovněž upozornit na nedostatky v záznamech PSS. Záznamy PSS týkající se výdeje tekutin opakovaně obsahují zápisy typu „močí dobře", „močí přiměřeně", a to i v případě klientky s permanentním močovým katetrem.[56] Takový zápis je intuitivním a subjektivním zhodnocením pracovníka a nemá vypovídající hodnotu. Pakliže je ordinací lékaře sledován výdej moče, tak údaj „dobře" či „přiměřeně" nemůže sloužit jako podklad pro kvalitní zhodnocení případného rizika. Ze záznamů PSS rovněž není jasné, zda jsou informace o zdravotním stavu klientů předávány zdravotníkům.[57] Také poukazuji na rozporné údaje v záznamech PSS a Realizaci ošetřovatelského plánu – pečovatelské

55 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 109.

56 Zde odkazuji na záznamy PSS o klientce G.

57 Zde odkazuji např. na záznamy PSS o klientce I ze dne 8. 12. 2021 a 24. 2. 2022. Ačkoliv podle zápisů měla klientka stále dobrý pitný režim, některé dny nemočila nebo močila velmi málo. Ze záznamů však není jasné, zda byl zdravotní stav klienty řešen se zdravotní sestrou či lékařem. Dále z dokumentu Realizace ošetřovatelského plánu-pečovatelská dokumentace klientky I za leden, únor a březen 2022 vyplývá, že klientka měla stolici 3x v lednu, 5x v únoru a 0x v březnu. Ze záznamů přitom není jasné, zda byla se zdravotníky řešena obstipace.

dokumentace.[58] Skutečnost, že si jednotlivé dokumenty odporují, vyvolává dojem, že dokumentace je vedena pouze formálně.

22) Řádně vyhodnotit a nastavit mikční režim klientů. Sledovaný mikční režim důsledně zaznamenávat v individuální dokumentaci klientů (průběžně).

14. Dekubity

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

Podle sdělení personálu není s dekubity v zařízení systematicky preventivně pracováno, ale situace je řešena až ve chvíli, kdy se u klienta objeví narušení kůže. To potvrzuje také dokumentace klientky I, podle které bylo riziko dekubitů vyhodnoceno naposledy v roce 2019, a to i přesto, že v prosinci 2021 je u klientky zaznamenán počínající dekubit a zhoršoval se až do jejího úmrtí v březnu 2022. Považuji za nepřípustné, že záznamy PSS neobsahují informaci o tom, zda byl o dekubitech klientky informován zdravotnický personál.

Přestože je podle sdělení personálu využívána Nortonova stupnice pro měření defektů na kůži, dokumentace klientky I neobsahuje záznamy o stavu rány, její velikosti, průběhu hojení a prováděných převazech. Záznamy PSS pouze sdělují, že „rána byla ošetřena“. To je nedostačující.

V jakých časových intervalech probíhá polohování ležících klientů, je zaznamenáno pouze u některých klientů. V ostatních případech (včetně klientky I) záznamy spočívají v jedné čárce za den v kolonce „polohování“ v „Denním hlášení o průběhu služby“. Z takového záznamu nelze zjistit, kdy naposledy a na jakou část těla byl klient polohován a vzniká prostor pro zanedbání péče. Apeluji na zařízení, aby bylo polohování dokumentováno důsledně u všech dotčených klientů a řádně (včetně určení času a části těla).

Nadto upozorňuji, že v případě mobilizace mimo lůžko je nutné omezit dobu, kdy imobilní klient sedí bez možnosti zmírnění tlaku na predilekční místa.[60] Z dokumentace však vyplývají i případy, kdy takový klient nebyl polohován 10 hodin nepřetržitě.[61]

23) Pravidelně vyhodnocovat riziko vzniku dekubitů. U klientů s rizikem vzniku dekubitů preventivními opatřeními předcházet vzniku rány (průběžně).

---

58 Zde odkazuji na zmíněnou dokumentaci klientky I ze dne 24. 2. 2022. V záznamech PSS je uvedeno „dnes močila až večer“. V Realizaci ošetřovatelského plánu-pečovatelská dokumentace je však močení odškrtnuto dvěma čárkami dopoledne i odpoledne (stejně jako všechny ostatní dny).

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

60 Jedná se o místa, kde jsou kosti blízko kožnímu povrchu, např. sedací kosti, paty.

61 Viz záznam o polohování klientky N za březen 2022.

24) V dokumentaci klientů evidovat vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, a případně rovněž plán a záznamy o polohování s určením času a části těla. O vzniku rány vždy informovat zdravotnický personál a důsledně zaznamenávat informace o stavu a ošetření rány (průběžně).

15. Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,[62] často však bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese, v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

Podle sdělení personálu v zařízení neprobíhá systematické zjišťování deprese u klientů, přičemž psychologická péče zcela chybí. To, že má klient depresi, personál údajně vyhodnocuje intuitivně, např. pokud klient odmítá stravu. Řešení pak spočívá v podání nutridrinku, v jiných případech sdělením klientovi, že jej má personál rád, objetím klienta, případně sladkostmi. Z reakcí personálu tak vyplývá nízké povědomí o problematice depresí a vzniká pochybnost, že může docházet k zaměňování depresí se smutkem.

Nadto musím upozornit na zcela nedostatečnou dokumentaci v této oblasti. Ačkoliv jsou v plánech péče klientů[63] a záznamech PSS[64] o některých klientech učiněny zápisy o depresi a smutku, zcela chybí informace o tom, jak na projevy klienta personál reagoval a zda byl psychický stav klienta konzultován se zdravotníkem. Stejně tak zcela chybí záznamy o tom, jak personál reagoval v situaci, kdy bylo zjištěno, že klientka neužívá předepsaná antidepresiva (např. zda personál zjišťoval, proč klientka léky neužívá). Z dokumentace vyplývá pouze skutečnost, že lék byl vysazen. Považuji za závažné, že z dokumentace není jasné, zda o vysazení léku rozhodl lékař nebo personál zařízení, neboť podle příbalového letáku léku má být léčivo vysazováno postupně.[65]

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

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

62 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.

63 Viz Plán péče klientky E: „Čas od času je klientka depresivní, smutná, nemá chuť k jídlu, je lítostivá. Klientka při depresích i několikrát napadla klienty jako pana X a paní Y, bije je, kope, nadává jim. Je potřeba požádat klientku, aby to nedělala, a upozornit ji, že to není správné."

64 Viz záznamy PSS o klientce E ze dne 5. 3. 2022 „Dnes měla depresi. Jedla celé porce." Dále záznamy PSS o klientce G ze dne 28. 1. 2022 „Klientka dnes měla řeči o smrti."

65 Zde odkazuji na zápis v Sesterských hlášeních ze dne 4. 3. 2022 týkající se klientky E.

16. Nakládání s léky

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.[66] 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.[67]

Léky byly uloženy v uzamykatelné skříňce ve společných prostorách zařízení (u barového pultu). Ačkoliv je skříňka uzamykatelná, během návštěvy byla i mimo dobu podávání léků ponechána odemčená, a byla tak volně přístupná všem zaměstnancům (tedy i těm, kteří nejsou oprávněni s nimi nakládat) a klientům. Upozorňuji, že nezajištěné uložení léků může pro klienty představovat zásadní ohrožení zdraví či dokonce života (např. pozřením velkého množství léků, cizích léků, případně jejich záměnou).

Považuji za správné, že léky podává vždy člen zdravotnického personálu, a to ten, který je připravuje, přičemž léky nejsou chystány s velkým časovým předstihem. Možné riziko spatřuji v tom, že na denní službě působí především externí zdravotní sestry, které se často střídají, a do zařízení tak dochází pouze několikrát za měsíc. Časté střídání externích zdravotních sester vede k tomu, že zdravotní sestry klienty nerozpoznávají. To je jednak nepraktické, neboť si musí nejprve zjišťovat od jiného personálu, kdo je kdo, ale rovněž rizikové, neboť může dojít k záměně klientů při podávání léků.

Zdravotnický personál sdělil, že některým klientům jsou léky drceny. Drcení léků není konzultováno s lékařem předem, nýbrž je o tomto informován až zpětně. Údaj o změněné formě podání léku přitom není zaznamenáván v dokumentaci klienta. Předání této informace lékaři je tak závislé na ústním předání. To považuji za rizikové s ohledem na to, že v zařízení působí více externích pracovníků, a může tak snadno dojít k tomu, že informace nebude lékaři vůbec předána. Důvodem k drcení léků je zejména to, že daní klienti mají problém s polykáním. Takový postup nelze považovat za správný, neboť některé léky se nesmí drtit nebo mohou mít po rozdrcení změněnou účinnost. Je na lékaři, aby řešil, že klient nepřijímá léky standardní cestou. Navíc, pokud by důvod této praxe spočíval pouze v polykacích obtížích klientů (poruchy polykání jsou častým příznakem demence), lze využít některých z volně prodejných přípravků, které polykání léku usnadní a zároveň neovlivní jeho účinnost ani vstřebávání.[68]

66 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.

67 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").

68 Např. tzv. gel pro snadné polykání léku.

Jako nepřípustnou praxi hodnotím, že klientům odmítajícím léky, jsou podány skrytě v jídle.[69] Skryté podávání medikace, tzv. „couvert medication“, představuje z etického hlediska vážný problém, neboť dochází k obcházení autonomie vůle jednotlivce a je vážným způsobem narušován vztah důvěry mezi klientem a personálem zařízení. Podle odborné veřejnosti je skrývání medikace, kterou pacient nechce přijmout obvyklým způsobem, špatnou praxí.[70]

Pokud klient odmítá léky, je především nezbytné upozornit lékaře. Pro skryté podání léků bez souhlasu však nepostačí pouhé rozhodnutí lékaře o tom, že klientovi mají být podávány určité léky. 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 vší pravděpodobností k vážnému poškození zdraví.[71] Takové rozhodnutí musí být náležitě zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.

26) Léky bezpečně ukládat tak, aby k nim měl přístup pouze personál oprávněný s nimi nakládat (průběžně).

27) Informovat lékaře o tom, že klient má problém s polykáním léku. Drcení léku konzultovat s lékařem vždy předem, a ve vztahu ke konkrétním klientům mít od lékaře písemné stanovisko v dokumentaci (průběžně).

28) K léčbě bez souhlasu klienta přistupovat pouze při splnění zákonných podmínek (průběžně).

17. Zdravotní péče

Lidem žijícím v domovech pro seniory náležejí všechna práva a povinnosti pojištěnce a pacienta vyplývající z obecných právních předpisů.[72] Mají nárok na poskytnutí hrazené ošetřovatelské a rehabilitační péče, kterou má poskytovatel sociálních služeb zajistit prostřednictvím vlastních zaměstnanců s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání.[73] Také mají právo na místně a časově dostupné zdravotní služby, na volbu poskytovatele zdravotních služeb nebo povinnost podrobit se preventivním prohlídkám,[74] přičemž povinností poskytovatele je pomoci klientům tato práva realizovat.[75]

69 Jedná se o klientku M, která podle sdělení zdravotních sester léky plive.

70 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 104.

71 Ustanovení § 38 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

72 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 o zdravotních službách.

73 Ustanovení § 36 zákona o sociálních službách.

74 Ustanovení § 11 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění.

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

Pro případy akutních zdravotních obtíží klientů by měl být v domovech nastaven jasný postup pro jejich řešení, aby byla klientům poskytnuta potřebná pomoc včas a nedocházelo k ohrožení jejich zdraví.[76]

Klientům není zajištěna preventivní gynekologická a stomatologická péče, ale je zprostředkována až v případech urgentní potřeby. Jsem si vědoma toho, že někteří klienti mají německé privátní pojištění a financování této péče může být v jejich případě odlišné. Také chápu, že klienty nelze k preventivním prohlídkám nutit. Všichni klienti však mají právo na zprostředkování preventivní péče, pokud si ji přejí. Zařízení by proto mělo všem klientům aktivně nabízet možnost preventivních prohlídek, a v případě zájmu klientů ji také zprostředkovat (včetně zjištění způsobu financování).

Podle interního pokynu zařízení má být v případě nalezení klienta v bezvědomí nejprve přivolána ředitelka či zástupce a až následně rychlá záchranná služba. To nepovažuji za správné, neboť úkolem ředitelky v zařízení není posuzování zdravotního stavu (které navíc nelze učinit po telefonu) a rozhodování o tom, zda má být přivolána rychlá záchranná služba. Takové nastavení vytváří bezdůvodné prodlevy při volání rychlé záchranné služby. Ze sdělení zdravotních sester pak vyplývá, že v zařízení neplatí jednotná praxe, kdy je nejprve volán ošetřující lékař a kdy přímo rychlá záchranná služba. Považuji proto za nutné v zařízení stanovit jasná pravidla pro postup v situacích akutních zdravotních obtíží klientů a s těmito pravidly obeznámit všechny zaměstnance. Jedině tak lze zajistit, že v akutních situacích bude personál postupovat hladce a bez zbytečných prodlev.

Nedostatky dokumentace se obecně zabývám v 30. kapitole. Na tomto místě však upozorňuji na konkrétní případy zdravotních obtíží klientů, kde nedostatky v dokumentaci vyvolávají pochybnosti o řádně poskytnuté péči.

V sesterských hlášeních týkajících se **klientky K** je od 24. 2. do 3. 3. 2022 zaznamenána dušnost, zhoršené dýchání, lapání po dechu a jednou rovněž zvýšená teplota. Podle zápisu v sesterském hlášení byla dne 3. 3. 2022 přivolána rychlá záchranná služba kvůli prosakující PEG.[77] Ze zápisu rovněž vyplývá, že klientka byla hospitalizována na interním oddělení nemocnice s podezřením na zápal plic. Dne 7. 3. 2022 klientka v nemocnici zemřela. Dokumentace klientky neposkytuje dostatek informací pro posouzení poskytované péče. Ačkoliv se klientka podle zápisů potýkala s dýchacími obtížemi celý týden, v záznamech často chybí informace o tom, jak personál na zdravotní obtíže klientky reagoval. Za závažné považuji, že ze sesterských hlášení ani jiné dokumentace klientky nelze zjistit, zda byl o zdravotních obtížích klientky vůbec informován její ošetřující lékař.

Ze záznamů PSS o **klientce D** vyplývá, že dne 25. 12. 2021, a dále dne 7. a 8. 1. 2022 klientka chodila a padala k jedné straně. Z daného záznamu však není jasné, zda byla tato informace pracovnicemi v přímé péči postoupena zdravotním sestrám, a jak na situaci personál reagoval. Dne 25. 1. 2022 dále pracovnice v přímé péči zaznamenaly, že klientka má spadlý koutek, přičemž podle záznamu byla informována zdravotní sestra. Informování zdravotní sestry považuji za správné. Ze sesterských hlášení ani jiné dokumentace ke klientce však

76 Standard kvality sociálních služeb č. 14.

77 Perkutánní endoskopická gastrostomie.

nevyplývá, jak zdravotní sestry s touto informací naložily (např. zhlédnutím klientky, nastavením zvýšeného dohledu, informováním ošetřujícího lékaře apod.). Upozorňuji, že spadlý koutek, stejně jako padání či chůze k jedné straně, může být příznakem cévní mozkové příhody. Z tohoto důvodu považuji za zarážející, že dokumentace (vč. zdravotnické) tyto příznaky nijak nereflektuje, neobsahuje zadání ke kontrole ani navazující popis zdravotního stavu klientky. Není vůbec jasné, zda byl stav klientky konzultován s ošetřujícím lékařem.

Upozorňuji, že neposkytnutí náležité péče může být postup v rozporu se zákonem dosahující až intenzity špatného zacházení. Jsem si vědoma toho, že uvedené příklady lze vysvětlit nedostatky v dokumentaci a mým cílem není obviňování personálu zařízení. Faktem však zůstává, že nedostatky v dokumentaci klientů jsou velmi závažné, neboť skutečnost, zda byla klientkám poskytnuta náležitá péče, nelze kvůli nedostatečné dokumentaci ověřit. Apeluji na přijetí preventivních kroků. Konkrétně doporučuji provést interní kontrolu vedení dokumentace (viz opatření v 30. kapitole). Jsem přesvědčena, že interní kontrola může zabránit opakování případného pochybení a přinese zařízení cennou zpětnou vazbu.

29) Zajistit klientům možnost pravidelných preventivních lékařských prohlídek (průběžně).

30) Stanovit přesná pravidla, jak řešit akutní zdravotní obtíže klientů (do 2 měsíců).

18. Individualizovaná péče

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. 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.[78] K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti.[79] 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.

Podle sdělení personálu mají demenci všichni klienti až na jednu klientku. To, že má klient demenci, se zdravotní sestry dozví z lékařské zprávy klienta. Stádia demence však nejsou nijak dále hodnocena. Žádný personál nemá informace o typu ani aktuální fázi demence jednotlivých klientů. Ze sociální dokumentace vyplývá, že u některých klientů byly v minulosti zpracovány MMSE testy, naposledy však v roce 2019. Individuální plány klientů jsou zcela nedostatečné a působí formálním dojmem. Jejich obsahem je obecné mapování schopností klienta a péče o něj. Neodráží jejich individuální potřeby s ohledem na fázi demence a nenastavují osobní cíle včetně konkrétních kroků k udržení schopností klienta.

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

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

Personál otevřeně přiznal, že individuální plány považuje za zbytečnou administrativu a při práci s klientem je nevyužívá.

Současné nastavení shledávám jako nepřípustné. Bez aktuálních poznatků o onemocnění klienta a jeho specifických potřebách zařízení nelze poskytovat péči odborným a individuálním způsobem. Přístup personálu je tak zcela intuitivní, neboť personál dělá to, co si myslí, že klient potřebuje či co si přeje, ačkoliv opak může být pravdou. To představuje vysoké riziko špatného zacházení s klientem. Riziko spočívá především ve ztrátě dovedností klienta, prohlubování jeho závislosti na poskytované péči a zanedbání péče v oblastech, kde klient nedostává dostatečnou podporu. Apeluji na zařízení, aby u všech klientů s demencí provedlo test kognitivních funkcí a podle výsledku vyžádalo diagnostiku od lékaře a nastavení adekvátní péče. To musí mít odraz v individuálních plánech klientů.

Skutečnost, že personál vnímá současné individuální plány pouze jako administrativní zátěž, může logicky vycházet z toho, že aktuální individuální plány neobsahují užitečné informace o klientovi, a nemohou tak sloužit k poskytování adekvátní odborné péče. Situace, kdy administrativní zátěž spojená s tvořením individuálních plánů není vyvážena přínosem odborných poznatků ke zlepšení poskytované péče, pak vede k tomu, že personál tento nástroj vůbec nevyužívá. To opět následně vede k tomu, že individuální plány nejsou aktualizovány a stává se z nich pouze formální záležitost.

31) Spolupracovat s lékařem klienta, pravidelně provádět testy kognitivních funkcí a sledovat fázi onemocnění. Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobit stádiu, ve kterém se syndrom demence nachází (průběžně).

32) Informaci o aktuálních potřebách a rizicích, a nastavení správné péče zaznamenat do individuálního plánu klienta. Individuální plány systematicky realizovat a přehodnocovat (průběžně).

19. Klient s náročným chováním

Poskytovatel je ze zákona povinen poskytovat službu individuálním, důstojným způsobem a vytvořit takové podmínky, jež klientům umožní naplňovat jejich lidská i občanská práva a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby.[80] Z tohoto požadavku vyplývá povinnost prevence a zvládání náročného chování klientů. 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.

Zařízení nemá zpracovanou metodiku pro zvládání náročného chování klientů, která by obsahovala, co vše může být náročným chováním klienta, kdo a jaké postupy má uplatnit při řešení situace. Z rozhovorů s personálem, záznamů PSS i sesterských hlášení přitom vyplývá, že u několika klientů k náročnému chování občas dochází. Možné projevy

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

náročného chování a postup při jejich řešení jsou však popsány v plánech péče pouze některých z nich. Ze záznamů PSS vyplývá, že personál některé projevy klientů nedokáže identifikovat a považuje je za naschvály a drzost klientů.[81] Upozorňuji, že pokud nejsou stanovena jasná pravidla, co je náročným chováním (a kdo a jaké postupy uplatní při jeho řešení), nelze mu ani předcházet, ani na něj správně reagovat. U klientů by měl být prováděn rozbor situací a chování, které je hodnoceno jako náročné. 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.

Podle sdělení personálu je náročné chování klientů řešeno snahou o slovní zklidnění, případně odvedením jejich pozornosti. Ze zápisů v dokumentaci však vzniká pochybnost, že v zařízení může docházet také k excesům, kdy jsou projevy klienta ignorovány, nebo jsou za ně klienti trestáni.[82] Žádoucí chování je naopak vynucováno skrze poskytnutí sladkostí či cigaret.[83] **Jakékoliv negativní hodnocení klientů za projevy jejich onemocnění či ignorování jejich projevů považuji za nepřijatelné.** Takový přístup může vést k opomíjení potřeb klienta, případě jej podněcovat k dalším projevům náročného chování. Vzniká tak riziko nejen zanedbání potřebné péče, ale i zhoršování jejich psychického stavu. Jsem přesvědčena, že neschopnost náročnému chování klientů předcházet či na něj správně reagovat vychází z nedostatečné znalosti problematiky náročného chování klientů s demencí obecně a z nedostatečného povědomí personálu o individuálních potřebách klientů.

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

20. Náplň dne

Denní harmonogram (režim) v zařízení by měl jednak respektovat přirozený denní rytmus a jednak v maximální možné míře vyjít vstříc individuálním zvyklostem a potřebám klientů. Na prvním místě by měla být potřeba klienta, která by neměla být potlačena provozními důvody ani snahou personálu vše stihnout.

Náplň dne je u všech klientů prakticky stejná a spíše reflektuje chod zařízení, provádění ošetřovatelských úkonů a přímé obslužné péče podle harmonogramu. Běžný den většiny

81 Zde odkazuji na záznamy PSS o klientce D ze dne 16. 6. 2021 „Jedla **naschvál** i jídlo u jiného stolu.“ Dále záznamy PSS o klientce L ze dne 13. 11. 2021 „Kradla dobroty personálu. Hledala něco na chodbě? **Drzá**.“ nebo dne 31. 12. 2021 „Mlátila personál. **Drzá**.“

82 Zde odkazuji na plán péče klientky B. V sekci Další důležité informace je uvedeno: „Klientce nutno odpustit, že často nadává sprostě, když se dožaduje jídla. Argumentovat, že opravdu jedla je zbytečné, nutno přistoupit ke kompromisu – buď omluvou a dát jí jídlo ještě jednou (to však někdy nepomáhá) nebo nejlépe dát jí sušenku a **její rozčílení ignorovat**. Tímto svým chováním se často dostává do konfliktu s ostatními klienty, kteří jsou na straně personálu, a to zbytečně vyvolává hádky.“ Dále viz záznamy PSS o klientce J ze dne 14. 11. 2021 „Dnes pomlouvala personál **→na svém pokoji**.“

83 Viz záznamy PSS o klientovi F ze dne 14. 2. 2021 „Byl šikovný a cvičil**. Za odměnu jezdil kouřit**.“

klientů sestává ze vstávání a uléhání, provádění hygieny, podávání stravy a sledování televize v obývacím pokoji, kam jsou klienti mezi jednotlivými jídly přemísťováni (aktivizačním činnostem se věnují více níže v 21. kapitole).

Jako problematické považuji provádění ranní hygieny klientů velmi časně ráno. Podle sdělení personálu je hygiena prováděna ráno, pokud „klienti nejsou hotoví už z noční směny". Provádění ranní hygieny již při noční směně vyplývá rovněž z individuálních plánů několika klientů.[84] Takový zásah do spánku může být zbytečně zatěžující a narušit přirozený rytmus dne. Samozřejmě je nutné zohlednit konkrétní situaci a potřeby klienta, např. aktuální střevní potíže. Vzbuzení velmi časně ráno je možné rovněž u klienta, který takto časně vstával celý život. Půjde však o individuální případy klientů, kteří mají mít takovou informaci zaznamenanou v individuálním plánu. Nelze však upřednostnit rozvrh práce před spánkem klienta a jeho individuálními potřebami. V tomto ohledu mám rovněž výhradu k plošnému ukládání klientů ke spánku již brzy po večeři, kdy jsou všichni klienti už před 18. hodinou na lůžku. Upozorňuji, že denní rytmus, který neodpovídá individuálním potřebám klienta, může vyvolat neklid nebo agresivní chování klienta. O tom svědčí i záznamy PSS o některých klientech, ze kterých však vyplývá, že personál považuje tyto projevy za nežádoucí chování.[85]

34) Nastavit denní režim tak, aby respektoval princip normality a odrážel individuální přístup ke klientům (bezodkladně).

21. Aktivizační a volnočasové 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 schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a profitují z programových aktivit,[86] 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.[87] Aby bylo možné tyto zásady dodržovat, personál zařízení musí jednak znát potřeby klientů a rizika vycházející z aktuální fáze demence, ve které se nachází, a jednak také počet personálu musí být dostačující.

Klienti se v současnosti neúčastní žádných aktivit mimo zařízení. Přímo v zařízení působí jedna aktivizační pracovnice, a to jednou týdně. Spektrum aktivit sestavuje zpravidla aktivizační pracovnice sama s výjimkou jednorázových akcí, na jejichž plánování se podílí také sociální pracovník a ředitelka zařízení. Jako problematické shledávám, že aktivizační pracovnice nemá povědomí o tom, v jakém stádiu demence se klienti nachází. Výběr aktivit není provázán s individuálními plány klienta ani není zjišťováno, jaké aktivity by klientům

84 Zde odkazuji na individuální plán klientky J, klientky A, klientky K.

85 Viz záznamy PSS o klientovi C ze dne 12. 10. a 13. 10. 2021. „Večer agresivní při ukládání do postele." „Večer klient do šesti hodin hodný, potom měl tendence vylézat z postele."

86 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 P-PA-IA, s. 5).

87 Strategie P-PA-IA, s. 4–5, 8.

prospívaly či o jaké aktivity by klienti stáli. Aktivizační pracovnice intuitivně vybírá aktivity podle toho, aby odpovídaly dětem do 6 let věku, a zaměřují se např. na dané roční období. Většinou se jedná o povídání, zpívání, hraní společenských her a kreativní tvoření. Obecný roční plán aktivit je dostupný v německém jazyce v jídelně. Aktivity jsou nabízeny zhruba šesti klientkám, které se zapojují opakovaně. Klienti, kteří se běžně aktivit neúčastní, nejsou k zapojení motivováni ani jim nejsou nabízeny jiné alternativy. V době návštěvy tak panovala naprosto nevyhovující praxe, kdy jedinou aktivitou dne velké části klientů bylo sezení u televize či poslouchání rádia v pokoji.

Převážně ležící klienti tráví celý den na lůžku, případně jsou dopoledne přemístěni na polohovacím vozíku do obývacího pokoje k televizi. Podle sdělení personálu jsou klienti na lůžku navštěvováni spíše za účelem ošetřovatelských úkonů a poskytování přímé obslužné péče, do aktivit nejsou zapojováni. Zdravotní sestry provádí s hůře pohyblivými klienty tzv. sesterskou rehabilitaci. Ta spočívá v promasírování končetin a pasivních pohybech kloubů. Provedení sesterské rehabilitace se však nezaznamenává do dokumentace klienta, a nelze tak ověřit její frekvenci. Sesterskou rehabilitaci vnímám jako snahu o alespoň nějakou rehabilitaci klientů. Nicméně, jako efektivnější řešení shledávám odborné školení několika pracovnic na bazální stimulaci a zajištění, aby tato péče byla poskytována řádně (včetně dokumentace) a pravidelně.

35) Nabízet aktivizační činnosti všem klientům (i těm s větší mírou závislosti na poskytované péči), a to tak, aby odpovídaly jejich individuálním potřebám. Klienty podporovat také v aktivizačních a volnočasových aktivitách mimo zařízení (průběžně).

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

Oblast sexuality a intimity klientů není v zařízení tématem. Zařízení nemá pro tuto oblast vypracován žádný samostatný metodický předpis, ani k tématu dosud neproběhlo školení pracovníků. Podle sdělení ředitelky žil v zařízení v minulosti klient, který plácal pracovnice po hýždích. Jednání klienta nebylo ze strany personálu nijak řešeno. Bagatelizování situace však přináší jednak riziko zanedbání potřeb a frustrace klienta, ale také narušení profesního vztahu mezi klientem a personálem.

Práci se sexualitou a intimitou je proto nutné brát jako součást poskytování sociální služby. Upozorňuji, že vypracování metodického předpisu pro tuto oblast či proškolení pracovníků představují dílčí aktivity, které musí vyplývat ze systematické práce v této oblasti. Je důležité 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.[88]

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

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

Bezpečnost

23. Volnost pohybu

Omezení volnosti pohybu klienta může nastat jak v souvislosti s použitím opatření omezujících pohyb, tak jako jiný úkon péče, legitimně učiněný z důvodu bezpečnosti či pohodlí klienta. Je důležité, aby přijatá opatření, pokud jsou součástí specifické péče o klienty, nebyla nahodilá, neprofesionální ani výsledkem intuitivního rozhodování personálu. Musí jít o výsledek spolupráce lékaře, sester a pečujícího týmu pracovníků zařízení. Rizikové faktory a potřebu dohledu je třeba vyhodnotit u každého klienta individuálně. Na základě vyhodnocení lze stanovit individuální režim, který by měl být zaznamenán v individuálním plánu klienta.

Všechny vchody zařízení jsou celý den uzamčeny, přičemž žádný z klientů nemá klíč. Podle sdělení personálu se jedná o plošné preventivní opatření zařízení kvůli cílové skupině klientů s demencí. V zařízení se nachází klientka, která chodí na procházky samostatně. Při odchodu ze zařízení klientce odemyká personál a při návratu klepe na dveře, aby ji personál pustil dovnitř, případně může zazvonit. Z plánu péče této klientky vyplývá, že možnost opustit zařízení samostatně podléhá rovněž souhlasu rodiny.[89] Možnost opustit zařízení tak nevychází z posouzení schopností a rizik u konkrétního klienta. Plošné opatření tohoto typu považuji za nepřípustné, neboť vede k omezování volného pohybu (tedy zásahům do základních práv) i klientů, kteří by jej byli schopni. Nadto upozorňuji, že procházka klienta mimo domov není právním jednáním, takže praxe, kdy jsou tyto procházky opatrovníky zakazovány či povolovány, je nepřijatelná.[90]

37) Umožnit klientům samostatně opouštět zařízení v závislosti na individuálním vyhodnocení jejich schopností (průběžně).

38) Nepodmiňovat pohyb klientů mimo domov souhlasem rodiny či opatrovníka (průběžně).

K volnému pohybu klientů neodmyslitelně patří jejich pobyt na čerstvém vzduchu, jenž by měl být standardní součástí dne i těch klientů, kteří potřebují pomoc při samostatném pohybu. 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.

89 Zde odkazuji na Plán péče klientky E.

90 Soud stanovuje rozsah práv a povinností opatrovníka, které se týkají právního jednání. To znamená, že za opatrovaného jedná tehdy, pokud mu mají vzniknout, změnit se či zaniknout práva nebo povinnosti. Nemůže mu tedy zakazovat volný pohyb, podmiňovat možnost procházek svým souhlasem nebo rozhodovat o denním programu. Rolí opatrovníka není život opatrovaného řídit ani mu cokoli přikazovat či zakazovat. Viz HRADILOVÁ, Adéla. VOP: Kompetence opatrovníka u klientů v pobytových zařízeních. Sociální služby. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 10/2013, s. 26–27. ISSN 1803-7348.

Co se týče pobytu na čerstvém vzduchu, podle sdělení personálu je většina klientů odkázána na jejich dopomoc. Personál doprovází klienty na procházce, případně s klienty pobývají na terase. To platí za podmínky, že je teplé počasí (údajně od května). Pobyt klientů na čerstvém vzduchu není zaznamenáván, a není tedy systematicky sledován. Kvůli tomu není možné zjistit, kdy byli klienti naposledy na čerstvém vzduchu, případně z jakého důvodu se na čerstvý vzduch nedostali. Jsem si vědoma toho, že klienty nelze do ničeho nutit. Zároveň se ale u osob s demencí nelze ospravedlňovat tím, že klienti neřekli, že chtějí na vzduch (nelze automaticky předpokládat, že zvládají tento druh komunikace). Je třeba to alespoň vyzkoušet, a pokud během pobytu venku člověk jeví známky nevole, toto zaznamenat do jeho dokumentace.

39) Zajistit všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně (tj. v zásadě každý den) pobývat na čerstvém vzduchu a činit o tom záznamy do dokumentace klientů (bezodkladně).

24. Postranice

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

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,[91]
- nelze využít méně restriktivní opatření,[92]
- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, a nikoliv usnadnění práce personálu,[93]
- 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 mají být používány),
- klient, který je mobilní, musí mít možnost sám lůžko opustit.[94]

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.[95]

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

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

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

94 Zkrácená postranice, technická úprava lůžka.

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

V zařízení jsou používány postranice jako preventivní opatření proti pádu. U některých klientů rozhodl o používání zábran na lůžku lékař, přičemž indikace lékaře je uvedena ve zdravotnické dokumentaci klienta. Indikace k použití postranic je však velmi strohá a neobsahuje přesné zadání, jak mají být postranice používány (např. noc/celý den/část dne – odpolední odpočinek), případně jaká mírnější opatření lze využít. Podle sdělení personálu se v zařízení jiné prostředky než postranice k prevenci pádu nevyužívají.

Indikace k použití postranic je uvedena ve zdravotnické dokumentaci klientů, pouze u některých klientů také v plánech péče. Zároveň upozorňuji, že v některých případech si v tomto indikace lékaře s plánem péče odporují.[96] Mimo uvedené dokumenty personál nemá k dispozici autorizovaný seznam klientů, kterým mají být postranice nasazovány a kdy. V praxi tak personál v přímé péči nemá k dispozici žádný jasný návod k tomu, jak k používání postranic u jednotlivých klientů přistupovat. To vede k intuitivnímu postupu a vytváří se zcela zbytečně prostor pro zneužití postranic. Jednotlivé případy nasazení postranic navíc nejsou nikde systematicky zaznamenávány, což znemožňuje kontrolu jejich užívání.

Ze zápisů v záznamech PSS vyplývá, že postranice jsou nasazovány i klientům, u nichž nemá indikace odraz ve zdravotnické dokumentaci ani plánech péče.[97] Tomu odpovídá sdělení zdravotních sester, že užití postranic si vyhodnocují v individuálních případech samy. Považuji za závažné, že podle zdravotních sester jsou postranice využívány nejen k prevenci pádu, ale také jako omezující opatření při neklidu klienta nebo v situaci, kdy klient „přehazoval nohy přes postel“. **Upozorňuji, že používání postranic k zabránění chůze, vstání z lůžka či omezení při neklidu klienta je nezákonné opatření omezující pohyb a může představovat špatné zacházení s klienty.** Navíc může vést i k pádu a zranění klienta, pokud postranice přelézá.

40) Upustit od používání postranic a fixačních pomůcek jako nezákonného opatření omezující pohyb (bezodkladně).

41) Vnitřním předpisem upravit postup pro používání postranic a fixačních pomůcek a seznámit s ním všechny pracovníky (do 3 měsíců).

25. Fixace klientů

U fixačních pomůcek 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).

Používání fixačních pomůcek v zařízení není upraveno metodikou, nemá tedy jasně stanovená pravidla. V praxi jsou fixační pomůcky využívány k udržení klienta na vozíku nebo polohovacím křesle. O potřebě i délce fixace rozhodují zdravotní sestry spolu s pracovnicemi

96 Ze zdravotnické dokumentace klientky G vyplývá, že lékař vyhodnotil riziko pádu a indikoval použití zábran na lůžku. Z Plánu péče (sekce Zdraví, bezpečí, rizika) klientky G je uvedeno: „Klientka je vcelku schopná, nepotřebuje zábrany na posteli, neboť chodí sama na toaletu.“

97 Viz záznamy PSS o klientce L ze dne 30. 12. 2021.

v přímé péči zcela na základě vlastního uvážení. Fixace klienta (včetně vyhodnocení rizika, uvedení nutné doby) přitom není systematicky zaznamenávána v dokumentaci. Současné nastavení tak shledávám jako nedostatečné a vysoce rizikové z hlediska možného zneužití. Možné zneužívání fixačních pomůcek ukotvuji k příkladu záznamu PSS o klientce M: „Přivázaná na invalidní vozík, kvůli její bezpečnosti. Chůze s klientkou. Procvičování. Křičela celý den.“[98] Plán péče klientky přitom uvádí: „Klientka je mobilní, chodí bez jakékoliv pomůcky uvnitř domu. (…) Klientka je schopna sama sedět, vstát, stát i chodit.“ Dle plánu péče a záznamů PSS klientka není orientovaná v místě, čase a často ruší ostatní klienty, kteří na ni pokřikují a nechtějí s ní trávit čas. To však samo o sobě nezakládá riziko pádu. Domnívám se, že v tomto případě tak mohlo dojít k nezákonnému omezení pohybu klientky.

Personál dále sdělil, že k fixaci klientů jsou v některých případech využívány šály či jiné alternativy. Proto považuji za důležité podotknout, že k fixaci klientů by měly být používány pouze profesionální pomůcky určené k tomuto účelu. Používání alternativních pomůcek neurčených k tomuto účelu může představovat bezpečnostní riziko pro klienty (pomůcka může být příliš těsná a způsobit klientovi zranění, nebo naopak volná a klient může upadnout).

Opatření k nápravě formuluji v předchozí kapitole.

26. Pády

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).[99] 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 apod.). Příčiny je třeba analyzovat a hledat způsoby, jak pádům příště předejít. Do tohoto procesu by měl být zapojen celý pečující tým.

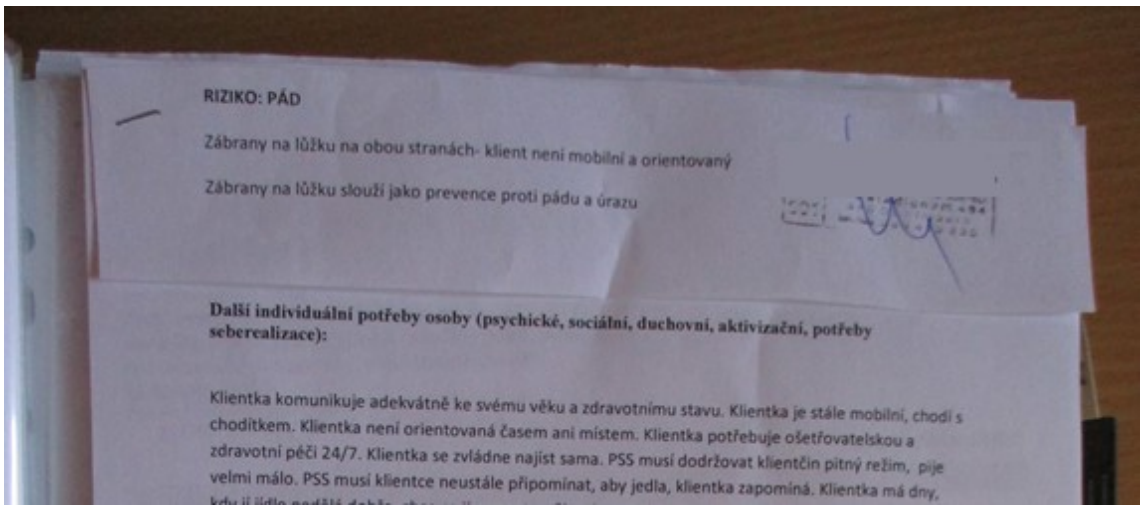
U klientů s vysokým rizikem pádu je nutné nastavit preventivní opatření: stabilní nábytek, snížené lůžko, uzavřená obuv, dostatek madel, sledovat nežádoucí účinky léků, matrace umístěná pod lůžko, chrániče kyčlí apod. Díky individualizovaným preventivním opatřením zařízení vymezí rozsah své odpovědnosti a v případě potřeby prokáže, že nezanedbalo náležitý dohled. Dále je žádoucí zavést celkovou evidenci pádů z důvodů vysledování nejčastějších příčin pádů, případně míst a denní doby. Pravidelné vyhodnocování umožní identifikovat rizikové faktory a místa, kde k pádům nejčastěji dochází.

Riziko pádu u jednotlivých klientů vyhodnocuje lékař. Podotýkám však neobvyklou formu vyhodnocení rizika pádu. Jedná se o velmi stručné sdělení, že klient je v riziku pádu a potřebuje zábrany na lůžku, neboť není orientovaný a mobilní. Sdělení má formu lístku s razítkem lékaře připevněného ke zprávě lékaře o individuálních potřebách a vyhodnocení rizik u klienta. Naprosto totožný lístek se nachází ve zdravotnické dokumentaci i jiných klientů, což vyvolává pochybnost o jeho autenticitě. Nevím, jakou roli tento lístek

98 Zde odkazuji na záznamy PSS o klientce M ze dne 6. 12. 2021.

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

na zprávách o individuálních potřebách a vyhodnocení rizik u klientů má, když je informace o vyhodnocení rizika uvedena ve zprávě lékaře. Lístek však shledávám jako rizikový v tom ohledu, že personál pracuje čistě s informací rizika pádu na lístku, a nikoliv s podrobnými informacemi ve zprávě uvádějícími, v čem konkrétně riziko u klienta spočívá. Zároveň upozorňuji na to, že v některých případech si informace na lístku a ve zprávě o individuálních potřebách a vyhodnocení rizik klienta odporují.[100] Vyhodnocení rizika pádu je dále uvedeno v plánech péče klientů. Ty však nejsou pravidelně aktualizovány, a nelze je tak považovat za dostatečný podklad pro práci s klientem. Upozorňuji, že pokud personál nemá k dispozici aktuální informace o riziku pádu konkrétních klientů, péči nelze přizpůsobit jejich individuálním potřebám.


RIZIKO: PÁD

Zábrany na lůžku na obou stranách- klient není mobilní a orientovaný

Zábrany na lůžku slouží jako prevence proti pádu a úrazu

Další individuální potřeby osoby (psychické, sociální, duchovní, aktivizační, potřeby sebercalizace):

Klientka komunikuje adekvátně ke svému věku a zdravotnímu stavu. Klientka je stále mobilní, chodí s chodítkem. Klientka není orientovaná časem ani místem. Klientka potřebuje ošetřovatelskou a zdravotní péči 24/7. Klientka se zvládne najíst sama. PSS musí dodržovat klientčin pitný režim, pije velmi málo. PSS musí klientce neustále připomínat, aby jedla, klientka zapomíná. Klientka má dny,

Obr. 9: Zpráva lékaře o individuálních potřebách a vyhodnocení rizik u klienta

Jednotlivé pády jsou zaznamenávány jednak v záznamech PSS a jednak v samostatné evidenci pádů. Musím však poukázat, že v záznamech PSS o klientech jsou zaznamenány pády, které v evidenci pádů zcela chybí.[101] Naopak v evidenci pádů jsou zaznamenány pády klientů, které nejsou zapsány v záznamech PSS.[102] Systém zaznamenávání pádů tak není veden důsledně. Upozorňuji, že pokud nejsou zaznamenávány všechny pády, nelze evidenci využít k identifikaci rizikových faktorů a prevenci dalších pádů. V takovém případě evidence představuje pouze formální povinnost, která nepřispívá k poskytování potřebné péče klientům. Nadto kritizuji, že ze záznamů PSS není jasné, jak personál na pád klienta reagoval, zda byla informována zdravotní sestra, případně přivolán lékař. Ze záznamů PSS však vyplývají případy, ze kterých vzniká podezření, že k pádu klienta vůbec není volán zdravotník, ale situaci vyhodnocují pouze pracovnice v přímé péči.[103]

100 Zde odkazuji na vyhodnocení rizika pádu ve zdravotnické dokumentaci klientky G.

101 V evidenci pádů chybí např. pády klientky D ze dne 5. 11. 2021 a 15. 12. 2021, dále pády klientky A ze dne 16. 12. 2021 a 17. 12. 2021.

102 Jedná se například o pád klientky M ze dne 2. 12. 2021.

103 Zde odkazuji na záznamy PSS o klientce A ze dne 16. 12. 2021 „Klientka spadla u výtahu. Nic se jí nestalo.“ Dále o klientce D ze dne 15. 12. 2021 „Klientka upadla (svezla se) z pohovky. Nic se jí nestalo (umí padat ☺).“

42) U každého klienta individuálně vyhodnocovat a také průběžně aktualizovat riziko pádu. Pokud dojde k pádu klienta, zaznamenat relevantní okolnosti (čas, místo, kdo byl přítomen, jak k pádu došlo, poranění, přivolání zdravotníka, ošetření atd.) a přijmout adekvátní individuální preventivní opatření (průběžně).

43) Záznamy o pádu klientů důsledně evidovat v centrální evidenci. Evidenci pravidelně vyhodnocovat a přijímat preventivní opatření (průběžně).

27. Signalizace

Zásadním předpokladem zajištění bezpečí klientů je umožnit jim přivolat personál v případě potřeby (náhlé zhoršení zdravotního stavu, akutní neklid spolubydlícího atp.). Dále by signalizace měla sloužit i k tomu, aby (nejen) imobilní klient mohl přivolat pracovníka, pokud potřebuje vysadit na toaletu či vyměnit inkontinenční pomůcku. Pokud klient nemá na dosah funkční signalizaci, je odkázán buď na pomoc spolubydlícího, nebo musí personál přivolat křikem. Obojí může být zvláště v noci obtěžující pro ostatní klienty. Vzájemné vyrušování se může negativně odrazit ve vztazích mezi nimi a je potenciálním zdrojem napětí a konfliktů. Za standardní je nutno považovat signalizaci dostupnou z lůžka a koupelny/toalety.

V pokojích a koupelnách klientů se nenachází signalizace, a to ani u klientů, kteří se nachází celý den v lůžku. Podle sdělení personálu si v případě potřeby musí klient o pomoc zakřičet. Křičení klienta o pomoc považuji za nepřípustné, neboť se tím umocňuje pocit opuštěnosti a bezmocnosti klienta. Na skutečnost, že si klient o pomoc zavolá, navíc nelze spoléhat, neboť velká část klientů již nekomunikuje verbálně. Rovněž je nutno vzít v potaz, že klient může mít zdravotní komplikace, které mu volat o pomoc neumožní (např. dušnost). Stěžejní je možnost přivolat si personál v případě potřeby. Z tohoto důvodu nemůže být signalizační zařízení nahrazeno jiným opatřením jako například pravidelnými kontrolami pokojů.

44) Zajistit funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou schopni je s ohledem na své kognitivní postižení ovládat, a to tak, aby na ně z lůžka dosáhli (do 2 měsíců).

Personál

28. Výkon pozice sociálního pracovníka

Obsah výkonu pozice sociálního pracovníka vymezuje zákon o sociálních službách. Jedná se například o sociální šetření, řešení sociálně právních problémů, sociálně právní poradenství či analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti.[104] Pro výkon pozice sociálního pracovníka zákon o sociálních službách rovněž stanovuje kvalifikační podmínky.[105]

Pozice sociálního pracovníka je obsazena pracovníkem, který v zařízení působí na částečný úvazek. Zařízení je k dispozici každý pátek na dobu jedné až dvou hodin, případně dle potřeby. Přesná náplň práce a kompetence sociálního pracovníka nejsou jasně stanoveny.[106] Z rozhovorů s personálem tak vyplývalo, že na výkonu obsahu pozice sociálního pracovníka se účastní více různých pracovníků zařízení.

Upozorňuji, že pokud kompetence sociálního pracovníka (a personálu obecně) nejsou jasně vymezeny, vzniká zbytečný prostor pro chybovost práce. Neurčité sdílení pracovní náplně mezi vícero pracovníky totiž vytváří riziko, že jednotlivé funkce budou vykonávány duplicitně (potenciálně odlišně) a naopak jiné funkce mohou být zcela opomenuty. Při současném nastavení práce rovněž hrozí obcházení zákona, neboť výkon pozice sociálního pracovníka může být vykonáván i personálem, který pro pozici nesplňuje zákonné kvalifikační předpoklady.

45) Jasně vymezit kompetence jednotlivých pracovníků. Zajistit, aby jednotlivé pozice vykonával vždy pouze personál s dostatečnými kvalifikačními předpoklady (do 3 měsíců).

29. Výměna informací mezi pracovníky

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.[107] Zároveň by měly být v co největší míře chráněny osobní informace o klientech s ohledem na předcházení jejich zneužití.

104 Ustanovení § 109 zákona o sociálních službách.

105 Ustanovení § 110 zákona o sociálních službách.

106 To vyplývá například z toho, že ředitelka sdělila, že individuální plány klientů tvoří pracovnice v přímé péči spolu se sociálním pracovníkem. Sociální pracovník však sdělil, že na tvorbě individuálních plánů se nepodílí. Pracovnice v přímé péči sdělila, že sociální pracovník spolu se zdravotní sestrou rozhoduje o přijetí klienta do služby. Sociální pracovník naopak sdělil, že při příjmu klienta do služby zajišťuje komunikaci s rodinou a působí spíše jako „překladatel".

107 Standard kvality sociálních služeb č. 10 e).

Denní služby na pozici zdravotních sester jsou zajišťovány především externě, a to několika pracovnicemi z Charity. Kvůli častému střídání několika zdravotních sester, mají tyto pracovnice směnu pouze párkrát v měsíci. Uvědomuji si obtížnost zajištění stálého personálu v zařízeních sociálních služeb a oceňuji snahu zařízení zajistit dostatečný počet zdravotních sester. Musím však upozornit, že časté střídání pracovnic vede k tomu, že zdravotní sestry nemají dostatečný přehled o dění v zařízení, a tak nemohou sledovat průběžné změny u klientů. V zařízení navíc nepůsobí vrchní sestra, která by práci zdravotních sester koordinovala, a sbíhaly se u ní informace týkající se zdravotní péče. Podle sdělení zdravotních sester si informace předávají především ústně při předání směny, případně nahlédnou do dokumentace klienta či sesterských hlášení. V současném nastavení však shledávám riziko, že některé informace mezi zdravotnickým personálem nebudou předávány, ale zapadnou v cyklu předávání směn. **Pokud není v možnostech zařízení zajištění stálého týmu zdravotnického personálu, považuji za vhodné zavedení a stálé obsazení alespoň pozice staniční či vrchní sestry, která by byla přítomna během týdne a měla přehled o všech klientech.**

Pracovnice v přímé péči zaznamenávají některé úkony do červených sešitů (v textu jako „záznamy PSS“), přičemž informace o průběhu směny si předávají ústně při předávání směny. Co se týká spolupráce ošetřovatelského a pečovatelského úseku, není spolehlivě zajištěno předávání všech důležitých informací o klientech. Předávání informací směrem od pracovnic v přímé péči ke zdravotním sestrám nemá jasné zadání. Pracovnice v přímé péči předávají ty informace, které samy intuitivně vyhodnotí jako důležité pro zdravotní sestry. Zdravotní sestry předávají informace pracovnicím v přímé péči pouze ústně. Ve zbytku pracovnice v přímé péči pracují s pokyny v plánech péče (např. informace o tom, že klientovi nesmí podávat sladká jídla). To však nelze považovat za dostačující, neboť plány péče nejsou nástrojem k předávání průběžných informací o klientovi.

Společné porady personálu se konají jednou měsíčně. Podle sdělení personálu se však společné porady účastní pouze ti pracovníci, kteří mají v den jejího konání službu. Společnou poradu tak nelze považovat za prostředek ke sdílení informací mezi veškerým personálem a vzájemné koordinace práce.

46) Zajistit efektivní předávání informací mezi personálem (průběžně).

30. Vedení dokumentace

Průběh poskytování sociální služby musí být plánován dle osobních cílů, potřeb a schopností klientů. O průběhu poskytování služby má zařízení vést písemné individuální záznamy a pravidelně je vyhodnocovat. To vše za účasti klientů a jejich opatrovníků.[108] Zaznamenávání informací o klientech by mělo být nastaveno tak, aby umožňovalo komplexní a efektivní práci s klientem.

Plány by měly být v pravidelných intervalech vyhodnocovány, aby bylo možné sledovat spolupráci pracovníka s klientem a zjistit, zda je klientovi poskytována potřebná míra podpory. Pokud nejsou požadavky a potřeby klienta náležitě zjišťovány a vyhodnocovány,

108 Ustanovení § 88 písm. f) zákona o sociálních službách.

může se stát, že bude klientovi poskytnuta péče nevhodná. Neindividualizované plánování může vést k posilování závislosti na poskytované péči a špatnému zacházení s klientem.

Zdravotnická dokumentace musí obsahovat informace o zdravotním stavu klienta a o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb.[109] 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 možné flexibilně v případě potřeby dohledat a dokumentace nebude plnit svůj účel.

Dokumentace v zařízení je vedena zmatečně. Průběžné záznamy o klientovi a poskytované péči se vedou odděleně pro ošetřovatelskou a přímou obslužnou péči, přičemž každá část je navíc evidována v několika různých dokumentech a ukládána na různých místech.[110] Pro zjištění stavu klienta je tak nezbytné listovat a studovat různé sady záznamů. Záznamy PSS o průběhu služby jsou vedeny pro každého klienta zvlášť. Pro zjištění aktuálních informací o klientech tak pracovnice v přímé péči musí studovat 16 sešitů. Již samotné tyto problémy ztěžují přehlednost a rychlou orientaci v dokumentaci. Nadto trpí nedostatky, které přináší riziko úniku cenných informací o klientech potřebných k poskytování adekvátní péče.

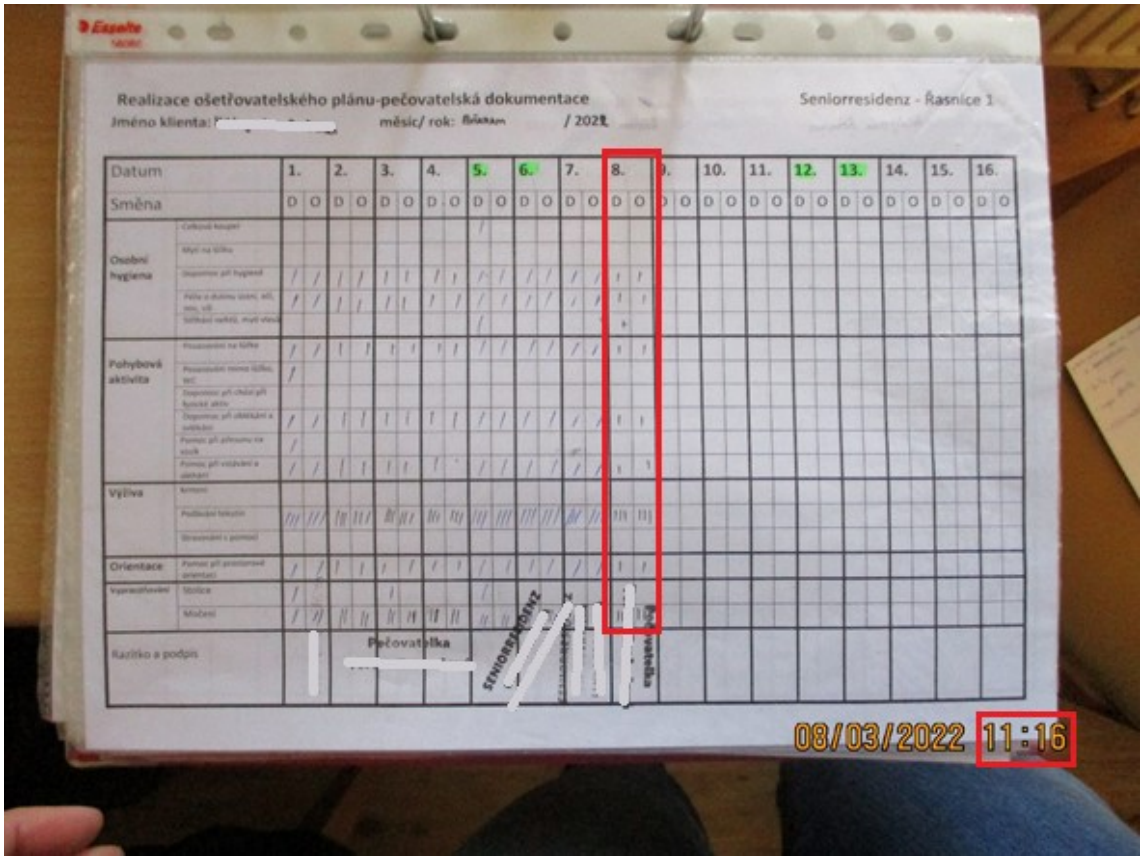
Nedostatky individuálních plánů se zabývám výše v 18. kapitole. Zde poukazuji na to, že individuální dokumentace klientů má rozdílnou úroveň podle toho, kdy klient nastoupil do zařízení, přičemž žádná dokumentace klientů nebyla od roku 2019 aktualizována. Zápisy v záznamech PSS jsou poměrně nahodilé – někdy je zaznamenáváno, zda klient jedl, jiný den je zaznamenáno, zda se účastnil aktivizací, jiný den například, že za klientem přišla návštěva. To odráží skutečnost, že pracovnice v přímé péči nemají jasné zadání, co má být o klientech zaznamenáváno. Záznamy „beze změny“ či „trávil den podle svého“ neposkytují žádné informace o stavu klienta. Celkově shrnuji, že záznamy PSS jsou velmi stručné, nahodilé a nemají vypovídající hodnotu. To vyvolává dojem, že pracovníci s dokumentací příliš nepracují, ale je vedena pouze formálně. Výslovně kritizuji to, že ze záznamů PSS ani sesterských hlášení často není jasné, zda zdravotní obtíže a pády klientů byly hlášeny zdravotní sestře, případně ošetřujícímu lékaři a jak byla zajištěna následující péče.

O formálním charakteru vedení dokumentace vypovídá také to, že některé záznamy jsou falšovány. Zde odkazuji na zaznamenávání příjmu tekutin v dokumentu „Realizace ošetřovatelského plánu“. Záznamy tekutin personál zapisuje dopředu, a nereflektují tak skutečný stav.[111]

109 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].

110 Průběžné informace o klientovi jsou zaznamenávány v Denních/nočních hlášeních o průběhu služby, měsíčním dekurzu klienta, sesterských hlášeních, v Realizaci ošetřovatelského plánu a záznamech PSS.

111 Dne 7. 3. 2022 (první den systematické návštěvy) byly záznamy příjmu tekutin klientů vyplněny za celý den již ve 14:30 hod., kdy byla vyžádána dokumentace klientů. Dne 8. 3. 2022 (druhý den systematické návštěvy) byl příjem tekutin klientů za celý den předem zaznamenán již v 11:16 hod.



Falšování dokumentace považuji za závažný nedostatek a postup v rozporu se zákonnými požadavky. S ohledem na skutečnost, že dochází k falšování záznamů o zajištění základní životní potřeby, shledávám tento exces za vysoké riziko špatného zacházení s klienty. Zároveň snižuje důvěru v jakoukoli další dokumentaci vedenou v zařízení. Apeluji na zařízení, aby provedlo interní kontrolu vedení dokumentace klientů a v rámci vzdělávání personálu se zaměřilo na **přehlednost, pravdivost a výstižnost vedení dokumentace**.

47) Provést interní kontrolu a nastavit změny vedení dokumentace klientů tak, aby vedená dokumentace odpovídala skutečnosti (do 2 měsíců).

Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• Schránku na stížnosti doplnit o písemné (či obrázkové) informace o stížnostním mechanismu ve srozumitelném a jednoduchém jazyce a umístit ji na místo umožňující důvěrné podání stížnosti (opatření č. 12). • Klienty opakovaně informovat o možnosti stěžovat si (opatření č. 13). • Nastavit denní režim tak, aby respektoval princip normality a odrážel individuální přístup ke klientům (opatření č. 34). • Zajistit všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně (tj. v zásadě každý den) pobývat na čerstvém vzduchu a činit o tom záznamy do dokumentace klientů (opatření č. 39). • Upustit od používání postranic a fixačních pomůcek jako nezákonného opatření omezující pohyb (opatření č. 40).
Do 2 měsíců	• Stanovit přesná pravidla, jak řešit akutní zdravotní obtíže klientů (opatření č. 30). • Zajistit funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou schopni je s ohledem na své kognitivní postižení ovládat, a to tak, aby na ně z lůžka dosáhli (opatření č. 44). • Provést interní kontrolu a nastavit změny vedení dokumentace klientů tak, aby vedená dokumentace odpovídala skutečnosti (opatření č. 47).
Do 3 měsíců	• Prostředí a vybavení domova přizpůsobit potřebám klientů s demencí, zejména zajistit možnost volného a bezpečného pohybu uvnitř zařízení, odstranit dezorientační prvky a nahradit je prvky podporujícími orientaci klientů v realitě (opatření č. 1). • Zajistit prostor pro trávení dne včetně bezpečného venkovního prostoru (opatření č. 2). • Zajistit klientům vhodný způsob uzamykání pokojů klientů a možnost využívat uzamykatelný prostor k uložení osobních věcí, a to na základě vyhodnocení individuálních schopností a následné minimalizace rizik u každého z nich (opatření č. 3). • Zajistit možnost zcela uzavřít dveře na toaletě v pokojích klientů. Řetízkové zámky na společných toaletách nahradit zámky se systémem pohotovostního odemykání (opatření č. 4). • Vnitřním předpisem upravit postup pro používání postranic a fixačních pomůcek a seznámit s ním všechny pracovníky (opatření č. 41).

	• Jasně vymezit kompetence jednotlivých pracovníků. Zajistit, aby jednotlivé pozice vykonával vždy pouze personál s dostatečnými kvalifikačními předpoklady (opatření č. 45).
Do 1 roku	• Alternativou k opatření 1) a 2) je opuštění stávajících prostor a nalezení jiných prostor vhodných pro poskytování služby domova pro seniory (opatření č. 2).
Průběžně	• Přímou obslužnou péči vždy provádět v soukromí při zavřených dveřích (opatření č. 5). • Nepřistupovat k plošnému centrálnímu ukládání osobních dokladů klientů u personálu (opatření č. 6). • Respektovat důstojnost klientů a v maximální možné míře je zapojovat do rozhodování o každodenních záležitostech. V oblastech, ve kterých klientovi pokročilé onemocnění brání zcela autonomně uplatňovat svoji vůli, zajistit management potřeb (opatření č. 7). • Vést v patrnosti rozsah omezení svéprávnosti klientů a zohledňovat jej při poskytování sociální služby (opatření č. 8). • Důsledně zaznamenávat a vyhodnocovat všechny projevy klientů vyjadřující nesouhlas s pobytem v zařízení, zda se jedná o vážně míněný nesouhlas. V kladném případě informovat soud (opatření č. 9). • Zajistit, aby personál ovládal jazyk klientů na úrovni adekvátní pro poskytování péče a pravidelně zajišťovat školení v tématu komunikace s klientem s demencí (opatření č. 10). • Soustavně edukovat personál o nezbytnosti chovat se ke klientům s respektem, jako k dospělým lidem, a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (opatření č. 11). • Důsledně sledovat a hodnotit váhu klientů. U klientů, kteří nejsou schopni postavit se na váhu, používat alternativní metody (opatření č. 14). • Případný váhový úbytek klientů konzultovat s nutričním specialistou a stanovit navazující postup (opatření č. 15). • Vyhodnotit, u koho má být příjem stravy (a/nebo tekutin) preventivně sledován. U těchto klientů pořizovat objektivizované záznamy, ze kterých bude zjevné, zda klient snědl celou porci, polovinu, čtvrtinu, příp. kolik vypil tekutin (opatření č. 16). • Záznamy o příjmu stravy a tekutin dále pravidelně vyhodnocovat a ve spolupráci s nutričním specialistou stanovit navazující postup (opatření č. 17). • Zajistit, aby klientům s demencí bylo jídlo k dispozici celý den (opatření č. 18). • Zajistit při dopomoci u jídla poklidnou atmosféru, dbát na projevy klienta a podpůrnou komunikaci (opatření č. 19).

- Při mechanické úpravě stravy upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (opatření č. 20).
- Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, celkovou koupel však nejméně dvakrát za 7 dnů (opatření č. 21).
- Řádně vyhodnotit a nastavit mikční režim klientů. Sledovaný mikční režim důsledně zaznamenávat v individuální dokumentaci klientů (opatření č. 22).
- Pravidelně vyhodnocovat riziko vzniku dekubitů. U klientů s rizikem vzniku dekubitů preventivními opatřeními předcházet vzniku rány (opatření č. 23).
- V dokumentaci klientů evidovat vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, a případně rovněž plán a záznamy o polohování s určením času a části těla. O vzniku rány vždy informovat zdravotnický personál a důsledně zaznamenávat informace o stavu a ošetření rány (opatření č. 24).
- U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost zkoumání, zda nemají depresi. Stanovit v té souvislosti zadání a povinnosti pro personál (opatření č. 25).
- Léky bezpečně ukládat tak, aby k nim měl přístup pouze personál oprávněný s nimi nakládat (opatření č. 26).
- Informovat lékaře o tom, že klient má problém s polykáním léku. Drcení léku konzultovat s lékařem vždy předem, a ve vztahu ke konkrétním klientům mít od lékaře písemné stanovisko v dokumentaci (opatření č. 27).
- K léčbě bez souhlasu klienta přistupovat pouze při splnění zákonných podmínek (opatření č. 28).
- Zajistit klientům možnost pravidelných preventivních lékařských prohlídek (opatření č. 29).
- Spolupracovat s lékařem klienta, pravidelně provádět testy kognitivních funkcí a sledovat fázi onemocnění. Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobit stádiu, ve kterém se syndrom demence nachází (opatření č. 31).
- Informaci o aktuálních potřebách a rizicích, a nastavení správné péče zaznamenat do individuálního plánu klienta. Individuální plány systematicky realizovat a přehodnocovat (opatření č. 32).
- Vzdělávat a jednotně metodicky vést personál ve zvládání náročného chování klientů s demencí. V rámci toho zahrnout možné projevy tohoto chování a plány péče zaměřené na prevenci a nerestriktivní řešení (opatření č. 33).
- Nabízet aktivizační činnosti všem klientům (i těm s větší mírou závislosti na poskytované péči), a to tak, aby odpovídaly jejich individuálním potřebám. Klienty podporovat také v aktivizačních a volnočasových aktivitách mimo zařízení (opatření č. 35).

- Systematicky zavádět do praxe téma sexuality a intimity klientů (opatření č. 36).
- Umožnit klientům samostatně opouštět zařízení v závislosti na individuálním vyhodnocení jejich schopností (opatření č. 37). Nepodmiňovat pohyb klientů mimo domov souhlasem rodiny či opatrovníka (opatření č. 38).
- U každého klienta individuálně vyhodnocovat a také průběžně aktualizovat riziko pádu. Pokud dojde k pádu klienta, zaznamenat relevantní okolnosti (čas, místo, kdo byl přítomen, jak k pádu došlo, poranění, přivolání zdravotníka, ošetření atd.) a přijmout adekvátní individuální preventivní opatření (opatření č. 42).
- Záznamy o pádu klientů důsledně evidovat v centrální evidenci. Evidenci pravidelně vyhodnocovat a přijímat preventivní opatření (opatření č. 43).
- Zajistit efektivní předávání informací mezi personálem (opatření č. 46).