



Domov Čenkov

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Čenkov 169, 262 23 Čenkov
Zřizovatel:	Ústav sociální péče Brdy, z. ú.
Ředitelka:	Ing. Hana Štorkánová
Typ zařízení:	domov se zvláštním režimem
Kapacita:	55 lůžek
Datum návštěvy:	10. až 11. listopadu 2021
Datum vydání zprávy:	12. července 2022
Návštěvu provedly:	Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. Gabriela Mazúrová, Bc. Jitka Bolinová Fialová

JUDr. Stanislav Křeček
veřejný ochránce práv



Obsah

Obsah.....	2
Úvodní informace	3
Shrnutí	6
Prostředí	7
1. Orientace v prostředí	7
2. Prostory připomínající běžnou domácnost	8
3. Pokoje klientů.....	10
Volnost pohybu a zajištění bezpečí	12
Zajištění důstojné a individualizované péče.....	15
4. Režimová opatření	15
5. Hygiena.....	16
6. Mikční režim	17
7. Signalizační zařízení.....	18
8. Prevence malnutrice	18
9. Komunikace.....	20
10. Aktivizační a volnočasové činnosti	21
11. Ukládání osobních dokladů	22
12. Sexualita a intimita.....	23
13. Postranice.....	23
Zdravotní péče	25
14. Příprava a podávání léků.....	25
15. Rehabilitační péče	27
16. Postup v případě resuscitace klienta	28
Personál	29
17. Podpora nezávislého kvalifikovaného odborníka	29
18. Počet pracovníků.....	29
19. Předávání informací	30
Úhrada za poskytovanou službu.....	32
Specifika související s prevencí onemocnění COVID-19	33
20. Návštěvy	33
21. Volnost pohybu a COVID-19.....	34
Přehled opatření k nápravě	36



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

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

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

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

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



Charakteristika zařízení

Domov Čenkov se nachází v obci Čenkov ve Středočeském kraji. Zřizovatelem a poskytovatelem je Ústav sociální péče Brdy, z. ú., se sídlem v Praze. Poskytovatel provozuje v jedné budově službu domov se zvláštním režimem a domov se zdravotním postižením. Celková kapacita domova pro osoby se zdravotním postižením byla v době systematické návštěvy 5 lůžek. Služby od sebe nebyly prostorově ani personálně odděleny. Klienti tak sdíleli stejné prostory (někdy byli klienti různých služeb i ubytováni na stejném pokoji), rovněž péče byla zajištěna stejnými pracovníky. Předmětem návštěvy byl pouze domov se zvláštním režimem (dále jen „domov“ nebo „zařízení“).

Cílovou skupinou jsou osoby od 40 let věku se sníženou soběstačností způsobenou duševním onemocněním, zejména stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou a ostatními typy středního až těžkého typu demence.

Celková kapacita zařízení je 55 lůžek, z toho počtu bylo v době systematické návštěvy obsazeno 41 míst. V zařízení žijí muži i ženy. Co se týče věkového rozdělení klientů, tak jednomu klientovi bylo méně než 45 let, 4 klienti byli ve věkové kategorii 45 až 65 let a 36 klientů bylo starších 65 let. 5 klientů v zařízení mělo omezenou svéprávnost, 7 klientů mělo jmenovaného opatrovníka bez omezení svéprávnosti. Žádný z klientů neměl jmenovaného veřejného opatrovníka.

Domov se nachází v nově vybudované třípatrové budově. Zařízení nebylo rozděleno administrativně na oddělení. Součástí areálu domova je i venkovní zahrada, kde se nachází posezení pro klienty.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 10. až 11. listopadu 2021 bez předchozího ohlášení. Ředitelka Ing. Hana Štorkánová byla o návštěvě osobně informována při jejím zahájení. Zaměstnankyně Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“) jí předaly pověření k provedení návštěvy, vyžádaly si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Tereza Hanelová a Mgr. Gabriela Mazúrová. Na šetření se též podílela pověřená zdravotní sestra Bc. Jitka Bolinová Fialová.

Zaměstnankyně Kanceláře navštívily všechny prostory zařízení. Hovořily s přítomným personálem, tj. zdravotními sestrami, pracovníky v přímé péči, ředitelkou zařízení a klienty. Na místě zastižený personál poskytl součinnost.



Shrnutí

V navštíveném zařízení jsem se nesešel se špatným zacházením. Ve zprávě však poukazuji na velké množství nedostatků, které ve svém důsledku představují výrazné riziko špatného zacházení.

Pochybení spatřuji v uplatňování plošného přístupu ke všem klientům bez individuálního vyhodnocování rizik, a to zejména v oblasti volného pohybu. Areál objektu i všechny východy z budovy jsou neustále zamčeny. Klienti se bez součinnosti personálu nemohou pohybovat ani po venkovních prostorech areálu. Uzamyká se rovněž i terasa, kterou tak klienti nemohou vůbec využívat. Jsem si vědom toho, že poskytovatel je veden snahou zajistit bezpečnost klientů, avšak přespříliš restriktivní nerozlišující přístup rovněž není v zájmu klienta.

Systém výměny informací mezi zdravotnickými pracovníky a pracovníky v přímé péči není nastaven efektivně. Personál v přímé péči není dostatečně informován o zdravotním stavu klientů. Přitom informace o tom, jaký typ demence osoba má a v jaké fázi se syndrom demence nachází, je klíčová pro správné nastavení péče.

Nedostatky shledávám rovněž v oblasti prevence malnutrice. Při dopomoci klientů s podáváním stravy pracovníce Kanceláře zaznamenaly situace, které pokládám za rozporné s lidskou důstojností. Personál rovněž nevěnoval dostatečnou pozornost zaznamenávání příjmu stravy, což brání správnému nastavení nutriční péče. Osoby s demencí jsou přitom mimořádně ohroženy rizikem vzniku malnutrice.

Rovněž doporučuji, aby se pracovníci více zaměřili na to, jak klienti tráví den v zařízení, a ve spolupráci s nimi systematicky plánovali a realizovali aktivity, které povedou k co nejdelšímu zachování jejich soběstačnosti.

Ve vztahu k zajištění zdravotní péče doporučuji s ohledem na cílovou skupinu zařízení zajistit větší dostupnost rehabilitační péče.

Za rizikový dále pokládám aktuálně nastavený systém podávání léků. Ze strany zařízení popsaný postup by byl příkladem dobré praxe, avšak vyzorované nastavení je odlišné a skrývá v sobě hned několik rizik.



Prostředí

Služba je poskytována v nově vybudované třípatrové budově v rozlehlém oploceném objektu. Součástí areálu je i venkovní zahrada s posezením. Brána objektu je uzamčena, stejně tak vchod do budovy. Vstup do zařízení vede přes recepci, kde je přes den přítomen pracovník recepce. Budova je bezbariérová, do všech pater vede výtah, který mohou využívat klienti.

1. Orientace v prostředí

Specifickým problémem syndromu demence je narušení či ztráta orientace v realitě. Součástí poskytované péče musí být promyšlená podpora orientace v realitě a odbourávání jejích překážek. Prostředí zařízení by mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno klientům se syndromem demence. Neschopnost orientovat se totiž může být příčinou poruch chování či dokonce agresivity.⁹

Ve všech podlažích byla použita světlá (bílá) výmalba, rovněž podlahy byly světlé a bez vzoru. Neutrální barvy prostředí bez vzorů jsou vhodným prvkem k podpoře samostatného pohybu klientů s demencí. V prostorech se však až na výjimky nenacházela další výzdoba (u vstupu do prvního a druhého patra byla výmalba na stěně, v přízemí se pak nacházely zřejmě vystavené výrobky klientů). Celkově působily prostory domova čistým, nicméně uniformním dojmem. Uniformní prostředí, kdy jednotlivá podlaží nejsou nikterak odlišena, tak ve svém důsledku může působit na klienty matoucím dojmem. V přízemí domova se nachází rozcestník (viz obr. 1), který však obsahuje pouze textový popis prostor zařízení.

Co se týče užití nápomocných orientačních prvků pro orientaci klientů v prostoru, tak návodnými piktogramy byly označeny pouze dveře od sesterny a místnost tzv. kavárny. Návodné piktogramy byly rovněž na několika dveřích od pokojů klientů. Zbytek označených místností byl odlišen pouze cedulkami s textem, což v případě klientů s demencí nemusí být dostatečné.

Ve vztahu k užití prvků podporujících orientaci klientů v čase, pracovnice Kanceláře nezaznamenaly ve společných prostorách kalendář ani jiné označení času/data/ročního období. Na chodbě byly umístěny pouze hodiny, které však neukazovaly správný čas a sloužily pouze jako výzdoba.

⁹ HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, str. 174.



Obr. 1 – Rozcestník v přízemí domova

Opatření:

- 1) **Uzpůsobit prostředí potřebám lidí s demencí, kteří mohou mít problém s orientací (do 3 měsíců).**

2. Prostory připomínající běžnou domácnost

Domov se zvláštním režimem jakožto zařízení poskytující pobytovou službu neslouží pouze k přechodnému pobytu klientů, ale má se co nejvíce přibližovat prostředí domova. Prostory by měly být nejvíce uzpůsobeny cílové skupině a individuálním potřebám jednotlivých klientů.¹⁰ Klienti by neměli být v souladu s principem normality nuceni trávit čas pouze na svém pokoji. Je normální a přirozené, že člověk střídá různá prostředí dle typu činnosti: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity.¹¹ Osoba s demencí má jako každý jiný právo střídát prostředí a z této změny profitovat.

10 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 „standards kvality sociálních služeb“). Co se týče prostředí domova, rovněž podpůrně odkazují na *Doporučený postup MPSV č. 4/2018*, kterým se nahrazuje *Doporučený postup 5/2017*, ze dne 9. května 2018. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou – pro účely výzev IROP č. 81 a 82, str. 25. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+MTS+4_2018+IROP+81%2C82.pdf/0373f8cc-c642-d1e1-4fde-437e6d3b1224. „Kapacita objektu musí být dále rozdělena jako dům bytového charakteru tak, aby byly vytvořeny samostatné bytové jednotky nebo tzv. domácnosti vždy pro maximálně 6 uživatelů v jedné domácnosti.“

11 „Základní sociální uspořádání v moderní společnosti je takové, že člověk spí, hraje si a pracuje na rozdílných místech, s rozdílnými kolegy, pod různými autoritami a bez nějakého všezahrnujícího racionálního plánu. Ústřední rys



V zařízení nejsou zřízeny domácnosti v běžném slova smyslu. V přízemí domova se nachází společná jídelna pro všechny klienty domova (viz obr. 2). Jídelna kapacitně nepostačuje k tomu, aby ji zároveň mohli využívat všichni klienti domova. Ti se dle sdělení ředitelky zařízení v jídelně střídají, nicméně z pozorování vyplynulo, že v jídelně se stravuje pouze malá část klientů (v době návštěvy bylo v jídelně při obědě přítomno 11 klientů). Zbytek se stravuje na pokojích. Jídelna zároveň slouží jako společenská místnost, avšak pouze pro plánované akce; ve zbytku času je uzamčena a není klientům volně přístupná.

V přízemí se zároveň nachází tzv. kavárna (rovněž označována jako terapeutická místnost), kterou mohou klienti využívat pouze v určeném čase za přítomnosti pracovníka. Volně k dispozici je klientům „odpočinková zóna“ na chodbě v prvním patře (viz obr. 3, 4). Jedná se o posezení se stolkem, knihami a televizí, které je umístěno naproti sesterně. Tato část chodby je však volně průchozí, a neposkytuje tak dostatek soukromí a klidu.

Pokoje klientů se nacházejí na všech třech podlažích, v přízemí jsou ubytováni klienti, kteří jsou trvale ležící. Součástí pokojů v prvním a druhém nadzemním podlaží je bezbariérová koupelna s toaletou, v přízemí je jedna společná koupelna pro všechny klienty na patře. Do pokojů klientů se vstupuje přímo z chodby.

Co se týče možnosti přípravy jídla a nápojů, tak klienti nemají přístup do kuchyně a nemají možnost přípravy teplé stravy. V případě zájmu mohou mít na pokojích lednici, případně varnou konvici.

V tomto ohledu upozorňuji zařízení na potřebu vytvoření společenské místnosti, jejíž vybavení bude připomínat běžnou domácnost.¹² Tato místnost by měla být klientům volně přístupná a zajišťovat dostatek soukromí. Zároveň by neměla být umístěna příliš daleko od pokojů klientů (jídelna i terapeutická místnost jsou obě umístěny v přízemí, přičemž pokoje klientů se nacházejí na všech patrech).



Obrázek 2 – Jídelna

totalních institucí může být popsán jako zhroutení bariér, které obvykle oddělují tyto tři sféry života.“ Volný překlad z GOFFMAN, Erving: *Asylum, Essays on The Social Situation on Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books Doubleday and Company, In. 1961. s. 5.

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



Obrázek 3, 4 – Prostory odpočinkové zóny na chodbě

Opatření:

- 2) **Vytvořit klientům volně přístupné prostory pro trávení volného času, které budou připomínat běžnou domácnost (do 3 měsíců).**

3. Pokoje klientů

Pokoj v pobytovém zařízení sociální služby představuje osobní prostor klienta, proto by měl v nejvyšší možné míře odrážet klientova přání a jeho individualitu. Standardem by měly být jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, které nesmí být průchozí a poskytují klientům patřičné soukromí.¹³

Pokoje klientů jsou povětšinou jednolůžkové či dvoulůžkové. Nachází se zde ale i tři třílůžkové pokoje, jeden z těchto pokojů se v době návštěvy využíval dokonce jako čtyřlůžkový (dle sdělení personálu se jednalo o dočasnou situaci, která byla způsobena úmrtím spolubydlící jedné z klientek, která tak byla přemístěna k dalším třem klientkám na pokoj, aby se necítila osamocena). Vybavení a rozloha pokojů jsou pak jedním z kritérií, které určuje výši úhrady klienta za ubytování v domově. **V této souvislosti upozorňuji, že pokoje klientů by měly plnit funkci jejich vlastní soukromé zóny, a proto není vhodné, aby jeden pokoj obývaly více než dvě osoby.**

Opatření:

- 3) **Upouštět od využívání více než dvoulůžkových pokojů (průběžně).**

3.1 Soukromí na pokoji

V případě, že klient nemá vlastní jednolůžkový pokoj, případně si jej nemůže sám uzamknout, je potřeba, aby mu poskytovatel za účelem uložení dokladů, listin a případně i jiných cenností zajistil bezpečný uzamykatelný prostor v pokoji. Klient by měl mít od tohoto prostoru klíč. Výjimka z tohoto standardu může představovat pouze situace, kdy by manipulace s klíčem mohla pro klienta představovat bezpečnostní riziko. K tomu však může

¹³ Doporučený postup MPSV č. 4/2018, kterým se nahrazuje Doporučený postup 5/2017, ze dne 9. května 2018. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou – pro účely výzev IROP č. 81 a 82, str. 25.



personál dospět pouze po individuálním zhodnocení rizik, o čemž zároveň učiní záznam do dokumentace klienta. Obdobná potřeba zhodnocení se týká i možnosti uzamčení pokojů.

Skříňky na pokojích klientů se daly uzamykat, ne všichni klienti však v době návštěvy disponovali klíčem od skříňky. Dle sdělení personálu klienti nemají klíče, neboť je poztráceli. Klíče ke skříňkám se dle sdělení nechávají dodělat, nicméně vzhledem k tomu, že se jedná o nábytek vyrobený na zakázku, tak výroba klíčů údajně zabere delší dobu. **Pokud tak zařízení již neučinilo, doporučuji pořídit klíče ke všem skříňkám tak, aby možnost uzamykatelného prostoru měli všichni klienti.**

Co se týče klíčů od pokojů, tak část klientů si mohla samostatně zamykat pokoj (dle sdělení se mělo jednat o 7 klientů zařízení). Klienti v rozhovoru pak sami potvrzovali, že mají klíč od pokoje a zamykají se (klientka například uváděla, že by měla obavy, kdyby se v zařízení nemohla v pokoji na noc uzamknout). Poskytnutí klíče je zaznamenáno v předávacím protokolu.

Vyhodnocení, zda je klient schopen manipulovat samostatně s klíčem od svého pokoje, realizuje dle sdělení ošetřující lékař klienta (praktik a psychiatr) ve spolupráci se sociální pracovníci zařízení. V dokumentaci klientů však nebylo možno o tomto zhodnocení nalézt žádný záznam.

Opatření:

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



Volnost pohybu a zajištění bezpečí

3.2 Volnost pohybu klientů

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

Poskytovatel sociálních služeb je na jedné straně povinen zajistit klientům bezpečí a chránit jejich zdraví a život, na druhé straně však klienta nelze omezovat způsobem, který je nepřiměřený možnému riziku. Je proto třeba u každého klienta individuálně vyhodnotit rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit mu individuální režim, který je zaznamenán v individuálním plánu klienta. V závislosti na výsledcích posouzení rizikovosti a potřeb je třeba klientovi buď umožnit samostatně opustit zařízení (zajistit mu možnost samostatně pobývat například na zahradě zařízení v bezpečně upraveném prostoru), nebo mu zajistit při pobytu venku dohled či doprovod (který je pak třeba podřadit pod jednu ze základních činností služby). K omezení volného pohybu klienta, které musí být vždy v zájmu jeho bezpečnosti, lze přistoupit pouze v individuálních případech, po zhodnocení rizik, odůvodnění a řádném záznamu do individuálního plánu klienta.¹⁴

Budova domova, stejně jako celý areál zařízení, jsou neustále uzamčeny (přes den, do cca 17:00 hodin je zde přítomen pracovník recepce). Žádný z klientů domova se zvláštním režimem nedisponuje klíči.¹⁵ Bez součinnosti personálu tak nejenom nemůže žádný z klientů přijít ani odejít ven ze zařízení, nemůže se ani samostatně pohybovat v prostorech areálu. Nikdo z klientů tak samostatně nevyužívá zahradu domova. Uzamčen je i vchod na terasu, což bylo ředitelkou zařízení odůvodněno její nebezpečností (klient by se údajně mohl na terase předklonit a přepadnout přes zábradlí). Terasu tak využívá pouze personál. Uzamčeny jsou i všechny únikové východy, rovněž od nich nemá nikdo z klientů domova se zvláštním režimem klíč.

Dle sdělení personálu byli všichni klienti domova, kteří zde byli v době návštěvy ubytování, vyhodnoceni jako riziková („klienti jsou zmatení a klíč nepotřebují“). V individuální dokumentaci klientů (individuální plány, ošetrovatelské plány ani na žádost poskytnuté plány rizik) však absentuje záznam o tom, proč se klient nemůže pohybovat samostatně (mimo zařízení ani v jeho rámci).¹⁶ Není tak jasné, kdo a z jakého důvodu o tomto rozhodl.

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

15 Jediná osoba, která kromě personálu mohla samostatně opustit budovu domova, je jeden z pěti klientů služby domova pro osoby se zdravotním postižením. Ze strany personálu to bylo odůvodněno tím, že klient je kuřák a chodí častěji ven.

16 Např. v individuálním plánu klientky A. je uvedeno, že klientka není orientována ani časem, ani prostorem a že je zcela odkázána na pomoc personálu. Jako cíl je stanoveno pozorování klienta, kolonka rizik není vůbec vyplněna.



Ačkoliv chápu snahu zařízení o vytvoření bezpečného prostředí, kde mohou trávit den běžným způsobem, tak **upozorňuji, že možná rizika je nutné vyhodnocovat u všech klientů individuálně. Klientům, kteří jsou na základě zhodnocení personálu orientováni, by mělo být umožněno opustit samostatně budovu (areál) zařízení.**

V této souvislosti chci dále poukázat na to, že při vyhodnocování rizik by mělo být zároveň v každém případě rozlišováno mezi možností pohybovat se samostatně mimo areál domova a v jeho rámci (tj. klient nemusí být schopen se bez doprovodu personálu pohybovat mimo areál domova, ale je stále v jeho schopnostech pobývat samostatně na zahradě). Nemožnost samostatného pohybu v rámci areálu zařízení je ostatně v rozporu i s vnitřními pravidly domova.¹⁷ **Doporučuji, aby zařízení namísto pouhého uplatňování restriktivního přístupu vyvíjelo snahu k vytvoření podmínek bezpečného pobytu ve venkovních prostorech objektu. Ke zvážení dávám i doporučení k zajištění bezpečnosti terasy tak, aby ji mohli využívat i klienti.**

Zvláště ještě upozorňuji na vysokou rizikovost praxe uzamykání nouzových východů. V případě nenadálé mimořádné události (např. požáru), zejména v době noční směny, kdy se v budově zařízení nachází minimum pracovníků, nepokládám za reálné, aby byly únikové východy použity k jejich účelu, tj. k rychlému odchodu osob v nebezpečí.¹⁸

Opatření:

- 5) Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu venku (průběžně).**
- 6) Umožnit klientům, u nichž personál nevyhodnotí pohyb mimo areál/budovu zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (bezodkladně).**

3.3 Pobyt na čerstvém vzduchu

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

Klienti se mimo zařízení i v prostorech areálu pohybují pouze v doprovodu personálu. Samostatně se pohybující klienti se dle sdělení personálu dostanou ven na čerstvý vzduch v případě hezkého počasí zhruba jednou za týden. U ležících klientů závisí možnost pobytu venku jednak na počtu přítomných pracovníků ve službě (dle sdělení je doprovod klientů

17 Z Domácího řádu (str. 7): „Uživatelům, kteří mají problémy s orientací, nebo se zhoršením paměti, se doporučuje samostatně se pohybovat venku pouze v areálu Domova, protože opuštění zařízení by mohlo uživatele služby ohrozit. Mimo areál je doporučeno pohybovat se s doprovodem návštěvy nebo dle možností personálu.“

Ze Smlouvy o poskytování služby (část VIII, bod 3): „Uživatel má právo se volně pohybovat ve všech veřejných prostorách areálu zařízení Domova Čenkov.“

18 Viz bod 2.3.4. přílohy k nařízení vlády č. 101/2005 Sb., nařízení vlády o podrobnějších požadavcích na pracoviště a pracovní prostředí: **Mechanismus ovládnutí dveří, kterými prochází úniková cesta, musí být zvolen tak, aby mohl být snadno a bez zbytečného prodloužení otevřen jakoukoli osobou, která by je chtěla použít v případě nebezpečí.**



úkolem zejména aktivizačních pracovníků) a dále na kapacitních možnostech kompenzačních pomůcek (nikoliv každý klient má svůj vlastní invalidní vozík). Personál dále sdělil, že ven bere klienty dle jejich zájmu.

O pobytu klientů na čerstvém vzduchu lze dohledat částečné záznamy v individuálních plánech klientů, nelze z nich však vysledovat jejich frekvenci.¹⁹ V této souvislosti odkazují na standardy Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT), dle kterých klienti zařízení sociálních služeb **mají mít v souladu se svým aktuálním zdravotním stavem možnost užívat během dne přístupu na čerstvý vzduch neomezeně.**²⁰

Doporučuji tak zařízení nastavit pravidla pro pobyt klientů na čerstvém vzduchu a činit o tom záznamy tak, aby se nejednalo pouze o rozhodnutí personálu v přímé péči. V případě nezájmu klientů o pobyt venku je zapotřebí sledovat důvody. Rovněž doporučuji, aby zařízení zajistilo klientům dostatek kompenzačních pomůcek (tj. pro každého klienta jeho vlastní), a to jak invalidních vozíků, tak případně pojízdných postelí (jejich využití je vhodné zejména u trvale ležících klientů, pro něž může být vysazování do vozíku bolestivé).

Opatření:

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

3.4 Uzavřenost oddělení

Část druhého podlaží, na němž se nacházejí pokoje klientů, lze v případě potřeby využívat i jako tzv. uzavřené oddělení (je zde vybudován systém, který umožní tuto část patra uzavřít na kód). Dle sdělení ředitelky bylo původním záměrem zřizovatele vybudovat zde uzavřené oddělení pro klienty s psychotickým onemocněním. Tento záměr však nebyl následně realizován, a uzavřené oddělení tak nebylo nikdy využíváno.

Pouze pro možné budoucí situace upozorňuji, že v případě realizace původního plánu by došlo k vytvoření uzavřeného oddělení bez přítomnosti personálu, což nepovažuji za správnou praxi. **Ani v případě vytvoření tzv. chráněného prostředí totiž není přípustné, aby lidé s demencí pobývali v nějak uzavřeném prostředí sami, bez dohledu a podpory personálu.**²¹

19 K samotnému vedení individuálních plánů pojednávám v kapitole *Volnočasové a aktivizační činnosti*.

20 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 22. 6. 2022]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>, bod 124.

21 Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014, str. 13.



Zajištění důstojné a individualizované péče

4. Režimová opatření

Zařízení by se mělo při poskytování sociální péče vyvarovat plošných zákazů a přidělových systémů. Případné zakazy a přidělové systémy by měly být využívány pouze v individuálních odůvodněných případech. U každého klienta je nutno individuálně zvažovat a vyhodnocovat rizika, a teprve na základě tohoto zhodnocení přistoupit k možným restriktivním opatřením, která mají být prováděna vždy pouze v zájmu klienta a za použití nejmírnějších omezení. S klienty by mělo být při samostatném nakládání s věcmi cíleně pracováno tak, aby se od přidělového systému mohlo posléze upustit.²² Informace o potřebě přidělového systému s jejím odůvodněním by potom měla mít odraz v individuální dokumentaci klienta.

Domácí řád, ani Smlouva o poskytování služby nezmiňuje v žádném ustanovení zákaz požívání alkoholu. Ve smlouvě o poskytování služby je pouze uvedeno, že alkoholismus, nebo toxikománie je důvodem k vypovězení smlouvy [část VI, bod 2, písm. f)].

Dle sdělení klientů a personálu však v zařízení platí nepsaný zákaz požívání alkoholických nápojů. Klienti si občas dají pouze nealkoholickou variantu piva, nebo případně nealkoholické šampaňské (např. při narozeninových oslavách).

Upozorňuji, že klienti zařízení jsou dospělí lidé a jako k takovým k nim musí být přistupováno. Domov nadto není zdravotnickým zařízením. Po zhodnocení situace každého klienta je možné se s ním domluvit na individualizovaném režimovém opatření.²³ Takovéto opatření ale musí být zaznamenáno do dokumentace klienta spolu s uvedením důvodů pro nutnost tohoto opatření.

Doplňuji, že toto doporučení nesměřuji k tomu, aby domov zajistil podmínky pro nezřízený konzum alkoholu či rezignoval na práci s klientem. Doporučuji pouze, aby na nežádoucí důsledky spojené s konzumací alkoholu reagoval vždy individuálně a se zohledněním všech

22 Veřejný ochránce práv. *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením* [online], s. 51-52. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020 [cit. 28. 7. 2021]. Dostupné z: https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/11-2017-NZ-OV_souhrnna_zprava_DOZP.pdf.

23 Potřebnost opatření by měl (obdobně jako v rámci individuálního plánování) posuzovat multidisciplinární tým ve spolupráci s klientem. Rovněž předpokládám, že situace bude probrána s lékařem klienta, který klienta případně poučí o důsledcích požívání alkoholu v kombinaci s užívanými léčivými.

Při sjednávání individualizovaných režimových opatření je pak nutné respektovat zásadu proporcionality, tj. princip vhodnosti, přiměřenosti a potřebnosti. V případě konkrétního klienta může být režimové opatření důvodné a nemusí představovat nepřiměřený zásah do jeho důstojnosti a jeho práv. K uplatňování plošného zákazu konzumace alkoholu více viz: TOMEČEK, Ladislav. *Zvláštní režim a zásah do základních práv a svobod. Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2013, 15(4/2013 DUBEN), 30-33. ISSN 1803-7348.*



okolností a souvislostí, které k těmto důsledkům vedly, a bral je v rámci individuální prevence v potaz.²⁴

Opatření:

- 8) **Zrušit plošný zákaz užívání alkoholu (bezodkladně).**

5. 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.²⁵

Ranní hygiena²⁶ u klientů, kteří potřebují nižší či vyšší míru podpory právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,²⁷ večerní hygiena²⁸ zase každý večer.²⁹ Taktéž intimní hygienu je zásadní provádět každý den.³⁰ Je rovněž důležité, aby personál domova zajistil u klientů i tzv. **celkovou koupel** (dále rovněž jen „koupel“), **a to minimálně dvakrát týdně**. Celková koupel zahrnuje umytí celého těla, včetně vlasů, pod tekoucí vodou, dále vyčištění zubů a případně i oholení. Probíhá vždy v koupelně (ve vaně, sprše, na koupacím vozíku nebo vodním lůžku). Celkovou koupel nelze nahradit tzv. hygienou na lůžku, tedy omytím těla klienta žínkou a vodou, nebo jinými hygienickými prostředky, na jeho posteli v pokoji.³¹ Účinek tekoucí vody totiž při hygieně na lůžku nelze nijak nahradit.

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

U ležících klientů probíhá hygiena dvakrát denně na lůžku (dále dle potřeby) a celková hygiena jednou týdně dle předem stanoveného rozpisu. Realizuje se vždy ve dvou pracovnících (jeden člověk realizuje úkony hygieny, druhý se snaží klienta „rozptýlit“).

24 Tamtéž.

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

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

27 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

29 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

30 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

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



Hygiena se realizuje v průběhu celého dne (v opačném případě by dle sdělení personálu pracovníci nestihli poskytnout hygienu všem podle potřeby). Klienti, kteří jsou v této oblasti samostatní, vykonávají hygienu sami.

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

V souvislosti s touto problematikou bych chtěl upozornit na problematické poskytování dopomoci s hygienou u klientky B. Klientka, dle sdělení, opakovaně odmítá pomoc s poskytováním hygieny, je při této činnosti neklidná, kouše pracovníky. Aktuálním řešením problému je klidný přístup personálu, který se snaží přesměrovat pozornost klientky na jinou činnost a rozptýlit ji. Domnívám se, že zde možná vystává komunikační bariéra (viz kapitola *Komunikace*), kdy klientka nemusí chápat smysl dané činnosti a rozumět tomu, co se s ní děje. Je rovněž možné, že hygiena probíhá v pro ni nevhodnou dobu, nebo nebyla v dřívějším životě zvyklá na tak častou frekvenci hygieny. Doporučuji zařízení, aby v tomto směru vyvinulo další úsilí ke zjištění jádra problému, a tím odstranění neklidu a zvýšení komfortu klientky.

Opatření:

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

6. Mikční režim

V době návštěvy pracovníc Kanceláře mělo asi deset klientů zaveden permanentní močový katetr. Dle sdělení zdravotnického personálu jsou obecně důvodem k jeho zavedení zejména uroinfekty, resistance moči a u žen opruzeniny v oblasti třísel.

Ve zdravotnické dokumentaci klientky C. se nacházel poukaz k ošetření ze dne 30. 9. 2020, ve kterém je uvedeno, že klientka má inkontinenci III. stupně a byl jí zaveden permanentní močový katetr. Dále je zde uvedeno, že cílem je zajistit optimální funkci ledvin a močových cest u klientky se zavedením permanentního močového katetru – zabránit stagnaci moče a rozvoje infekce močových cest.

V záznamech zdravotnického personálu zařízení pak lze nalézt informaci o zavedení permanentního močového katetru ze dne 10. 10. 2021, není zde však uveden důvod zavedení. Od vedení zařízení byla následně vyžádána lékařská dokumentace, která dokládá indikaci k zavedení permanentního močového katetru u klientky, nelze však z ní důvod k jeho zavedení vyčíst.³² Není tedy zřejmé, kdy a z jakého důvodu byl klientce permanentní močový katetr zaveden. **V této souvislosti upozorňuji, že permanentní močový katetr by měl být zaváděn pouze na základě jasné indikace lékaře, kdy důvodem k jeho zavedení by neměla být pouze inkontinence klienta. Permanentní močový katetr by zároveň měl být**

³² Zařízení na žádost poskytlo lékařskou dokumentaci od 15. 9. 2021 do 27. 1. 2022, ze které vyplývá, že klientka měla po celou tuto dobu zaveden permanentní močový katetr bez bližšího zdůvodnění.



zaveden na co nejkratší možnou dobu, v opačném případě se po jeho odstranění zvyšuje riziko trvalé inkontinence. Samotné zavedení permanentního močového katetru sebou navíc nese vždy zvýšené riziko infekce.

7. Signalizační zařízení

Signalizace byla v domově umístěna v koupelnách/toaletách a pokojích klientů. V případě, kdy klient signalizaci použije, se rozsvítí signalizační světlo nad dveřmi pokoje daného klienta. Ozva signalizace se dále zobrazí pracovníkům na sesternách a na přenosném telefonu, který mají pracovníci u sebe. Na signál reaguje ten z pracovníků, který má službu na daném patře, případně ten který je ze všech nejbliž.

Ačkoliv vnímám pozitivně, že v zařízení je zajištěna funkční signalizace, tak musím upozornit, že signalizace na pokojích není klientům dostupná z lůžka. To se jeví jako problematické zejména v případě ležících klientů.

Opatření:

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

8. Prevence malnutrice

8.1 Sledování příjmu stravy a tekutin

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

Zařízení spolupracuje s nutriční specialistkou, se kterou zdravotnický personál konzultuje zejména vypozorované úbytky na váze (všichni klienti se váží jedenkrát měsíčně).

Pracovníci v přímé péči sledují a zapisují u klientů příjem tekutin. Co se týče příjmu stravy, tak dle sdělení, v případě kdy klient odmítá stravu, pracovníci v přímé péči oznámí tuto skutečnost zdravotnickému personálu a klientovi je podán doplněk stravy (Nutridrink). Personál však příjem stravy systematicky nezaznamenává do dokumentace klientů. Část klientů zařízení je přítom, i dle poskytnutých zpráv zpracovaných nutriční specialistkou, prokazatelně v riziku malnutrice.

Například v nutriční zprávě klientky D. je uvedeno, že klientka sní tak $\frac{3}{4}$ porcí. Personálu je adresováno doporučení, aby klientce podával sipping jako zpestření stravy, případně pro dny, kdy by klientka příjem stravy odmítala. Zde upozorňuji na potřebnost systematického pořizování **objektivizovaných záznamů** příjmu stravy. S ohledem na potřebu včasné intervence je důležité, aby odborným konzultantům byly ze strany ošetřujícího personálu předávány co nej přesnější informace, které nebudou vycházet pouze z intuitivního zhodnocení personálu.



Opatření:

- 11) Stanovit, u koho má být příjem stravy preventivně sledován (bezodkladně).
- 12) Pořizovat objektivizované záznamy příjmu stravy a tyto pravidelně vyhodnocovat ve spolupráci s lékařem (průběžně).

8.2 Stravování

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

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

V zařízení se nachází jedna společná jídelna. Ta není kapacitně dostačující pro všechny klienty, nicméně v jídelně obědvá pouze část z nich (pracovnice Kanceláře v době návštěvy pozorovaly, že v jídelně obědvá celkem 11 klientů). Přítomní klienti pili z plastových hrnků; ke krájení stravy využívali všichni příbor. Někteří z klientů však potřebovali s podáváním stravy dopomoc (dle pozorování se jednalo minimálně o dva klienty).

Klient E. nezvládal při obědě použít příbor. Pracovnice Kanceláře však při návštěvě pozorovaly, že klientovi se nikdo z pracovníků systematicky nevěnoval. Stravu mu podávali střídavě tři různí pracovníci (vedoucí kuchyně a pracovníci v přímé péči), kteří však neustále odbíhali. Personál mu navíc stravu podával ve stoje. Klient očividně potřeboval k pokousání a vychutnání pokrmu dostatek času, který mu však personál nebyl schopen poskytnout. Důsledkem této praxe bylo, že pokrm zcela vychladl a klient porci nedojedl. Personál následně klientovi sdělil, že mu bude z tohoto důvodu podán doplněk stravy (Nutridrink). Obdobně u další klientky, která zřejmě také potřebovala dopomoc, pracovnice pozorovaly, že jí vůbec nepomáhal personál, nýbrž jiná klientka. **Upozorňuji, že je zapotřebí, aby si personál vyhradil pro dopomoc s podáváním stravy dostatek času. Klienti by zároveň neměli v tomto ohledu nahrazovat práci personálu.**

Jako nedůstojnou pak hodnotím praxi, která byla pozorována v době podávání oběda na pokojích. Jedna z klientek (klientka F.) se **stravovala, přičemž zároveň vykonávala potřebu na přenosném toaletním křesle**. Spolu s ní se na pokoji zároveň stravovala i její spolubydlící (která přitom seděla od klientky na vzdálenost asi tří metrů).

Nevhodné je rovněž vyzporované **využívání kojeneckých lahví**. Doporučuji využít některou z alternativních pomůcek na trhu, které jsou určeny pro dospělé osoby.



Opatření:

13) Zajistit, aby podávání stravy probíhalo důstojným způsobem (průběžně).

14) Zajistit pro pomoc se stravováním dostatek času a personálu (průběžně).

9. Komunikace

V domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem mohou žít lidé, kteří mají snížené komunikační schopnosti. Zejména v pozdějších fázích syndromu demence dochází k výraznému omezení verbální komunikace, což klade nároky na schopnost personálu navázat s člověkem s demencí kontakt, komunikovat s ním nonverbálně a umět mu porozumět.³³ Komunikaci je vhodné podpořit využitím nástrojů alternativní a augmentativní komunikace. Nalezení efektivního způsobu komunikace je pak 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 problémového chování. Vytváří se tak prostor pro špatné zacházení s klientem.

Personál v rozhovorech ke specifickým způsobu komunikace s klienty s komunikačními obtížemi shodně uváděl, že se snaží s klienty hovořit pomalu a srozumitelně, případně jim sdělení znovu zopakovat. Prostředky alternativní ani augmentativní komunikace se nevyužívají (někteří z pracovníků neměli povědomí ani o tom, jak se komunikační pomůcky, např. piktogramy, využívají).

O nízké úrovni znalostí specifík komunikace s klienty s komunikačními obtížemi vypovídají i poskytnuté individuální plány. Např. u klientky G. je v IP pod popisem situace uvedeno, že „klientka nekomunikuje verbálně“. Dále je v kolonce vyjádření osobních potřeb a cílů uvedeno, že „klientku budeme pozorovat a snažit se o komunikaci“, přičemž reálným cílem má být „pozorování klientky a snaha o komunikaci“. Jako zdroj je uvedeno „klientka se nevyjadřuje“, způsob realizace těchto cílů není vyplněn.

Edukaci pracovníků v přímé péči v této oblasti má dle sdělení na starosti vrchní sestra ve spolupráci s ošetřujícím psychiatrem. V poskytnutých záznamech o školení za roky 2019, 2020 a 2021 však nebylo možno najít žádnou informaci o proběhlém školení na téma komunikace. Lze se tedy domnívat, že toto případné zaškolení probíhá individuálně, s ohledem na výše uvedené však doporučuji absolvovat další školení.

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

³³ Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014, str. 17.



Opatření:

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

10. 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 klienti schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a profitují z programových aktivit,³⁴ 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.³⁵ Realizace aktivit by měla probíhat na základě procesu individuálního plánování, kdy personál ve spolupráci s klientem vymezí oblasti, v nichž je potřeba posílit dovednosti klienta a kterým se bude ve spolupráci s personálem věnovat.

Dle sdělení vedení domova měly v zařízení působit celkem 4 aktivizační pracovníce (ze strany zařízení označované jako ergoterapeutky), v době návštěvy zde však (mimo jiné i z důvodu dlouhodobé nemocenské) působila pouze jedna pracovníce. V domově probíhají každý den v terapeutické místnosti společné aktivity (typicky se jedná hraní her – dáma, házení kostkou, poznávání barev či vymalovávání). Aktivizační pracovníci uváděli, že se snaží klienty k účasti na těchto aktivitách pozitivně motivovat, účastní se jich však pouze několik klientů (v terapeutické místnosti může navíc pobývat zároveň maximálně 6 klientů). Klienty, kteří jsou trvale ležící, dle sdělení navštěvují aktivizační pracovníci v průběhu dopoledne, kdy s nimi realizují individuální aktivity (např. házejí si s míčem nebo jim personál zahráje na kytaru). Dle pozorování trávila většina klientů den na svém pokoji v lůžku.

V zařízení se občas konají větší společenské akce (např. když zařízení navštíví místní hudební uskupení Čenkomor). V minulosti se organizovaly výlety skupinového charakteru, které se v době návštěvy nerealizovaly z důvodu epidemiologické situace.

Zájmy klientů ve vztahu k volnočasovým a zájmovým aktivitám jsou jednou oblastí, které popisují a sledují individuální plány klientů. Samotné individuální plány jsou koncipovány tak, že mají mapovat schopnosti a potřeby klientů v jednotlivých oblastech života a vymezovat v rámci těchto oblastí cíle a kroky, jak jich dosáhnout (komunikace, osobní hygiena, prostorová orientace, trávení volného času aj.). Každý klient má stanoveného klíčového pracovníka a tzv. primárního terapeuta, kteří činí do individuálních plánů záznamy.

34 Programové aktivity jsou takové aktivity, které naplňují den člověka jednotlivými činnostmi se zřetelem na zachování jeho soběstačnosti. Jde zejména o sebeobslužné činnosti a další aktivity, které zlepšují kvalitu života a vytvářejí náplň dne (Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014, str. 5).

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



Z nastavených plánů není vždy jasné, čeho má klient ve spolupráci s pracovníkem dosáhnout.³⁶ Záznamy o průběhu, jež činí klíčoví pracovníci, se vztahují v podstatě pouze k základním činnostem, které klientům zajišťují pracovníci a z nichž nevyplývá, že klient na této aktivitě sám aktivně participoval („podáno jídlo a pití“, „pravidelná hygiena“ apod.). Při vyhodnocování plánů lze nalézt nejčastěji „beze změn“, „vše podle nastaveného plánu“. Primární terapeut do individuálního plánu zapisuje jedenkrát za měsíc, v tomto případě se jedná o zápis činností, které se vztahují k aktivitám, jež klient realizuje („klientka procvičuje pravidelně každý den chůzi“, „klientka dochází na ergoterapie“), rovněž se však jedná spíše obecně o souhrn činností než záznamy realizovaných cílů, které v podstatě ani nejsou většinou nastaveny.

Jsem toho názoru, že personál aktuálně dostatečně nezajišťuje realizaci cílených systematických aktivit, které by směřovaly k udržení schopností klienta. Obdobně k tomuto cíli nesměřuje ani nastavení individuálních plánů. Přitom ergoterapie, o níž zařízení deklaruje, že ji klientům poskytuje a která je ostatně nedílnou součástí komplexní péče o člověka s demencí, spočívá zejména v posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. V případě, kdy personál s klientem maluje, kreslí, vytváří různé objekty, hovoříme spíše o arteterapii.³⁷

Opatření:

17) Zajistit nabídku aktivit, které odpovídají individuálním potřebám jednotlivých klientů s důrazem na specifika demence (průběžně).

18) Provázet nabídku aktivit s procesem individuálního plánování (bezodkladně).

11. Ukládání osobních dokladů

Klienti při nástupu do zařízení podepisují formulář „První kontakt při příjmu do zařízení“, ve kterém mimo jiné souhlasí s uložením občanského průkazu, průkazu ZTP a průkazu pojištěnce na pracovně personálu. Formulář je koncipován tak, že klientovi v podstatě nedává možnost vyjádřit nesouhlas a automaticky předpokládá uložení dokladů u personálu.

Upozorňuji, že k uložení dokladů u personálu by měl personál přistoupit pouze v případě vyhodnocení rizika zneužití dokladu a po dohodě s klientem. V tomto případě je legitimním cílem ochrana práv klienta. Nemělo by se jednat o plošnou praxi, kdy zařízení vyžaduje, aby klienti doklady automaticky odevzdávali personálu. Klienti by naopak měli mít možnost mít své doklady u sebe. Za tímto účelem by zařízení mělo klientům zajistit možnost bezpečného uzamykatelného prostoru na pokoji (viz kapitola *Prostředí*).

Opatření:

19) Upustit od plošného ukládání osobních dokladů u personálu (bezodkladně).

³⁶ Např. „klientka potřebuje dopomoc s oblékáním“, přičemž zdrojem ze strany klienta je „klientka je odkázána na pomoc personálu“ a zdrojem ze strany personálu je „pozorování“. U jiného klienta je uvedeno, že rád chodí na ergoterapie a do atrie a řekne si sám.

³⁷ Byť samozřejmě nepopírám v tomto kontextu možnou prospěšnost i této metody.

Více viz HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, str. 161.



12. 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.

Zařízení nemá pro tuto oblast vypracován žádný samostatný metodický předpis. Dílčí aspekty této problematiky (Ochrana intimity při soukromí a hygieně, Respektování partnerského soužití) jsou řešeny ve vnitřním předpisu *Metodický pokyn pro ochranu práv osob při poskytování sociální služby Domov Čenkov*.³⁸ Dle poskytnuté dokumentace od data návštěvy (2019, 2020 a 2021) neproběhlo v zařízení žádné školení pracovníků k tématu sexuality a intimity. Co se týče možností partnerského soužití, tak v minulosti žily v zařízení manželské páry. Nyní žije v zařízení pouze jeden clientský pár, který však dle sdělení personálu nemá zájem o sdílení společného pokoje.

Upozorňuji v tomto ohledu zařízení na vhodnost a potřebnost práce se sexualitou jako součást poskytování sociální služby. Tím nemám na mysli pouze dílčí aktivity, jako je vypracování metodického předpisu pro tuto oblast či proškolení pracovníků, ale práci na systematické bázi, kterou je vhodné započít sestavením a sjednocením týmu v otázce přístupu k sexualitě klientů a následným zjišťováním potřeb personálu a klientů. Teprve poté by mělo následovat vypracování interního metodického předpisu (tzv. Protokolu sexuality) a začlenění práce se sexualitou do činnosti stávající poskytované služby.³⁹

Opatření:

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

13. 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 nutno splnit několik podmínek:

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,
- nelze využít méně restriktivní opatření,⁴⁰
- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, a nikoliv usnadnění práce personálu,

³⁸ Viz str. 9 až 10 Metodického pokynu pro ochranu práv osob při poskytování sociální služby Domov Čenkov.

³⁹ Viz např. VENGLÁŘOVÁ, Martina, EISNER, Petr. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013, ISBN 9788026203735, s. 43 a násl.

⁴⁰ Např. snížení lůžka či položení matrace vedle lůžka.



- 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 používány⁴¹),
- klient, který je mobilní, musí mít možnost sám lůžko opustit.⁴²

Zároveň platí, že do rozhodovacího procesu o použití těchto nástrojů musí být zapojen klient, a to v takové míře, v jaké to jeho možnosti a schopnosti dovolují, a musejí být splněny výše uvedené podmínky.⁴³

Část klientů v zařízení využívá postranice, a to jak postranici přes celé lůžko, tak případně její zkrácenou verzi. Dle sdělení personálu o užití postranic rozhoduje zdravotnický personál ve spolupráci s pracovníky v přímé péči z důvodu rizika pádu klienta.

Domácí řád uvádí, že se postranice užívá na základě indikace lékaře, nebo po dohodě s klientem či jeho zákonným zástupcem na omezenou dobu, o čemž se vede evidence (den, doba použití zábrany, odůvodnění).⁴⁴ V rozporu s tímto však v dokumentaci klientů nebylo možno dohledat žádné záznamy o užití postranic, tj. absentovalo zde jak odůvodnění pro její nasazení, tak uvedení osob, které se podílely na tomto rozhodnutí, stejně jako časové ohraničení pro užití postranice.

O užití postranic lze nalézt zmínku i v Metodickém pokynu při vzniku pádu a jeho prevence kde je uvedeno, že při vyhodnocení rizika pádu klienta sestra ve spolupráci s pracovníky přímé péče a nezdravotnického personálu zajistí „snížení lůžka na minimum a použití postranic z obou stran lůžka“.⁴⁵ Upozorňuji, že uvedený text vzbuzuje dojem, že postranice bude u klientů užitá „automaticky“, aniž by došlo ke zhodnocení, zda je skutečně nutné postranici užívat z obou stran lůžka i spolu se současným snížením lůžka.

Opatření:

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

41 Noc, celý den, část dne.

42 Zkrácená postranice, technická úprava lůžka.

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

44 Domácí řád, str. 7.

45 Viz Metodický pokyn DS Čenkov 02, Metodický pokyn při vzniku pádu a jeho prevence ze dne 5. 10. 2021, str. 5.



Zdravotní péče

V domově pracuje celkem 14 zdravotnických pracovníků, z toho 11 všeobecných sester a 3 zdravotničtí asistenti (viz kapitola *Personál*). Praktický lékař dochází do zařízení 1x týdně, psychiatr 1x měsíčně (ordinuje společně s praktickým lékařem). Do zařízení dále občasné dochází nutriční lékař a diabetolog. Další lékaře specialisty navštěvují klienti povětšinou v okolí zařízení. Doprovod klientů k lékaři zajišťuje staniční sestra, která rovněž sleduje termíny prohlídek.

14. Příprava a podávání léků

Systém podávání léků musí být nastaven bezpečně, aby bylo sníženo riziko chyby a bylo zajištěno, že manipulovat s léky bude moci pouze osoba k tomu oprávněná.⁴⁶ 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.⁴⁷

Dle znění domácího řádu léky, které předepíše klientovi smluvní praktický lékař, zajistí vedoucí sestra a jsou pak podávány (dávkovány) všeobecnou sestrou na základě dohody klienta a lékaře.⁴⁸ Dle vnitřního předpisu klientovi podává léky po dohodě s ním, lékařem a rodinou zdravotní sestra.⁴⁹

Zdravotnický personál v rozhovoru uváděl, že příprava léků probíhá tak, že léky jsou připravovány přímo před klientem, přičemž každý klient dostane léky do svého lékového dávkovače. Z pozorování však pracovnice Kanceláře zjistily, že všechny léky, které pracovníci klientům podávali, byly připraveny do lékových dávkovačů dopředu, v některých případech dokonce až na 14 dnů. Část klientů pak lék obdržela v nadrcené formě. K drcení léků byl přitom použit jeden drtící hmoždíř, který se mezi drcením jednotlivých léků nečistil. Jedné klientce H. byl pak nadrcený lék podáván na lžici spolu s obědem.

Tento postup skýtá několik rizik. V první řadě považují za nutné upozornit na skutečnost, že pokud léky podává ten, kdo je nechystal, tak se zde výrazně zvyšuje riziko chybovosti. Pracovník, který rozdává nachystané léky, již totiž nemá žádnou možnost, jak zkontrolovat, zda skutečně podává danému klientovi správný lék. Navíc v případě změny zdravotního stavu klienta není možné, aby zdravotník okamžitě reagoval (např. tak, že klientovi lék

46 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.

47 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“).

48 Domácí řád, str. 6. Smlouva o poskytování péče stanoví pouze, že poskytovatel zajišťuje zdravotní péči uživatelům podle § 36 zákona o sociálních službách, v návaznosti na § 17 písm. a) a § 22 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

49 Metodický pokyn pro ochranu práv osob při poskytování sociální služby Domov Čenkov, str. 6.



nepodá a změny bude konzultovat s lékařem). Na situace, kdy lék podává někdo jiný, než kdo jej připravoval, a rizika s tímto spojená upozorňujeme dlouhodobě.⁵⁰ Obdobně na rizika tohoto postupu upozorňuje i česká a zahraniční odborná praxe.⁵¹

Praxi, kdy personál nečistí hmoždír po každém jednotlivém drcení léků, a dochází tak k jejich následnému smísení, pak hodnotím jako nepřipustnou.⁵²

Co se týče zjištění, kdy byl klientce podáván lék společně s obědem, tak nemám informace, proč takto personál učinil. Považuji však za nutné upozornit, že v případě, kdy klient není informován o tom, že je mu podáván lék, tak se jedná o **skryté podávání medikace, tzv. „couvert medication“**. Ta 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.⁵³

Pokud by důvod této praxe spočíval pouze v polykacích obtížích klientky (poruchy polykání jsou častým příznakem demence), tak doporučuji spíše než míchat lék se stravou, využít některých z volně prodejných přípravků, které polykání léku usnadní a zároveň neovlivní jeho účinnost ani vstřebávání.⁵⁴

V opačném případě upozorňuji, že na případné **odmítání léků** je 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 možno 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

50 Viz Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem[online], str. 54. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 28. 11. 2021]; dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf.

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

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

53 HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Gerontologické centrum 2007, ISBN 978-80-254-0177-4, s. 104.

54 Např. tzv. gel pro snadné polykání léku.



v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví.⁵⁵ Takové rozhodnutí musí být náležitě zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.⁵⁶

Opatření:

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

23) Zabránit míchání léků při jejich drcení (průběžně).

15. Rehabilitační péče

Účelem poskytování rehabilitačního ošetřovatelství je prevence imobilizačního syndromu, deformit pohybového aparátu a kontraktur svalů a šlach. V domovech se zvláštním režimem a domovech pro seniory, kde žijí mnohdy i částečně nebo zcela imobilní klienti, je tak rehabilitační ošetřovatelství důležitou součástí kvalitní péče. Nejedná se přitom pouze o poskytování léčebné rehabilitace fyzioterapeutem, každodenní rehabilitaci musejí logicky zajišťovat i pracovníci služby, a to v multidisciplinárním týmu (složeném jak ze zdravotnických pracovníků, tak z pracovníků v sociálních službách). Součástí rehabilitačního ošetřovatelství u klientů s vysokou mírou podpory je i **bazální stimulace**.⁵⁷ Aby poskytovatel dosáhl co nejkvalitnější péče o tyto klienty, měli by pracovníci v přímé péči absolvovat také vzdělávání v bazální stimulaci.

Do zařízení dochází pravidelně (dvakrát týdně) fyzioterapeut. Personál zařízení však pracovním Kanceláře při rozhovorech nebyl schopen sdělit, kdo z klientů a z jakého důvodu je indikován k fyzioterapeutickému ošetření. Rovněž se různily informace v tom ohledu, zda se jedná o placenou nadstandardní (fakultativní) službu, či se jedná o úkony, které jsou indikovány a propláceny ze strany zdravotní pojišťovny.

Co se týče rehabilitační péče poskytované ze strany zařízení, tak nikdo z personálu zařízení neabsolvoval kurz metody bazální stimulace (pouze jedna z aktivizačních pracovník v rozhovoru uvedla, že občas klientům „promasíruje ruce“). Klienti mají možnost využít služeb maséra, který dochází do zařízení, jedná se však o placenou nadstandardní službu.

Upozorňuji, že s ohledem na cílovou skupinu klientů domova je rehabilitační ošetřovatelství nezbytnou součástí poskytované péče. Jak uvádím výše, občasná rehabilitace prováděná fyzioterapeutem (o jejíž samotné četnosti mám na základě informací sdělených personálem pochybnosti) není dostačující a je zapotřebí, aby se klientům v této oblasti pravidelně věnovali i pracovníci domova.

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

56 Vnitřní předpis zařízení uvádí, že pokud klient odmítá léky naordinované lékařem, tak je mu vhodným způsobem vysvětlena důležitost podávání léků, event. je lékař požádán o společnou konzultaci (i za účasti rodinných příslušníků). Klientovi jsou vysvětlena rizika nepodávání léků. Výsledek jednání je zaznamenán do zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace, a podle výsledku jednání je dále postupováno. Viz Metodický pokyn pro ochranu práv osob při poskytování sociální služby Domov Čenkov, str. 6-7.

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



Opatření:

- 24) Začít pracovat s metodou bazální stimulace; edukovat v této oblasti personál (do 6 měsíců).**
- 25) Zajišťovat rehabilitační péči v dostatečné míře odpovídající potřebám klientů (průběžně).**

16. Postup v případě resuscitace klienta

Z rozhovorů se zaměstnanci vyplynulo, že v zařízení nejsou nastavená jasná pravidla pro resuscitaci klienta v případě náhlé smrti. Dle některých pracovníků se zahajuje resuscitace vždy, následně se přivolá rychlá záchranná služba.

Další pracovníci však sdělovali, že o případné resuscitaci rozhodne ošetřující personál ve službě, a to podle míry „aktivity“ klienta před smrtí.

Konstatuji, že zdravotnický personál neměl povědomí o možnosti, kdy klient učiní pro tuto situaci rozhodnutí, například prostřednictvím institutu dříve vysloveného přání.⁵⁸ Dále upozorňuji, že ošetřující zdravotnický personál zařízení není oprávněn k tomu, aby pouze na základě svého vlastního rozhodnutí rozhodl o neposkytnutí resuscitace, k tomu je oprávněn pouze lékař.

Opatření:

- 26) Nastavit pravidla pro případy resuscitace klienta; edukovat v této oblasti personál (do 1 měsíce).**

⁵⁸ Viz ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách.



Personál

17. Podpora nezávislého kvalifikovaného odborníka

Práce v zařízení sociálních služeb je náročným a mnohdy stresujícím povoláním, které může vést k profesnímu vyčerpání a frustraci. Tyto stavy se pak mohou projevat nevhodným chováním personálu směrem ke klientům i spolupracovníkům. Iz těchto důvodů má poskytovatel sociálních služeb povinnost pro zaměstnance vykonávající přímou práci s osobami, kterým je sociální služba poskytována, zajistit podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.⁵⁹

Skupinové či individuální setkávání pracovníků s nezávislým odborníkem na pravidelné bázi v zařízení pořádány nejsou. Doporučuji zařízení, aby zvážilo jejich zavedení. Nemusí se nutně jednat přímo o formu supervize, nicméně pravidelná setkání organizovaná externí osobou, která v domově nepůsobí, vnímám vzhledem k nárokům kladeným na práci personálu jako vhodný nástroj pro fungování týmu.

Součástí těchto setkání by mělo být nastavení transparentních pravidel informujících o tom, k čemu tyto setkání slouží, jaký bude jejich výstup a případně jaké informace budou předávány vedení.

Opatření:

27) Zajistit všem pracovníkům podporu ze strany kvalifikovaného nezávislého pracovníka (do 3 měsíců).

18. Počet pracovníků

V zařízení přes den působí 6 až 7 pracovníků v přímé péči (dva pracovníci na patro), 2 až 3 zdravotní sestry a 4 aktivizační pracovnice (v době návštěvy zde působila pouze jedna aktivizační pracovnice). Pracovníci v přímé péči jsou personálně podřízeni zdravotnímu úseku (staniční sestře), post vedoucí přímé péče, který byl v minulosti zřízen, je aktuálně zrušen.

V noci je v zařízení přítomna jedna zdravotní sestra a jeden pracovník v přímé péči. S ohledem na poskytnutý harmonogram práce personálu při noční směně (viz obr. 5) se domnívám, že pracovníci na noční směně jsou velmi vytíženi a jen obtížně mohou zajistit potřebnou péči všem klientům (obzvláště v případě nenadálé mimořádné události).

Doporučuji v tomto ohledu zvážit navýšení počtu pracovníků na noční směně.

Zdravotnický personál pak nemá rozděleny kompetence v tom slova smyslu, že by se jednotliví pracovníci specializovali na určité činnosti (např. jedna ze zdravotních sester by se soustředila na péči o rány a stomie, další by měla na starosti přípravu léků apod.), případně by si rozdělili mezi sebou, kdo bude poskytovat péči konkrétním klientům.

⁵⁹ Bod 10 písm. e) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.



Domnívám se, že takto nastavený systém by mohl zefektivnit poskytovanou péči a snížit riziko možné chybovosti. Dávám tedy zařízení na zvážení jeho zavedení.

19. Předávání informací

Předávání informací mezi pracovníky probíhá zejména při předávání směny. Pracovníci v přímé péči a zdravotnický personál však mají své porady zvláště (pracovníci v přímé péči si informace předávají za přítomnosti staniční sestry).

Pracovníci v přímé péči pak předávají informace zdravotnickému personálu ústně a prostřednictvím zápisů denního hlášení. Dle zjištění se ne vždy informace z denního hlášení odrazí v ošetřovatelské dokumentaci klientů.⁶⁰ Zde upozorňuji, že ve zdravotnické dokumentaci musejí být zaznamenány informace o zdravotním stavu klienta a o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb.⁶¹ Pokud si zdravotničtí pracovníci předávají tyto informace v jiných nosičích (např. kniha hlášení), musí být informace o klientovi zapsány současně také do jeho individuální ošetřovatelské dokumentace. V opačném případě hrozí, že důležité informace o jednotlivých klientech nebude možno flexibilně v případě potřeby dohledat a dokumentace nebude plnit svůj účel.

Co se týče předávání informací zdravotnickému personálu, tak pracovníci v přímé péči nejsou informováni o stavu klienta. Oficiálně nejsou informováni ani o tom, že klient má demenci a v jakém stadiu (pracovníci se mimo jiné odkazovali na povinnost mlčenlivosti ke vztahu k informacím o zdravotním stavu klienta). Upozorňuji, že v souladu se základními zásadami poskytování sociálních služeb (tj. poskytování služby dle individuálních potřeb klienta), je nutné, aby personál (včetně pracovníků v přímé péči) měl informace o všech potřebách, které souvisejí se zdravotním stavem klienta.⁶² Znalost těchto skutečností je spolu s dalšími informacemi součástí přiměřeného managementu potřeb, který je poskytovatel služeb povinen klientovi s demencí zajistit.⁶³

Opatření:

28) Zajistit dostatečný způsob předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky a pracovníky v přímé péči (bezodkladně).

60 Např. v případě klientky I. lze nalézt v Knize denního hlášení ze dne 8. 1. 2021 tento zápis „večer apatická, nechutí k jídlu, klientka rozpalená, hlášeno ZS Laře“, v ošetřovatelské dokumentaci pak nelze nalézt o stavu klientky žádnou zmínku. Dále je zde u téže klientky zápis ze dne 7. 1. 2021 tohoto znění „podlitina na pravém lýtku, hlášeno ZS Daniele“, opět bez záznamu v ošetřovatelské dokumentaci.

61 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].

62 Právním podkladem je mimo jiné ustanovení § 31 odst. 6 zákona o zdravotních službách: „Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví.“

63 Krom diagnostikování demence lékařem a znalosti diagnózy klienta a fáze jeho onemocnění ze strany personálu se jedná mj. i o mapování potřeb klienta, libosti/nelibosti, rizik a schopností klienta. Stanovení managementu potřeb je výsledkem rozhodnutí pečujícího týmu a má odraz v dokumentaci klienta. Viz Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem[online]. 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. 23.



29) **Pracovat s klienty dle jejich diagnózy a fáze jejich onemocnění jako s nezbytným předpokladem pro nastavení správné péče (průběžně).**

HODINA	ČINNOSTI
19.00 – 19.15	Společná sesterská a pečovatelská vizita ve 2. patře: předání a převzetí služby písemně i ústní, včetně mobilního služebního telefonu.
19.15 – 20.10	Ukládání klientů ke spánku se zaměřením na: osobní hygienu, výměnu inkontinentních pomůcek, hydrataci, diurézu a stav pokožky. Zajištění vhodného prostředí ke spánku klientů. Podání nočních léků per os dle časového rozpisu stanoveného ošetřujícím lékařem. Polohování klientů upoutaných na lůžko.
20.10 – 20.20	Aplikace nočních inzulinů.
20.20 – 21.00	Podání II. večere klientům s diabetes mellitus.
21.00 – 22.00	Ukládání klientů ke spánku se zaměřením na: osobní hygienu, výměnu inkontinentních pomůcek, hydrataci, diurézu a stav pokožky. Zajištění vhodného prostředí ke spánku klientů. Polohování klientů upoutaných na lůžko.
22.00 - 24.00	Noční klid. Vedení ošetřovatelské dokumentace klientů. Stanovení ošetřovatelských problémů a potřeb klientů, nastavení plánu péče, jejich realizace, hodnocení a vyhodnocení v hlášení sester. Informace o invazivních vstupech s datem výměny pomůcek k tomu účelu určené.
00 – 3.00	Průběžná kontrola zdravotního stavu klientů se zaměřením na: hydrataci, diurézu a stav pokožky. Polohování ležících klientů. Praní, žehlení a značení prádla klientům.
3.00 – 6.00	Plnění týdenního harmonogramu práce. Celkový úklid inspekce sester, dezinfekce pracovních ploch, doplnění spotřebního materiálu do skříní a šuplíků.
6.00 – 6.55	Ukončení vedené ošetřovatelské dokumentace klientům v hlášení sester. Aplikace s. c. injekcí: nízkomolekulárních heparinů a léčiv per os dle časového rozpisu stanoveného lékařem (antiparkinsonika atd.).
6.55 - 7.00	Příprava na předání a převzetí společné sesterské vizity.

Verze 01, platnost od 1.12.2019 Ústav sociální péče Brdy z.ú., Sluneční náměstí 2583/11, 158 00 Praha 5, IČO: 04251806
www.domovcenkov.cz, info@domovcenkov.cz

Obr. 5 – Noční harmonogram práce sester



Úhrada za poskytovanou službu

Celková výše měsíční úhrady za pobyt v zařízení se pohybuje v rozmezí 27 000 Kč až 35 000 Kč.⁶⁴ Stěžejní kritérium pro určení výše platby je pokoj, na němž je klient ubytován, konkrétně dle sdělení ředitelky zařízení hraje roli jednak počet lůžek na pokoji (jedno až třílůžkový pokoj) a dále rozměry a vybavení pokoje.

Cena měsíční úhrady tak sestává z maximální možné výše úhrady za ubytování a stravu (v době návštěvy 11 248 Kč), příspěvku na péči a doplatku do vypočtené výše, který je zařízení poskytován na základě darovací smlouvy. Tu zařízení uzavírá s rodinným příslušníkem klienta. Dle sdělení vedení je tato praxe existenční nezbytností, neboť zařízení je soukromým subjektem a není zařazeno do základní sítě poskytovatelů kraje.⁶⁵

Smlouva o poskytnutí soc. služby, kterou zařízení s klientem uzavírá, se na uzavírané darovací smlouvy neodkazuje (odkazuje pouze na možnost spoluúčasti na úhradě nákladů formou dohody s rodinným příslušníkem). O nutnosti uzavření darovací smlouvy nepojednává ani metodika pro jednání se zájemcem o službu. Za poslední dva roky (2021, 2020) zařízení neeviduje z tohoto (ani jiného důvodu) žádné odmítnuté uchazeče. Dle sdělení personálu je však dostatek finančních prostředků (tj. schopnost hradit měsíční úhradu ve stanovené výši) jedním z kritérií při posuzování žádosti.

Rozumím obtížnosti zajištění dostatku finančních prostředků pro kvalitní poskytování služby v případě, kdy zařízení není zařazeno do základní sítě poskytovatelů sociálních služeb, a není tak příjemcem dotací. Jsem si rovněž vědom toho, že darovací smlouva uzavřená s rodinným příslušníkem je soukromoprávním vztahem, který je na bázi dobrovolnosti. Nemám informace o tom, že by někdo byl do uzavření této smlouvy nucen, nelze tedy říci, že by se v tomto ohledu jednalo o nezákonnou praxi.

Z poskytnutých informací mám však za to, že se fakticky jedná o podmínku pro uzavření smlouvy o poskytování služby. **Upozorňuji, že zákon stanoví konkrétní důvody,⁶⁶ pro něž zařízení může odmítnout uzavření smlouvy, a tyto důvody nelze žádným způsobem rozšiřovat (tj. nedostatek finančních prostředků není důvodem k nepřijetí do služby).**

Opatření:

30) Při jednání se zájemcem o službu respektovat zákonná ustanovení (průběžně).

64 Dle poskytnutého Ceníku úhrady péče platného k 1. 1. 2021.

65 Údajným důvodem má být „nepotřebnost“ služby, neboť nedaleko (v Příbrami) se nachází jiné zařízení se stejnou cílovou skupinou, zřizované krajem.

66 Viz ustanovení § 91 odst. 3 zákona o sociálních službách.



Specifika související s prevencí onemocnění COVID-19

Pandemie onemocnění COVID-19 přinesla pro celou společnost obtížné období. Zařízení sociálních služeb se ocitla v náročnější situaci, neboť klienti těchto zařízení byli jednou z nejzranitelnějších skupin společnosti a komunitní přenos onemocnění pro tyto osoby představoval o to větší nebezpečí. Zaměstnanci sociálních služeb v době pandemie prokázali nejen odhodlání dobře odvést svoji práci, ale také fyzickou i psychickou odolnost. Nasazení všech pracovníků v oblasti sociálních služeb si velice vážím.

V současné chvíli se zdá, že epidemie ustupuje, nelze však předjímat, zda se podobná situace jako na přelomu let 2020 a 2021 nebude opakovat. Je proto nezbytné se z této situace poučit a na případné další epidemické situace se připravit.

20. Návštěvy

V době návštěvy pracovníků Kanceláře v zařízení platil plošný zákaz přijímání návštěv. Ten byl stanoven na základě rozhodnutí ředitelky zařízení s odkazem na doporučení praktického lékaře (klienti měli dle sdělení čekat v době návštěvy na třetí posilující dávku očkování proti onemocnění COVID-19 a očkování proti chřipce). Ředitelka zařízení v této věci dále sdělila, že výjimka ze zákazu návštěv by byla udělena v případě umírajícího klienta. Obdobně byl vstup do zařízení umožněn úředním osobám (soudním znalcům, kontrolním orgánům aj.). Osoby vstupující do zařízení se pak musely prokázat platným certifikátem o absolvování očkování proti onemocnění COVID-19.

Zde upozorňuji, že orgánem oprávněným k omezení návštěv v zařízení sociálních služeb je orgán ochrany veřejného zdraví, tj. Ministerstvo zdravotnictví či příslušná krajská hygienická stanice, a to formou mimořádného opatření.⁶⁷ Zákonodárce však takové oprávnění

67 Zákonný podklad pro omezování návštěv v zařízeních sociálních služeb lze nalézt v § 2 odst. 1 ve spojení odst. 2 písm. h) zákona č. 94/2021 Sb., zákona o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID-19 a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen „pandemický zákon“). Ze znění těchto ustanovení vyplývá, že zákaz, omezení, nebo stanovení podmínek návštěv v zařízeních sociálních služeb, za účelem likvidace epidemie onemocnění COVID-19, nebo nebezpečí jejího opětovného vzniku, může nařídít Ministerstvo zdravotnictví, krajská hygienická stanice, nebo Hygienická stanice hlavního města Prahy (dále jen „krajská hygienická stanice“) prostřednictvím mimořádného opatření (tzv. orgány ochrany veřejného zdraví).

Krajská hygienická stanice je oprávněna vydat takovéto mimořádné opatření pro území svého správního obvodu, Ministerstvo zdravotnictví může vydat opatření pro několik obvodů, či s celostátní působností. Pandemický zákon zároveň stanoví, že Ministerstvo zdravotnictví může za účelem naplňování mimořádných opatření podle § 2 nebo mimořádných opatření podle § 69 zákona č. 258/2000 Sb., zákona o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o ochraně veřejného zdraví“), jejichž účelem je likvidace epidemie COVID-19 nebo nebezpečí jejího opětovného vzniku, usměrňovat, koordinovat a kontrolovat činnost poskytovatelů sociálních služeb (konkrétně v týdenním stacionáři, domově pro osoby se zdravotním postižením, domově pro seniory nebo domově se zvláštním režimem).

Obdobné oprávnění je stanoveno i v § 69 odst. 1 písm. b) ve spojení s § 80 odst. 1 písm. g) a 82 odst. 2 písm. m) zákona o ochraně veřejného zdraví. Podle zákona o ochraně veřejného zdraví jsou krajské hygienické stanice a Ministerstvo zdravotnictví oprávněny vydat při epidemii a nebezpečí jejího vzniku mimořádné opatření spočívající v zákazu nebo omezení styku skupin fyzických osob podezřelých z nákazy s ostatními fyzickými osobami, včetně uzavření zařízení



nesvěřuje poskytovateli sociálních služeb. Za nesprávnou považují i praxi, kdy takto poskytovatel činí na základě výhrady, kterou si stanoví ve smlouvě o poskytování služby.⁶⁸ Plošný zákaz návštěv bez jakékoliv vazby na další podmínky a časovou limitaci totiž stále staví poskytovatele do role strany, která autoritativně rozhoduje o právech druhé strany, aniž by ta měla jakoukoliv možnost svou situaci ovlivnit. **Ve svém důsledku pak může vést takovéto jednání poskytovatele k i několikaměsíčnímu znemožnění kontaktu s blízkými osobami, což by mohlo za určitých okolností představovat porušení práva na soukromý a rodinný život.**

V době návštěvy pracovníc Kanceláře podmínky návštěv pro zařízení sociálních služeb na celostátní úrovni stanovovalo *Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví* (dále jen „mimořádné opatření“). Jsem toho názoru, že návštěvy v zařízení měly být klientům umožněny za podmínek tohoto mimořádného opatření.⁶⁹ Opačný postup, kdy si poskytovatel stanovuje další opatření, která nemají oporu v žádném předpisu, pak vnímám jako neoprávněné rozšiřování podmínek pro vstup do zařízení.

Zařízení proto vyzývám, aby v případě obdobné situace návštěvy klientů preventivně neomezovalo nad rámec stanovených mimořádných opatření. V případě pochybností o správném postupu pak doporučuji kontaktovat příslušnou krajskou hygienickou stanici, která za tímto účelem disponuje odborníky s potřebnou znalostí v oblasti vyhodnocování epidemiologických rizik. Rovněž doporučuji sledovat vydávaná mimořádná opatření Ministerstva zdravotnictví, krajské hygienické stanice, jakož i doporučené postupy Ministerstva práce a sociálních věcí pro oblast sociálních služeb.

21. Volnost pohybu a COVID-19

V době návštěvy pracovníc Kanceláře bylo klientům zakázáno opouštět areál zařízení s odkazem na aktuální epidemiologickou situaci (jednalo se o zhruba již 14 dnů trvající stav). Zákaz stanovilo vedení zařízení údajně na základě doporučení ošetřujícího praktického lékaře klientů. Pracovnícím Kanceláře bylo dále sděleno, že tímto zákazem vedení zařízení „kopíruje“ praxi zdravotnických zařízení v okolí.

sociálních služeb. Zákonodárce se však v pandemickém zákoně odkazuje na užití zákona o ochraně veřejného zdraví pouze subsidiárně, orgány ochrany veřejného zdraví by tedy v případě vydávání mimořádných opatření měly postupovat primárně podle pandemického zákona (viz ustanovení § 1 odst. 2 pandemického zákona).

68 Ze Smlouvy o poskytování služby (část IX, bod 4): „Poskytovatel má právo omezit přechodně návštěvy osob přicházejících za uživatelem, vyžadují-li to hygienicko-epidemiologické důvody, nebo jiné závažné důvody.“

69 Dle tohoto opatření mohou návštěvu v těchto zařízeních vykonat pouze osoby, které nevykazují klinické příznaky onemocnění COVID-19 a dále pouze pokud absolvují PCR či antigenní test nebo pokud jsou očkovány nebo pokud prodělaly onemocnění COVID-19, přičemž poskytovatel může v případě zřetele hodných organizačním opatřením stanovit jinak. Osoba navštěvující uživatele, která splní některou z uvedených podmínek, může vykonat návštěvu při dodržení dalších režimových opatření poskytovatele. Viz *Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví* ze dne 18. listopadu 2021, č. j. MZDR 14597/2021-5/MIN/KAN.

Toto mimořádné opatření však bylo s účinností k 14. březnu 2022 zrušeno. Aktuálně tedy na celostátní úrovni neexistuje jakékoliv opatření, které by stanovovalo podmínky návštěv pro jakékoliv zařízení sociální péče.



Ze strany příslušných orgánů přitom nebylo vydáno žádné opatření, které by pohyb klientů mimo zařízení sociálních služeb jakýmkoliv způsobem omezovalo.⁷⁰ V domově navíc již dle sdělení nebyl řadu měsíců zaznamenán případ klienta, u něhož by byla potvrzena nákaza onemocněním COVID-19.

Upozorňuji, že obdobně jako v případě přijímání návštěv v zařízení poskytovatel postrádá zákonné zmocnění, na základě něhož by mohl omezovat svobodu pohybu klientů s odkazem na aktuální epidemiologickou situaci. I krajská hygienická stanice může situaci v zařízení v tomto ohledu regulovat pouze v případě výskytu infekční nákazy v zařízení.⁷¹ V případě možných nejasností v budoucím postupu doporučuji obrátit se se žádostí o konzultaci na příslušnou krajskou hygienickou stanici, případně na Ministerstvo práce a sociálních věcí, které je orgánem metodické podpory.

Opatření:

- 31) Neomezovat práva klientů nad míru stanovenou závaznými právními předpisy (průběžně).**

70 K takovému opatření je oprávněna vláda na základě čl. 5 a 6 zákona č. 240/2000 Sb., zákona o krizovém řízení a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a to pouze v době vyhlášeného nouzového stavu.

71 Tím mám na mysli nařízení karantény a izolace u suspektních a pozitivních klientů ve smyslu ustanovení § 2 odst. 6 a 7 ve spojení s ustanovením § 87 odst. 2 zákona o ochraně veřejného zdraví.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Umožnit klientům, u nichž personál nevyhodnotí pohyb mimo areál/budovu zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (opatření č. 6).• Zrušit plošný zákaz užívání alkoholu (opatření č. 8).• Stanovit, u koho má být příjem stravy preventivně sledován (opatření č. 11).• Provázat nabídku aktivit s procesem individuálního plánování (opatření č. 18).• Upustit od plošného ukládání osobních dokladů u personálu (opatření č. 19).• Zajistit dostatečný způsob předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky a pracovníky v přímé péči (opatření č. 28).
Do 1 měsíce	<ul style="list-style-type: none">• Nastavit pravidla pro případy resuscitace klienta; edukovat v této oblasti personál (opatření č. 26).
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Uzpůsobit prostředí potřebám lidí s demencí, kteří mohou mít problém s orientací (opatření č. 1).• Vytvořit klientům volně přístupné prostory pro trávení volného času, které budou připomínat běžnou domácnost (opatření č. 2).• Zajistit funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou s ohledem na své kognitivní postižení schopni je ovládat, a to tak, aby na ně z lůžka dosáhli (opatření č. 10).• Zajistit všem pracovníkům podporu ze strany kvalifikovaného nezávislého pracovníka (opatření č. 27).
Do 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Začít pracovat s metodou bazální stimulace; edukovat v této oblasti personál (opatření č. 24).
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Upouštět od využívání více než dvoulůžkových pokojů (opatření č. 3).• Zaznamenávat práci s rizikem při manipulaci s klíči do dokumentace klienta [od skříně i od pokoje]; (opatření č. 4).• Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu venku (opatření č. 5).• Zajistit všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den bez časového omezení) a činit o tom záznamy do dokumentace klienta (opatření č. 7).• Zajišťovat klientům hygienickou péči dle jejich individuálních přání a potřeb, celkovou koupel však nejméně dvakrát za sedm dnů (opatření č. 9).• Pořizovat objektivizované záznamy příjmu stravy a tyto pravidelně vyhodnocovat ve spolupráci s lékařem (opatření č. 12).



- Zajistit, aby podávání stravy probíhalo důstojným způsobem (opatření č. 13).
- Zajistit pro pomoc se stravováním dostatek času a personálu (opatření č. 14).
- Zajistit pro pracovníky pravidelné školení v tématu komunikace s klientem s demencí (opatření č. 15).
- Systematicky mapovat komunikační schopnosti a potřeby klientů, z nich vycházet při navazování funkčního způsobu komunikace s klienty (opatření č. 16).
- Zajistit nabídku aktivit, které odpovídají individuálním potřebám jednotlivých klientů s důrazem na specifika demence (opatření č. 17).
- Systematicky zavádět do praxe téma sexuality a intimity klientů (opatření č. 20).
- Do dokumentace klienta zaznamenávat, kdo rozhodl o nasazení postranice, z jakého důvodu a na jaký časový úsek [den/noc] bude mít klient postranici nasazenou (opatření č. 21).
- Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 22).
- Zabránit míchání léků při jejich drcení (opatření č. 23).
- Zajišťovat rehabilitační péči v dostatečné míře odpovídající potřebám klientů (opatření č. 25).
- Pracovat s klienty dle jejich diagnózy a fáze jejich onemocnění jako s nezbytným předpokladem pro nastavení správné péče (opatření č. 29).
- Při jednání se zájemcem o službu respektovat zákonná ustanovení (opatření č. 30).
- Neomezovat práva klientů nad míru stanovenou závaznými právními předpisy (opatření č. 31).