



Domov pro seniory Burešov, p. o.

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Burešov 4884, 760 01 Zlín
Zřizovatel:	Zlínský kraj
Ředitel:	Ing. Vlastimil Zaydlar
Typ zařízení:	domov se zvláštním režimem
Kapacita:	136 (navštívená část)
Datum návštěvy:	5. - 7. červen 2017
Datum vydání zprávy:	11. října 2017
Návštěvu provedli:	Mgr. Katarína Haukvitzová, Pavla Hýblová, Mgr. et Mgr. Romana Jakešová, Mgr. Marie Lukasová, Mgr. Ladislav Tomeček, Mgr. et. Mgr. Josef Veselý

Mgr. Anna Šabatová, Ph.D.
veřejná ochránkyně práv

Obsah

Úvodní informace	3
A. Systematická návštěva a její cíl	3
B. Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	3
C. Navržená opatření k nápravě	4
D. Zaměření návštěvy	5
E. Základní informace o zařízení	5
F. Průběh návštěvy	6
Shrnutí	7
Péče o osoby trpící syndromem demence	8
1. Stadia demence	8
2. Individuální přístup	8
3. Vedení sociálního úseku a přímé obslužné péče	10
4. Ošetrovatelské aspekty každodenní péče	10
5. Nutriční intervence a komplexní nutriční péče	11
6. Nakládání s léky bez evidence	13
7. „Utlumení“ klienti	13
8. Aktivizace	14
Prostředí a vybavení	16
9. Orientace v realitě	16
10. Koupelny	17
11. Zajištění bezpečí	17
12. Společenská místnost	19
13. Pokoje klientů	22
14. Venkovní prostory	22
Další aspekty poskytované péče	24
15. Ohledy na důstojnost a osobnost klienta	24
16. Podávání stravy	24
17. Rehabilitační péče	25
18. Ošetrovatelské aspekty v každodenní péči	25
19. Pobyť na vzduchu	26
20. Detence v sociálních službách	26
Přehled opatření k nápravě	28



Úvodní informace

A. Systematická návštěva a její cíl

Na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, vykonávám činnost národního preventivního mechanismu, v jehož rámci provádím systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Důvodem omezení na svobodě je rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo závislost osoby na poskytované péči. Cílem systematických návštěv je posílit ochranu osob omezených na svobodě před všemi formami špatného zacházení.¹ Zařízení sociálních služeb představují zařízení ve smyslu § 1 odst. 4 písm. c) zákona o veřejném ochránci práv.

Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv.² Pracovníky jsou právníci a zdravotní sestry. Šetření spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a klienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.³ Charakter návštěv je preventivní, s cílem působit do budoucna a zvyšovat standard poskytování sociálních služeb v České republice.

B. Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení⁴

Z každé systematické návštěvy pořizuji zprávu, jejíž součástí mohou být návrhy opatření k nápravě. Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k prevenci nebo odstranění špatného zacházení. Zpráva nepopisuje praxi zařízení, která odpovídá dobrým standardům zacházení. Proto může působit negativním dojmem. Prosím čtenáře, aby zprávu četli s tímto vědomím a nepovažovali mé závěry za nedocenení náročné práce zařízení.

Zprávu zašlu zařízení a vyzvu je, aby se k mým zjištěním a navrženým opatřením otevřeně a s odůvodněním vyjádřilo. Jsem připravena zabývat se předloženými argumenty. Shledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující je pak vysvětlení zjištěných pochybení, doložení navržených opatření k nápravě či hodnověrný příslib jejich realizace. Neshledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným, vyrozumím

1 Špatným zacházením se rozumí jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost a dosahuje určitého stupně závažnosti (samo o sobě, nebo při kumulativním účinku jednotlivých zásahů). Ve zdravotnických zařízeních 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 léčebném postupu, anebo podobu neodůvodněného používání omezovacích prostředků.

2 V souladu s § 25 odst. 6 zákona o veřejném ochránci práv.

3 V souladu s § 21a ve spojení s § 15 zákona o veřejném ochránci práv.

4 Vysvětluji postup, který plyne z § 21a odst. 3 a 4 zákona o veřejném ochránci práv.



o tom nadřízený úřad (případně vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁵ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace zprávu z návštěvy zařízení, včetně obdrženého vyjádření, anonymizuji (vyjma jmen osob pověřených vedením zařízení) a zveřejním na svých internetových stránkách v sekci <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.⁶

Po provedení série souvisejících návštěv vydávám tzv. souhrnnou zprávu. Tu také zveřejňuji a doručuji příslušným orgánům veřejné moci. V souhrnné zprávě bez vazby na konkrétní navštívené zařízení shrnuji svá zjištění a doporučená opatření k nápravě, navrhuji systémová doporučení, případně formuluji standard dobrého zacházení. Cílem také je, aby zpráva byla k dispozici nenavštíveným zařízením jako vodítko k odstranění nebo prevenci špatného zacházení.⁷

C. Navržená opatření k nápravě

Navržená opatření k nápravě jsou zpravidla různá svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Při jejich formulaci navrhuji také termín realizace, přičemž očekávám, že zařízení jej buď respektuje, anebo odůvodněně navrhne jiný termín. Pro snazší orientaci poskytuji v závěru zprávy jejich přehled.

- **Bezodkladná opatření** je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Je-li jejich realizace náročná, je třeba je provést v nejkratší možné době. Za bezodkladná pokládám opatření, která považuji za naléhavá a přiřkládám jim velkou důležitost, anebo která považuji za objektivně snadno realizovatelná.
- **Opatření s delší lhůtou** je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho, tří, šesti měsíců, jednoho roku.
- **Opatření s průběžným plněním** formuluji tam, kde je třeba zavést do praxe určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že se tak stane bezodkladně a bude se dbát na uplatňování do budoucna.

Očekávám, že zařízení ve vyjádření ke zprávě (1) sdělí, že opatření bylo realizováno a jak, nebo (2) kdy a jak se tak stane, nebo (3) navrhne jeho alternativu.

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

6 V souladu s § 23 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

7 Dosud zveřejněné souhrnné zprávy a další dokumenty související s ochranou osob omezených na svobodě jsou dostupné na <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.



D. Zaměření návštěvy

Podmínky poskytování sociálních služeb upravuje především zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jako zvláštní sociální služby definuje domov pro seniory (§ 49) a domov se zvláštním režimem (§ 50). Zařízení pobytových sociálních služeb pro seniory bylo předmětem řady systematických návštěv v minulosti. O zacházení s klienty z pohledu prevence špatného zacházení obšírně pojednává má **Zpráva ze systematických návštěv domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.**⁸ Na více místech tohoto textu se na ni jen odkazují (dále jen Souhrnná zpráva 2015), stejně jako na odborný standard obsažený ve **Strategii České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA.**⁹ Nadto nezařazují rozsáhlé pasáže s výkladem o právu poskytování sociálních služeb, standardech, specifikách poskytování péče seniorům obecně a lidem trpícím syndromem demence zvláště; existuje dostatek podkladů a vzdělávacích programů.

E. Základní informace o zařízení

Domov pro seniory Burešov (dále jen „zařízení“ nebo „domov“) poskytuje sociální službu domov pro seniory a sociální službu domov se zvláštním režimem. Zřizovatelem je Zlínský kraj.

Domov se nachází v okrajové zlínské čtvrti uprostřed zeleně, je obklopen zahradou a lesy. Budova byla postavena v roce 1984 a byla projektována k jinému účelu. Domov pro seniory Burešov poskytoval ve stávající budově po nabytí účinnosti zákona o sociálních službách pouze službu domov pro seniory. Potřeby klientů vedly k tomu, že zařízení požádalo o registraci služby domov se zvláštním režimem. Pro tu bylo nejprve vyhrazeno páté podlaží, a to v roce 2011. Postupně byla služba domov se zvláštním režimem rozšířena a začala být poskytována ve čtvrtém, třetím a druhém podlaží. Služba domov pro seniory je v současnosti poskytována už jen v prvním podlaží.

Tato zpráva se týká pouze domova se zvláštním režimem (dále jen domov) a nepojednává o službě domov pro seniory, jíž se návštěva netýkala.

Cílovou skupinu domova tvoří senioři starší 60 let nemocní Alzheimerovou chorobou a jiným typem demence, kteří mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Zdravotní problémy a křehkost klientů si vyžadují, aby domov poskytoval rovněž ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Pečující personál je rozdělen na sociální a zdravotní úsek. Pokoje klientů jsou jedno až třílůžkové.

Domov se zvláštním režimem je pro klienty uzavřené zařízení. Vchodové dveře do každého podlaží mají zevnitř kulatou kliku a jsou vybavené zařízením ke snímání otisku prstu, které

8 Dálkově je dostupná na:

https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf.

9 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence [on-line]. Praha: Česká Alzheimerovská společnost. Revidovaná verze 2013 [cit. 10. srpna 2017]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>.



dveře otevírá osobám s povolením patro opustit (aktuálně tři klienti). Hlavní vchod do budovy hlídá pracovník externího subjektu, který zajišťuje recepci.

Část personálního zajištění služby byla v době návštěvy provizorní. Pozice vedoucího sociálního úseku a přímé obslužné péče byla již dva měsíce neobsazena. Některé týmy pracovníků v sociálních službách na patrech byly oslabené dlouhodobými nemocenskými. Nutriční terapeutka se teprve zapracovávala. Sociální pracovnice se rovněž střídaly.

F. Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 5. až 7. června 2017, bez předchozího ohlášení. Ředitel byl o návštěvě osobně informován při jejím zahájení. Jemu bylo rovněž předáno pověření k provedení návštěvy a vyžádána potřebná dokumentace.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“) Mgr. Katarína Haukvitzová, Mgr. et Mgr. Romana Jakešová, Mgr. Marie Lukasová, Mgr. Ladislav Tomeček a Mgr. et. Mgr. Josef Veselý. Na šetření se též podílela pověřená expertka Pavla Hýblová, lektorka v oblasti sociální a zdravotní péče.

Šetření sestávalo z prohlídky zařízení, pozorování personálu při práci, rozhovorů s pracovníky (řada krátkých doptávání v průběhu činností i několik samostatných rozhovorů), rozhovorů s klienty (krátkých interakcí i několik samostatných rozhovorů), studia vnitřních předpisů, pracovních pomůcek, výkazů i dokumentace vedené o klientech, včetně ošetrovatelské, a to jak ve fyzické tak elektronické formě. Součástí mého spisu je také fotodokumentace, o kterou se opírá řada závěrů. Prvního dne návštěvy proběhlo noční šetření a následujícího dne brzké ranní šetření.

Domov poskytl veškerou výslovně požadovanou součinnost. Problematická byla během prvního dne návštěvy pouze domluva s pracovníkem na recepci. Pracovníci Kanceláře mu při odchodu z domova kolem 18. hodiny sdělili, že se ještě po 21. hodině opětovně dostaví na noční šetření. I přes ujištění, že o možnosti nočního šetření vyrozuměli ředitele domova a jeho prostřednictvím zdravotní sestry na jednotlivých patrech, recepční opakovaně bez dalšího uváděl, že pracovníky Kanceláře do domova v tu dobu nepustí, a choval se nezdvořile. Absence komunikačních schopností a snahy pružně řešit, možná neobvyklý, požadavek a situaci nutně vede k otázce, jak je tento externí pracovník bezpečnostní agentury schopen citlivě a zdvořile jednat s klienty domova či s těmi, kdo je přicházejí navštívit.



Shrnutí

Domov pro seniory Bureš věnuje podstatnou část své kapacity osobám trpícím syndromem demence, ale způsob poskytování péče tomu není dostatečně přizpůsoben. To je odborný problém, který poznamenává práci pracovníků prakticky všech profesí a měl by se stát prioritou vedení, jinak hrozí v konkrétních případech špatné zacházení v podobě zanedbané podvýživy, rizika pádu, vynucené inkontinence nebo imobilizace. Deset z jedenácti doporučení věnuji právě tomuto komplexnímu problému.

V péči se musí začít zohledňovat stupeň demence klienta, musí být vytvořeny předpoklady pro skutečně individuální přístup, vhodnou aktivizaci a řádné provedení ošetrovatelských aspektů v každodenní práci pracovníků v sociálních službách. Ty jsou nyní často zanedbány v důsledku nedostatečné spolupráce pracovníků jednotlivých profesí a nedostatečné kapacity rehabilitačního pracovníka a pracovníků v sociálních službách. Prioritou je rovněž standardizace nutriční péče, neboť řada klientů domova vykazuje hodnoty podvýživy a celá cílová skupina je riziková. Samostatným problémem je pozorovaná utlumenost části klientů, jež není zcela vysvětlená. Každopádně nefarmakologické postupy předcházení a zvládnání poruch chování provázejících v některých případech demenci musí být rovněž rozvinuty.

Velkým problémem, který může brzdit nápravu vytknutých slabých míst, je neobsazení klíčových pozic (vedoucí sociálního úseku a přímé obslužné péče, sociální pracovníci) a nedostatek pracovníků v sociálních službách. V době návštěvy spočíval veškerý individuální přístup na intuici personálu, a také na přítomnosti pátého pracovníka v sociálních službách ve směně.

Zařízení musí vzít v potaz, že péče o osoby trpící syndromem demence je naprosto specifická. Změna paradigmatu nespočívá v tom, že se z podlaží původně určených pro službu domov pro seniory stanou podlaží určená pro službu domov se zvláštním režimem. Nezbytné je rovněž přizpůsobení vnitřního i vnějšího prostředí, jehož deficity jsou důvodem pro další posílení personálu.

Ve snaze pojmenovat to podstatné formuluji pouze 11 opatření. Obsahují v sobě ale požadavky na hlubší práci na organizaci práce, zacílené vzdělávání pracovníků, efektivnější používání dokumentace. Zprávu opatřuji jen stručnou argumentací, neboť je na poskytovateli, který je odborníkem v oblasti sociálních služeb, aby ke své cílové skupině přistoupil skutečně odborně a standard náležité péče seznal a implementoval.

Silnou stránkou zařízení je personál v přímé péči, který má o klienty zájem, projevuje dobrou intuici a citlivost.



Péče o osoby trpící syndromem demence

1. Stadia demence

Východiskem pro poskytování adekvátní podpory a péče lidem s demencí v jakékoli fázi onemocnění je zjištění stádia demence a vyhodnocení funkčního stavu klienta (vizte Strategii České alzheimerovské společnosti P-PA-IA). Vzhledem k progresi demence u některých onemocnění je nutné vyhodnocení průběžně opakovat. Toto zhodnocení je předpokladem zvolení správného přístupu (P – podpora, poradenství, pomoc; PA – programované aktivity; IA – individualizovaná asistence) a pro individuální přístup ke klientům [§ 2 odst. 2 a § 88 písm. f) zákona o sociálních službách].¹⁰

Z rozhovorů bylo zjištěno, že pracovníci v sociálních službách neví a nemají možnost zjistit, v jakém stádiu demence se konkrétní klient nachází. Stádium demence není zohledňováno ani při tvorbě individuálních plánů. Ty přitom vytvářejí právě oni. Ani v ošetrovatelské dokumentaci klientů nelze informaci o stádiu demence nalézt, dle sdělení zdravotních sester domov s touto informací nepracuje. Domov ani systematicky nevyhodnocuje stav klientů. Pracovníci Kanceláře pozorovali, že přístup pracovníků v sociálních službách ke klientům je citlivý a ohleduplný, nicméně je nutně pouze intuitivní.

Opatření:

- 1) zjišťovat stádium demence klienta, vyhodnocovat funkční stav klientů a zohlednit je v individuálním plánování a konkrétní péči (bezodkladně).**

2. Individuální přístup

Individuální přístup představuje jednu ze základních zásad poskytování sociálních služeb. Jak to doporučuji v opatření č. 1, do individuálního plánování je nutné promítat potřeby člověka vycházející ze syndromu demence, respektive z toho, jak jej postihuje, neboť od určitého stupně onemocnění demence zásadně poznamenává člověka v jeho komunikaci, fungování ve společnosti a aktivitách každodenního života. Lidé trpící pokročilou až těžkou demencí „profitují z individualizované asistence a z aktivit individualizovaných podle jejich potřeb, protože jejich stav pokročil již natolik, že se na režimu programovaných aktivit nemohou podílet, respektive účast v programovaných aktivitách již pro ně není přínosná, naopak je příliš zatěžující a způsobuje diskomfort.“¹¹

V domově je nastaven proces stanovování individuálních plánů, respektive „individuálních plánů“ a „plánů péče“. Na jejich základě a na základě pozorování personálu při práci a doplňujícího doptávání si dovoluji zhodnotit, že přístup ke klientům je jednotný, nikoli individuální, a individuální plán nepostihuje vždy to podstatné z hlediska klienta. Pracovníci v sociálních službách se snaží skrze individuální plánování vnímat klienta v jeho jedinečnosti. Také jednotlivé oblasti v plánu péče jsou často dobře zacílené (schopnost samoobsluhy,

¹⁰ Blíže k tomuto standardu viz Souhrnná zpráva 2015, str. 9 - 12.

¹¹ Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, str. 15.



formy aktivizace). Organizace práce a personální zajištění však neumožňují orientovat péči skutečně na každého jednotlivého člověka a individuální přístup se omezuje na intuitivní laskavost, pokud je na ni čas.

Příkladem formálního individuálního plánu je ten u paní A.: Zachycuje opakovaně jako osobní cíl přání klientky být navštěvována canisterapeutickým psem. Po šesti měsících není zhodnoceno, jak byl cíl naplňován, jen se opakuje. Rukou psaný záznam pracovníka ze dne revize plánu sděluje: „má ráda psy, přeje si návštěvu canister. psa, uživatele jsem sdělila, že si může stěžovat“.

Jiná kazuistika zachycuje potřebu individuálního přístupu u klienta. Pan B. chce, dle záznamů v dokumentaci, zůstat co nejdříve soběstačný, aby mohl docházet do klubovny sám na jídlo. Dále dokumentace uvádí, že má rád klid. Na provádění hygieny a na holení, které jsou prováděny pečovatelkami a holičkou, reaguje slovně i fyzicky agresivně. Při problémech s hygienou si pracovníce v sociálních službách zavolala ještě zdravotní sestru, aby jí pomohla s výměnou klientovy inkontinenční pomůcky, a ta mu během provádění výměny zpívala. Přístup personálu je intuitivní a situační a záleží na pohotovosti a citlivosti toho, kdo právě slouží, namísto aby se významné téma interakce klienta s personálem stalo prioritou individuálního plánu. V dokumentaci pana B. je zaznamenán pouze popis jeho problémového chování, a to i opakovaně. Dokumentace neobsahuje nic o hledání jeho příčiny (v multidisciplinárním týmu), nebo preventivních strategií, jak klienta na zátěžové úkony připravit a zklidnit ho, jak nalézt formu hygieny, kterou akceptuje v klidu.

Klienti jsou buzeni mezi 5. a 6. hodinou ranní na „přebalení“. Při ranní návštěvě již v 5:35 hod. byla výměna inkontinenčních pomůcek hotova. Snídani přitom domov nabízí pro všechny klienty až v 7:30 hod. V dokumentaci se nikde neodráží mapování potřeb a zvyků klientů vstávat v určitý individuálně daný čas. Rozvrh práce má přednost před potřebami klienta stran denního rytmu.

Pracovníci nevidí v žádných individuálních opatřeních problém, ale jejich realizace je podmíněna žádostí klienta. Uvaří kávu, vysadí do křesla, doprovodí na toaletu, pokud si klient řekne – což je u osob přesazených do ústavní péče a navíc stížených demencí nesprávný přístup. Zdůrazňuji, že nepřehlížím velké množství práce, které pečující denně na odděleních vykonají a která je vidět: klienti používají své oblečení, které se po vyprání v pořádku vrací; někteří klienti mají pravidelně doprovod na bohoslužbu; některým klientům jsou zprostředkovány služby kantýny; k ošetrovatelské práci více níže. Nicméně individuální přístup naplněn není.

Opatření:

- 2) do individuálních plánů zakomponovat skutečné potřeby klientů, propojovat plán s každodenní prací pečujícího týmu (průběžně),**
- 3) kontinuálně odborně vést pracovníky v sociálních službách v individuálním plánování (průběžně).**



3. Vedení sociálního úseku a přímé obslužné péče

Péče o osoby trpící syndromem demence musí být komplexní, tj. musí zahrnovat složku sociální, pečovatelskou a zdravotní. Pracovníci v sociálních službách musí mít odborné vedení, řízení i kontrolu; část jejich práce, která má ošetrovatelský přesah, musí být koordinována s prací zdravotních sester. Odborné vedení a zajišťování vzdělávání je zvlášť zapotřebí v zařízení, kde specifika péče o osoby trpící syndromem demence ještě nepronikla do způsobu práce a individuálního plánování.

Toto vše je v domově úkol vedoucího sociálního úseku a přímé obslužné péče, jehož post byl v době návštěvy již dva měsíce neobsazen. Vedoucí sociálního úseku odešla na nemocenskou, později na mateřskou dovolenou. Na její místo nebyl nikdo určen, ani ji nikdo nezastupoval. Pracovnice, která by perspektivně mohla takto působit, se zaučovala na jiném úseku. Vedoucí přímé obslužné péče (na každém patře je jeden a řídí tamní pracovníky v sociálních službách) uvedli, že absenci nadřízeného pociťují negativně, neboť nikdo nekoordinuje pracovní postupy a nepomáhá jim odborným vedením řešit složitější úkoly. V důsledku její absence není propojen sociální úsek s úsekem přímé obslužné péče, ani s úsekem zdravotním.

Neobsazení pozice vedoucího sociálního úseku představuje riziko nedostatečné odbornosti poskytované péče a ztráty kontinuity. Současně je nepřiměřeně přenášena odpovědnost na vedoucí přímé obslužné péče, kteří jsou pracovníky v sociálních službách, a tudíž nemusí mít nebo nemají potřebné kompetence či znalosti, které musí mít vedoucí úseku.

Opatření:

- 4) obsadit pozici vedení sociálního úseku a přímé obslužné péče (do 1 měsíce).**

4. Ošetrovatelské aspekty každodenní péče

Tam, kde ze zdravotního stavu klientů plynou ošetrovatelské problémy, musí být v dostatečné míře dostupná práce zdravotní sestry a pracovníci v sociálních službách musí mít jasné zadání, co se týká úkonů péče o klienta, které mají s těmito ošetrovatelskými problémy souvislost.

Organizace práce v domově nepočítá s pravidelnými interdisciplinárními schůzkami personálu patra, a to ani v rámci předání směn. Vrchní sestra vnímá práci sester jako oddělenou od pracovníků v sociálních službách a pozoruje velkou vyčerpávanost sester, když jsou stále volány k nějakým problémům. Dotázaní pracovníci sice uváděli, že spolu na směně průběžně komunikují, a je pravda, že sestry a pracovníci v sociálních službách sdílejí některé záznamy. Jak ale popisují níže, spolupráce není dostatečná stran práce s rizikem pádu, nutriční péče, mobilizace klienta; spíše se řeší jen nejvýznamnější problémy. Pracovníci v sociálních službách musí mít u ošetrovatelských aspektů své práce také zadání sestry, a to včetně nastavení plánu péče, a sestry naopak od nich potřebují včasné zprávy o stavu klientů.



Opatření:

- 5) vytvořit podmínky – organizační a dokumentační – pro úzkou spolupráci pracovníků v sociálních službách a zdravotních sester (do 6 měsíců).**

5. Nutriční intervence a komplexní nutriční péče

Demence je energeticky náročná. Proto, a s ohledem na další rizikové faktory, musí péče této cílové skupině zahrnovat také nutriční péči (prevenci malnutrice, včasné zachycení rizika, případnou nutriční intervenci), jež předpokládá koordinaci práce pečovatелů, zdravotních sester a nutričního terapeuta.¹² U klienta v riziku malnutrice musí zařízení sledovat po určitou dobu příjem stravy. Nutriční terapeut pak vyhodnotí situaci klienta a určí další postup. Pokud již klientův nutriční stav vykazuje hodnoty podvýživy, je u něj třeba konkrétně sledovat a evidovat veškeré přijaté jídlo a tekutiny, a to nejen ve formě celá/část porce. Jen tak má nutriční terapeut možnost propočítat nutriční hodnoty zkonsumované stravy, tj. hodnotu bílkovin, sacharidů, tuků a energetickou hodnotu stravy. Na základě těchto zjištění pak má navrhnout vhodné řešení malnutrice.

V praxi domova se uplatňují dílčí opatření a postupy, jež naplnění tohoto standardu sledují. Zavedlo se měsíční vážení klientů, některá pozorování klientů se zapisují, začínají se využívat nástroje pro práci s rizikem malnutrice v programu Cygnus, některým klientům se někdy podávaly nutridrinky. Nutriční plány ale dosud nejsou spolehlivě zavedeny, reakce na zjištěný váhový úbytek není standardizovaná, práce v oblasti prevence malnutrice není systematická, není zaveden alternativní mechanismus pro klienty, které nelze vážit. V domově dosud nepracoval nutriční terapeut u lůžka, k této práci se několik dní zaučovala pracovnice původně působící ve stravovacím provozu. Nutriční standard byl ve fázi dokončování. Uvedu příklad:

- Dne 19. 5. 2017 domov vyhodnotil, že klientka C. je těžce podvyživená. Klientce byl do stávající diety přidán potravinový doplněk „nutridrink“. Současně započal domov se sledováním příjmu stravy pomocí „koláčkového“ formuláře a zapisováním konkrétního množství příjmu tekutin. Domov sledoval příjmy a evidoval je do 31. 5. 2017. Záznam o tom, kdo rozhodl o konci sledování a evidování příjmů nebylo možno ani s pomocí nutriční terapeutky, zdravotní sestry či vedoucího přímé obslužné péče dohledat. Další záznam identifikující nutriční stav klientky je ze dne 6. 6. 2017. I když došlo ke zvýšení její váhy o 3,5 kg, klientka je nadále podvyživená.
- Z evidence příjmu stravy vyplývá, že klientka obdržela dne 22. 5. 2017 kromě běžných denních jídel ještě v 19:30 hod. rohlík a v 20:30 hod. další rohlík. Ze „záznamů péče“ z téhož dne vyplývá, že klientka měla v uvedenou dobu hlad a že vždy dostala rohlík. Ze „záznamu péče“ ze dne 27. 5. 2017 vyplývá, že klientka měla toho dne večer hlad a obdržela v 19:00 hod. dva namazané chleby a v 20:10 hod. namazaný chléb. V evidenci příjmu stravy není tato informace zaznamenána.

¹² Souhrnná zpráva 2015, str. 41–47.



Chci na tomto konkrétním případě poukázat na několik nedostatků, které mohly mít zásadní vliv na nutriční stav této klientky:

- Evidence ve formuláři na sledování příjmu stravy neodpovídá informaci ze „záznamu péče“. To devalvuje vypovídající hodnotu formuláře sledování příjmu stravy.
- Z interního „standardu nutriční péče“ nevyplývá, že se nutriční terapeutka seznamuje s údaji v „záznamu péče“. Není zřejmé, že se jí dostalo informace o tom, že si klientka stěžuje na to, že má hlad, případně že obdržela další jídlo.
- Poskytování rohlíků či chleba malnutriční klientce ve večerních hodinách nevidím jako vhodné. Odborníci v této souvislosti doporučují podávat např. ochucený tvaroh či jiný zdroj bílkovin. Již zde měla odborně zasáhnout nutriční terapeutka a stanovit, jaké jídlo mělo být klientce podáváno, když si stěžovala na to, že má hlad.
- Evidence sledování příjmu stravy a tekutin končí dne 31. 5. 2017 bez dalšího, není vyhodnoceno, zda již není klientka ohrožena podvýživou, není zřejmé, zda má být nadále podáván „nutridrink“.
- Považuji za nedostatek, že domov není schopen doložit, kdo rozhodl o ukončení sledování příjmu potravy a tekutin.
- Vzhledem k záznamu z 6. 6. 2017 je zřejmé, že již mnohem dříve bylo na místě začít konkrétně sledovat a evidovat veškeré přijaté jídlo a tekutiny, nejen ve formě části porce. Jen tak mohla nutriční terapeutka propočítat nutriční hodnoty zkonsumované stravy, tj. hodnotu bílkovin, sacharidů, tuků a energetickou hodnotu. A na základě těchto hodnot navrhnout vhodné řešení.
- Pracovníci v sociálních službách oprávněně pociťovali evidování příjmu stravy a tekutin jako „zbytečnost“, neboť se s evidencí dále nikterak neparovalo. Měli za to, že klientka byla nadále podvyživená a že jimi vedená evidence příjmu potravy neposloužila vyřešení podvýživy klientky.
- Pracovníkům v sociálních službách je potřeba sdělit, zda se domovu problematiku malnutrice podařilo vyřešit či zda bude a také jakým způsobem nadále řešena. Informace o vyřešení problému představuje pro pracovníky v sociálních službách zpětnou vazbu a možnost prožít uspokojení z toho, že jejich péče vedla k tomu, že klientka již nestrádá a zbytečně netrpí. Pokud nemají pracovníci v sociálních službách informace o úspěšnosti či neúspěšnosti určitých intervencí, nejsou respektováni jako součást multidisciplinárního týmu.

Dle vyjádření domova, které poskytl v dubnu tohoto roku krajskému úřadu, je v riziku malnutrice více než 80 klientů, 38 klientů je malnutričních. Na některých patrech je více než polovina klientů s váhou pod 50 kg. Váhové úbytky některých klientů dosahují např. 24 kg za rok a půl či 10 kg za čtyři měsíce. Tyto údaje považuji za alarmující. Domov se musí problematice podvýživy intenzivně a komplexně věnovat.

Opatření:

- 6) standardizovat pracovní postup nutriční pracovnice a dle něho konkrétně sledovat u nutričně rizikových klientů veškeré přijaté jídlo a tekutiny, zjišťovat hodnoty zkonsumovaných bílkovin, sacharidů, tuků a energetickou hodnotu stravy a stanovovat nutriční plány (do 3 měsíců),**



- 7) zajistit efektivní sdílení informací mezi pracovníky v sociálních službách, zdravotními sestrami a nutričním terapeutem (do 3 měsíců).**

6. Nakládání s léky bez evidence

Domov musí evidovat léky po zemřelých klientech. Léky nemohou po domově jen tak „kolovat“.

V případě že rodina nemá zájem o léky po zesnulém klientovi, přebírá je vrchní sestra. Ta má aktuální jmenný seznam „depo léků“, počet balení a tablet s dobou expirace. Mezi léky je např. risperdal. Vrchní sestra na vyžádání zdravotních sester z jednotlivých pater jim tyto léky vydá. Zdravotní sestry tak mají k dispozici neevidované druhy a množství léků. Záznam o důvodu pro jejich vydání, komu mají být podány, atd. domov nevede. Zpětně se nedá zjistit, které léky a kdy byly např. před měsícem či dvěma vydány. Starší seznamy „depo léků“ nejsou dohledatelné. Nelze zjistit jaké „nepřiřazené a volné“ léky byly na patra předány, a komu poté byly podány.

Stávající praxe představuje vážné riziko, že dojde ke zneužití léků, což může mít závažný dopad na zdraví klientů.

Opatření:

- 8) vést evidenci léků vydaných na jednotlivá podlaží a určit, pro kterého klienta budou používány (bezodkladně).**

7. „Utlumení“ klienti

Stanovování diagnóz a předpis léků je v kompetenci a na zodpovědnost lékařů klientů, tedy nikoli domova. Domov má, dle § 49 odst. 2 písm. h) zákona o sociálních službách, pomáhat klientům s uplatňováním práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a v rámci ošetrovatelské péče realizovat ordinaci lékaře a hodnotit stav pacienta. To zahrnuje i předávání poznatků o zdravotním stavu klienta lékaři a pomoc klientovi, pokud existuje důvodná domněnka, že nastavená léčba nedělá klientovi dobře.

Odborné názory na vhodnost předpisu antipsychotik u lidí s demencí se liší, každopádně pokud se k nim přistoupí, musí to být zasazeno do celého procesu zvládnání poruch chování, včetně použití nefarmakologických přístupů. Pokud pak ošetřující lékař volí některé z antipsychotik, musí mít na paměti, že tyto léky je možné podávat pouze po nezbytně nutnou dobu v co nejmenší dávce, neboť v současnosti existují přesvědčivé vědecké důkazy, které potvrzují riziko této medikace zejména při dlouhodobém podávání (více než 4 - 6 týdnů).¹³

¹³ „Poruchám chování lidí s demencí je třeba předcházet prostřednictvím nefarmakologických metod, psychosociálních intervencí a vhodnou úpravou prostředí. Pokud se vyskytnou situace, kdy člověk s demencí ohrožuje sebe a své okolí svým chováním (a situace nebyla zvládnuta nefarmakologickými přístupy), je třeba tyto situace řešit prostřednictvím kvalifikovaného zdravotnického pracovníka (samostatně pracující sestry), který bude analyzovat příčinu stavu (příčinou může být zácpa, retence, bolest, dehydratace atd.) a eventuálně přivolat lékaře. Medikaci lze podat výhradně na základě vyšetření a indikace lékaře. Pokud ošetřující lékař volí některé z antipsychotik, musí mít



Pozorování ukázalo, že mnoho klientů během dne spí (řádově třetina oddělení s klienty s pokročilou demencí). Mnozí z těch, kteří nespí, nejsou schopni komunikovat, nereagují na hmatové podněty, nereagují na to, že bude podáván oběd. Jedna klientka např. usínala během podávání jídla do úst při obědě. To by nasvědčovalo příliš vysokým dávkám tlumících léků. U některých klientů se spojuje problematika velkého úbytku váhy, utlumenosti a častých pádů (paní D.).

Paní E. byla dle propouštěcí zprávy z nemocnice opakovaně hospitalizována z důvodu předávkování sedativy. Ordinace léků u této klientky však nebyla extrémně vysoká. Jako vysvětlení pro předávkování se nutně nabízí, že klientce byly podány „nepřirazené volné léky“ nad rámec ordinovaných léků.

Zařízení by mělo upozornit lékaře, když je konkrétní klient přes den hodně „utlumený“ s tím, aby vyhodnotil, zda je množství a kombinace léků pro klienta vhodná a potřebná. S odkazem na předcházející odstavec „Nakládání s léky bez evidence“ musí zařízení skoncovat s praxí, kdy po patře volně kolují léky, jejichž podání není značeno.

Opatření:

- 9) sledovat, zda klienti nejeví známky velkého utlumení, a předávat toto pozorování ošetřujícímu lékaři spolu s žádostí o vhodnější nastavení medikace (průběžně).**

8. Aktivizace

V případě osob trpících demencí je aktivizace (jedna ze základních činností podle zákona o sociálních službách) jednak velmi důležitá a jednak je specifická. Ve fázi středně pokročilé a rozvinuté demence jsou klienti schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a mají užitek z programovaných aktivit. Aktivizace se má týkat právě jich, protože se tím udržuje normální náplň dne a soběstačnost člověka a tím se udržuje i jeho životní spokojenost. Osoby s těžkou demencí potřebují především individualizovanou asistenci. Pro obě skupiny je aktivizace předpokladem prožívání každého dne a nejsou již vhodné aktivity ve velkých kolektivech.¹⁴

V domově je aktivizace v náplni práce dvou pracovníků, z nichž pouze jedna je určena pro domov se zvláštním režimem. Každý všední den se dopoledne koná nějaká „celodomovní“ aktivita (poslech hudby, cvičení paměti, fyzické cvičení, výtvarná činnost, kognitivní rehabilitace), často ve společenské místnosti 4. podlaží. Účastní se klienti, kteří zvládnou přesun tam a do počtu zhruba 16 lidí. Pro naprostou většinu klientů se tedy jedná o mimořádnou událost, nikoli o běžnou součást dne. K tomu by bylo zapotřebí realizovat vhodné aktivity na každém patře a zajistit dopomoc i hůře pohyblivým klientům.

Rytmus dne samozřejmě vychází z práce pečovatelského personálu, který řadu aspektů aktivizace zajišťuje. Pracovníci ráno převlékají z pyžama zhruba polovinu klientů; u řady

na paměti, že tyto léky je zapotřebí podávat pouze po nezbytně nutnou dobu v co nejmenší dávce, neboť v současnosti existují přesvědčivé vědecké důkazy, které potvrzují riziko této medikace zejména při dlouhodobém podávání (více než 4–6 týdnů),“ Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA.

14 Souhrnná zpráva 2015, str. 26, Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA, str. 8–18.



zajišťují polohování, u téměř každého zajišťují osobní hygienu, u dvou třetin významně pomáhají při podávání stravy. Některé pracovníce občas používají prvky bazální stimulace. Jen výjimečně je ve směně tolik pracovníků, aby mohli zajišťovat také program ve společenské místnosti nebo doprovody na vzduch. Bylo zjevné, že pracovníci v sociálních službách nemají čas ani na individualizovanou asistenci pro klienty s těžkou demencí.

Zajištění řádné péče proto nezbytně předpokládá posílení personálu a promítnutí programovaných aktivit a individualizované asistence do programu aktivizace. Aktivizace se nemůže chápat jako nějaká kulturní nástavba.

Opatření:

- 10) zajistit aktivizaci všem klientům domova se zvláštním režimem, a to ve formě, která odpovídá jejich potřebám plynoucím z pokročilosti syndromu demence; posílit za tím účelem personál všech podlaží, co do počtu a odbornosti (do 1 roku).**

Prostředí a vybavení

9. Orientace v realitě

9.1 Označení pokojů a společenských místností

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.

Všem patřím je vlastní tzv. chodbové uspořádání. Vstupní dveře do pokojů jsou barevně shodné. Jmenovky jsou poměrně malé, umístěné ve výši očí člověka cca 1,7 m výšky. U dveří je někdy umístěn obrázek, např. zvířete či rostlin, motiv se někdy opakuje. Pracovníci Kanceláře několikrát pozorovali, kterak klienti během dne či večer neúspěšně hledali svůj pokoj, vstupovali do pokojů jiných klientů. Dveře společenské místnosti jsou většinou označeny piktogramy s motivem společenských her. Jsou-li dveře otevřeny, a většinu dne tomu tak je, klient piktogram nevidí, na zdi přitom žádný piktogram není.



Obrázek 1: Chodba oddělení.

Domov by měl udělat více pro to, aby byly dveře od pokojů pro klienty dostatečně rozpoznatelné. Doporučuji také vhodně umístit piktogramy označující společenskou místnost, a to u každé.



9.2 Označení pracovny sester a denní místnosti pracovníků v sociálních službách

Dveře od pracovny sester ani denní místnosti pracovníků v sociálních službách se nikterak neliší od dveří do pokojů či denních místností. I zde je prostor pro usnadnění orientace klientů.

9.3 Zorné pole ležících klientů

Zorné pole ležícího klienta představuje prostor, který mu může nabídnout potřebné podněty. Tam je potřeba umístit vše, co je výrazem jeho osobnosti, co mu připomíná domov a blízké a jeho identitu.

Je třeba učinit úpravu v těch pokojích, kde jsou fotografie rodiny a oblíbené dekorativní motivy a předměty umístěné na poličkách zavěšených nad hlavami ležících klientů. Nyní z nich nemohou mít užitek ani radost. V zorném poli ležících klientů by měl domov umístit vše, co může podpořit jejich smyslové vjemy.

10. Koupelny

Koupelna musí sloužit svému účelu, nemůže sloužit primárně jako skladiště.

Ve třetím podlaží se nacházejí dvě koupelny pro nesoběstačné klienty. Jedna z nich je rekonstruovaná a slouží svému účelu, druhá je využívána primárně jako sklad.



Obrázek 2: Jedna z koupelen ve 3. podlaží.

Vana v rekonstruované koupelně některým klientům nevyhovuje, domov provádí jejich hygienu v nerekonstruované „skladové“ koupelně.

Jsem toho názoru, že používat koupelnu jako sklad není vhodné.

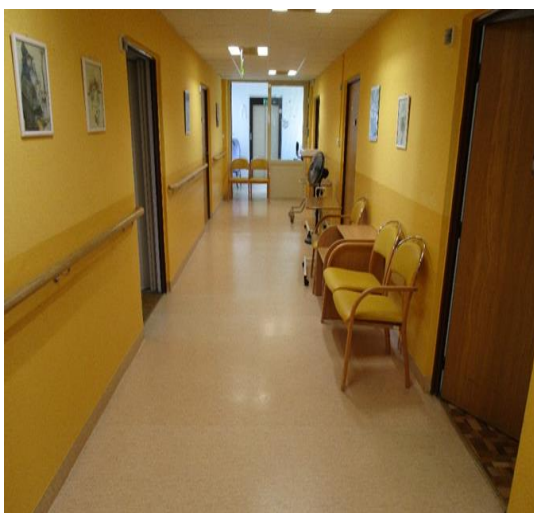
11. Zajištění bezpečí

11.1 Chodby

Domov musí zajistit klientům bezpečný pohyb. Proto má preventivními opatřeními minimalizovat riziko pádu.



Na obou stranách dlouhé chodby jsou umístěny dveře od pokojů. Madla lemují pouze jednu stranu chodby. Podél druhé strany chodby jsou umístěny židle, stolky na kolečkách, kompenzační pomůcky na kolečkách, které nejsou zajištěny proti pohybu. Bezpečný pohyb klientů je tak možný pouze po jedné straně chodby. Chce-li klient vstoupit do pokoje, sesterny, denní místnosti pracovníků v sociálních službách, které jsou umístěny na straně bez madel, musí přejít chodbu bez opory a jištění. Na této straně chodby jsou také umístěny čističe vzduchu, které mají ostré hrany a rohy.



Obrázek 3: Chodba oddělení.

11.2 Noční stolky na pokojích klientů

Nábytek v životním prostoru klientů je třeba zajistit proti pohybu. Považuji za nevhodné, že klienti mají na pokojích noční stolky na kolečkách, jež zpravidla nejsou zabezpečené proti pohybu. Nelze vyloučit, že se klient bude chtít o noční stůlek opřít.



Obrázek 4 a 5: Noční stolky na kolečkách.



11.3 Madla v koupelnách

V mnohých koupelnách schází vhodná madla. Vede to k závislosti na podpoře a péči. Pokud by se klient mohl při hygieně opírat o madla, často by ji zvládl sám.

11.4 Signalizace

Klienti musí mít možnost přivolat si pomoc. Mnohdy je signalizace umístěna za postelí a za hlavou klienta. Signalizace tak není dostupná.

12. Společenská místnost

Společenské prostory umožňují klientům střídat prostředí ve smyslu principu normality a setkávat se s ostatními. Domov má zajišťovat vhodný prostor jednak pro stravování, a jednak pro aktivizaci. Místnost pro společenské aktivity by měla být zřízena a zařízena tak, aby lidem s demencí připomínala domácnost. Měla by být uzpůsobena přibližně pro 15 lidí.¹⁵

V budově domova je velká jídelna a „repre klubovna“, které mohou sloužit klientům domova pro seniory nebo pro mimořádné akce, ale je třeba si uvědomit, že s ohledem na způsob života klientů s demencí to nejsou prostory, které by mohly sloužit k jejich každodenní aktivizaci (jsou daleko, mimo chráněné prostředí, a jsou velké).

Na každém patře domova se zvláštním režimem jsou dvě společenské místnosti, jež vznikly přebudováním pokojů. Jsou relativně malé, pohodlně pro 10 osob. Využívají se jako jídelny a prostory pro programy a sledování televize. Některé jsou zařízeny velmi stroze, více zabydlená je ta ve 4. podlaží (odbyvá se tam většina programů společné aktivizace). V zařízení nicméně nejsou využívány například reminiscenční prvky.¹⁶

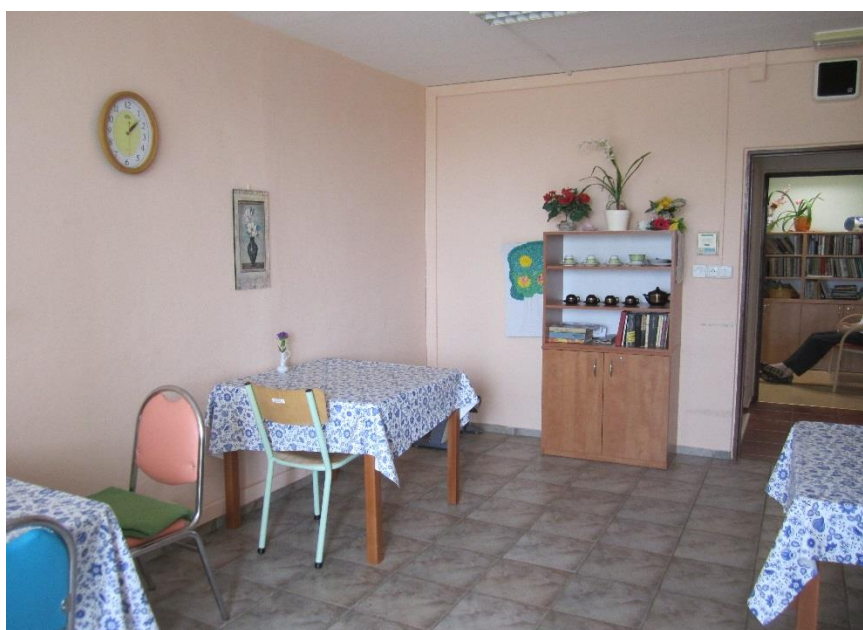
Například ve druhém podlaží se společenské místnosti nacházejí na konci chodby, poměrně vzdálené od části pokojů. První z nich (obrázek 7 a 8), slouží zejména jako jídelna.

15 Souhrnná zpráva z roku 2015, str. 19 písm. d). „Jednotlivé skupiny by neměly být větší než 15 osob, pokud je v zařízení více lidí v této fázi demence, je zapotřebí vytvořit více skupin.“ Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, str. 10 a 11.

16 Zařízení má prostor s reminiscenčními prvky před jídelnou, tedy mimo prostory domova se zvláštním režimem a mohou z něj mít užitek jen klienti, kteří tam dojdou, což není případ většiny klientů s demencí.



Obrázek 6: První společenská místnost ve 2. podlaží.



Obrázek 7: První společenská místnost ve 2. podlaží.

Druhá místnost slouží také jako jídelna, nicméně je v ní umístěna také televize a sedací souprava. Zároveň představuje odkládací prostor pro kompenzační pomůcky. Na zemi je delší dobu odložený nepoužívaný televizor.



Obrázek 8: Druhá společenská místnost ve 2. podlaží.

Klienti se ve společenských místnostech přes den nezdržovali, pouze odpoledne někteří sledovali televizi.

Jsem toho názoru, že stávající společenské místnosti neplní funkci denní místnosti, a to např. z níže uvedených důvodů:

- Řešení celého prostoru oddělení nenapomáhá intuitivnímu pohybu osob s problémy s orientací. Společenské místnosti představují jen další dveře v dlouhé zdi. Od zhruba poloviny pokojů jsou navíc neúnosně daleko.
- Krom nárazových „programů“ typu podávání stravy je klient v místnosti ponechán sám sobě, nevěnuje se mu žádný aktivizační pracovník a personál má pracovnu daleko. Proto dávají klienti (i personál) přednost sezení na chodbě, odkud pozorují pohyb zaměstnanců, ostatních klientů a život na oddělení. Zde vidí na pracovnice v sociálních službách a ony vidí na ně. Chodba je místem běžné sociální interakce. Bohužel toto sezení připomíná čekárnu u lékaře a společenské místnosti jsou po většinu dne nevyužité.
- Samotné odlehlé umístění společenských místností na konci chodby zvyšuje izolovanost klientů.
- Vybavení jídelny neláká ke spočinutí. Nelze si představit, že by zde klienti například rádi trávili čas před usnutím jako v obývacím pokoji.
- Společenské místnosti jsou poměrně malé, uvážíme-li potřebu klientů používat pomůcky při chůzi a křesla. Prostor by neměl být dále zmenšován skladováním věcí.
- Židle, kterými jsou společenské místnosti vybaveny, nemají žádné opěrky pro ruce, o které by se klienti při vstávání mohli opřít.

Jsem celkově toho názoru, že zařízení nyní nemá prostředí uzpůsobené pro to, aby v něm klienti s demencí pohodlně a bezpečně trávili den. Pro některé klienty je proto pobyt mimo ložnici nepříjemný nebo namáhavý. Uvědomíme-li si, že od určitého stupně demence už představuje jádro aktivizace a nefarmakologických přístupů právě dopomoc k prožívání



úkonů běžného života, tak toto řešení společenských prostor představuje přímo překážku naplňování odborného standardu.¹⁷ Práce personálu je těžší a je náročné zajišťovat dohled. Je to jedním z důvodů, proč programované aktivity v domově neprobíhají tak, jak to předpokládá odborný standard.

Domov by měl všechny tyto poznámky vzít v úvahu a učinit kroky k vytvoření vhodného prostoru pro trávení dne na každém patře.

13. Pokoje klientů

Klienti mají právo na bezpečí a soukromí pro své věci. Výsledkem individuálního přístupu ke klientům je i vyhodnocení schopnosti klienta používat klíč. Domov by měl mít řešení pro nehody, kdy se klíč ztratí a hledá.

Mnohé skříně a noční stolky jsou v domově uzamykatelné. Totéž platí o pokojích. Přesto např. ve čtvrtém podlaží nemá žádný z klientů k dispozici klíč, aby si své soukromí mohl uzamknout, ačkoli alespoň dva klienti by to zvládli. Domov nemapuje potřeby klientů související s právem na soukromí, ani schopnosti klientů.

14. Venkovní prostory

Pro udržení normality a fyzické kondice a pro předcházení poruchám chování by osoby s demencí měly mít zajištěno střídání činností uvnitř a venku, a to v zásadě každodenně. Přístup do venkovních prostor proto musí být snadný a uzpůsobený i osobám využívajícím kompenzační a rehabilitační pomůcky.

Domov disponuje rozlehlou a členitou zahradou. Přístup ze čtyř pater do zahrady je skrze výtah, který je umístěn na opačném konci chodby, než jsou společenské místnosti. Posezení pro klienty je vybudováno přímo před budovou domova na betonové dlažbě. Posezení je chráněno plastovou stříškou, avšak pobyt pod ní, když byla rozpálená jarním sluncem, byl nepříjemný i pracovním v sociálních službách. Sejit do níže položených částí zahrady, kde je možno najít posezení ve stínu stromů, je dle vyjádření pracovníků s klienty nemožné, členitost terénu a nerovnost to nedovolují.

Při návratu z pobytu venku zapomněly pracovnice jednoho z klientů na zahradě. Poté, co byly při nástupu do výtahu pracovníkem Kanceláře na jeho přítomnost na zahradě upozorněny, otevřeně sdělily, že na patrech dnes panuje zmatek, neboť tolik klientů nikdy ven na vzduch nevozí, a že opravdu nemají přehled, kolik klientů ven na čerstvý vzduch vzaly.

Průchod dveřmi ze zahrady k výtahu je ztížen tím, že se dveře kvůli zavíracímu mechanismu zavírají, klika je pevná, dveře se bez klíče zvenku nedají otevřít a pracovnice v sociálních službách klíče nemají. Aby nemusely zvonit na vrátnici kvůli dálkovému elektronickému otevření, blokují dveře např. kamenem.

17 Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, programované aktivity, od str. 9.



Obrázek 9: Dveře od výtahu do zahrady.



Obrázek 10: Kamínky mají bránit zavírání dveří.

Velmi nesnadná je také manipulace s klientem na vozíku pro invalidy. Byť práh či rám veřejí přesahuje dlažbu jen o několik málo centimetrů, pracovníce zády či klient koleno musí snášet tlak otevíraných či zavíraných dveří do kolen či zad, což je pro jednoho, nebo druhého zcela jistě zbytečná nepříjemnost, kterou lze technickým řešením odstranit a učinit tak cestu na zahradu či z ní uživatelsky příjemnější.



Další aspekty poskytované péče

15. Ohledy na důstojnost a osobnost klienta

Vedoucí pracovníci by měli důsledně sledovat a vést personál i ve zdánlivých drobnostech každodenní péče. Zdvouřilost, slušnost a respekt vycházející z faktu, že každý klient je osobnost s životním příběhem a zkušenostmi, pomáhá personálu „ustát“ postavení mocenské převahy a u klientů může předcházet frustraci a pocitům ponížení.

Jako podnět k takovému působení na personál předkládám pozorování učiněná při návštěvě: Většina personálu (včetně uklízečky) oslovuje klienty jménem; o tom, že by se jednalo o jejich přání nebo výsledek individuálně nastavené péče, nebyly nalezeny záznamy. Důležité však nejsou záznamy, ale reálný podklad takového individuálního přístupu. Někteří pracovníci rovněž neklepou při vstupu do pokoje a automaticky vchází (jiní naopak dodržují důsledně). Při úkonech péče se dle sdělení pracovníků nepoužívají zástěny, klient je tak vystaven pohledu druhého. Upozorňuji, že v tomto ohledu nelze vycházet z přání či stížnosti klienta, ale ohled na jeho důstojnost musí být normou.

Zároveň chci ale uvést, že dotázaní klienti mluvili o pracovnících hezky, popírali ubližování ze strany personálu, byť jen křik, ležící klienti se nebáli dotyku, dezorientovaní klienti se personálu nevyhýbali. Spolu s pozorovanými pěknými osobními interakcemi personálu s klienty to svědčí o jejich citlivém a lidském přístupu.

16. Podávání stravy

K podávání stravy klientům, kteří se bez pomoci nenajedí, je třeba vyhradit dostatečný počet pracovníků.

Na oddělení 4 a 5 potřebují řádově dvě třetiny klientů individuální pomoc, někteří s podáváním až do úst. Pracovníci Kanceláře pozorovali jak příklad trpělivého přístupu, kdy pracovník klienta povzbuzuje a řídí se jeho tempem, tak i podávání stravy příliš rychlé, bez očního kontaktu, kdy pracovnice v sociálních službách stojí vysoko nad klientem. Také bylo pozorováno, jak se klient dusil směsí podávanou injekční stříkačkou a pracovnice (učnice) nepřizpůsobila tempo.

Domov musí vyčlenit pro podávání jídla dostatečný počet pracovníků v sociálních službách a zorganizovat výdej stravy tak, aby pracovníci nemuseli spěchat. Personál musí být proškolen, jak klientům jídlo podávat.

Od roku 2015 se v domově uplatňují některé prvky programu Bon Appetit. Přemýšlí se o kultuře stolování ve společenských místnostech, jídelníček se fotografiemi zpřístupňuje i lidem s potížemi pochopit text, ve stravě jsou denně možnosti určitých alternativ, čtyři tematické týdny za rok obzvláště menu. Pokud o sobě chce domov deklarovat, že program Bon Appetit uplatňuje (viz propagace ve foyer), je zapotřebí jej uplatňovat celý, skutečně u každého klienta a jako každodenní přístup jak stravovacího provozu, tak i pracovníků v sociálních službách.



17. Rehabilitační péče

Někteří z klientů domova mají potřebu rehabilitační péče. U některých se jedná o formu aktivizace, u jiných o rehabilitaci ve smyslu § 36 zákona o sociálních službách.

Rehabilitační péči se věnuje na půl úvazku jedna rehabilitační sestra. Věnuje se klientům, kterým rehabilitaci předepsal lékař, a to v maximálním rozsahu 3 měsíců. Poté už ne, bez ohledu na trvající potřebu. Základní rehabilitační ošetřovatelství mohou zajišťovat pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry. V domově bohužel cíleně neprobíhá – tedy v oblastech, jako je inkontinence, imobilizace, pády. Vysazování do křesla probíhá jen u klientů, kteří jsou částečně chodící nebo jedí ve společné jídelně nebo si řeknou. Domov přitom má pomůcky pro posazování (mobilní zvedáky, pohodlná masivní kolečková křesla), nejsou však používány ke každodenní péči. Na pokojích pro ně není dost místa. Pokud jde o rozhodnutí, zda klienta ještě vysazovat, nebo už ponechávat pouze v lůžku, činí je pracovníci v sociálních službách a nejsou vesměs objektivizovaná (nenajdeme záznam). Je zapotřebí, aby se na něm podílely rovněž zdravotní sestry nebo i lékař a hlavně aby byl přístup všech pracovníků ke klientovi promyšlený a jednotný.¹⁸

Podle mého názoru je nedostatek rehabilitačního ošetřování dán neřízením ošetřovatelských aspektů v práci pracovníků v sociálních službách, nedostatečnou spoluprací jednotlivých profesí a vůbec nedostatečným počtem pracovníků.

18. Ošetřovatelské aspekty v každodenní péči

18.1 Mikční režim¹⁹

Klienti nemají nastavený mikční režim – existuje buď varianta soběstačný klient, nebo inkontinentní. Pracovníci pomáhají na toaletu klientům, kteří si řeknou nebo jinak situačně.

18.2 Prevence pádu²⁰

Riziko pádu je u klientů hodnoceno, ale nenásleduje plán opatření (například klientka F., klientka D., klientka G.). Bylo zjištěno, že zdravotní sestry v domově sice pády situačně řeší a radí pečovatelkám, ale agenda pádů není součástí sesterské dokumentace²¹ a není prací sestry. To je chyba, neboť sestra má znalosti k zohlednění zdravotního problému, pokud je příčinou pádů (např. léky ovlivňující motoriku a rovnováhu), a k volbě správných opatření u tohoto ošetřovatelského problému.

Informace, který klient má mít kdy nasazované postranice, není snadno dostupná. O zavedení se pořídí jednorázový záznam a personál si to mezi sebou sdělí. Noví nebo

18 Souhrnná zpráva 2015, str. 48.

19 Souhrnná zpráva 2015, str. 51.

20 Souhrnná zpráva 2015, str. 57 - 61.

21 Související dokumentace je v programu Cygnus vedena pod menu Sociální dokumentace a vrchní sestra a další potvrdily, že nejde o povinnost sester.



zastupující pracovníci jsou závislí na ústním sdělení nebo dohledání informace v individuální dokumentaci.

19. Pobyt na vzduchu

Pobyt na vzduchu je přirozeným zdrojem aktivizace osob s demencí. Podmínkou v zásadě každodenní realizace, která je standardem, jsou jednak zmíněné přístupové cesty, a jednak musí být vyčleněna kapacita personálu pro doprovod klientů.²² Podotýkám, že balkony u pokojů klientů jsou pro jejich využití nevhodné, a proto se skutečně jedná o doprovod pro cestu výtahem do zahrady a zajištění dohledu tam.

Klienti jsou doprovázeni ven odpoledne, ovšem personálu na to nevychází čas každý den a venkovní prostor neumožňuje ponechat tam klienty bez dozoru, takže se nepokryjí potřeby všech klientů. Dle záznamů péče je zřejmé, že ve skutečnosti je pobyt klientů na vzduchu poměrně nízký. Např. pan H., mobilní klient, který si dle individuálního plánu přeje chodit ven, ale není schopen samostatně se pohybovat, tráví na čerstvém vzduchu přibližně 0,5 až 1 hodinu měsíčně. U velké většiny klientů je tomu obdobně.

Zařízení by mělo učinit pobyt na vzduchu standardní součástí aktivizace, zařadit jej do pracovního harmonogramu personálu a posílit ho. Výchozím bodem může být realistický pohled na to, kolik klientů se nyní doopravdy ven dostane skrze stručné záznamy na toto téma.

20. Detence v sociálních službách

Domov se zvláštním režimem je zařízení, kde za jistých okolností mohou být klienti drženi i proti své vůli – pokud je to nezbytné a přiměřené a pokud jsou naplněny všechny podmínky podle § 91a a 91b zákona o sociálních službách. V případě, kdy klient, který není schopen vypovědět smlouvu o poskytování pobytové sociální služby, projeví vážně míněný nesouhlas s poskytováním pobytové sociální služby, je poskytovatel sociální služby povinen oznámit tuto skutečnost ve lhůtě 24 hodin soudu, v jehož obvodu je zařízení sociálních služeb, ve kterém se tato osoba nachází (§ 91b odst. 1). Personál zařízení musí být poučen, jak reagovat v takových případech, respektive musí být jasné, co je povinnost pracovníka v sociálních službách a co je povinností dalších pracovníků.

Domov už má jednu zkušenost s takovou situací a s podáváním oznámení soudu. Zatím ale nemá standardizovaný postup a při návštěvě dotázaní pracovníci nevěděli, jak by měli reagovat, nejspíše by věc čekala na příchod vedoucího do práce, což by ale mohlo způsobit prodlení proti zákonem stanovené lhůtě 24 hodin. Podotýkám, že věc není jednoduchá – problém znalosti právního statusu klienta (nyní není pracovníkům informace o svéprávnosti standardně dostupná), rozpoznání vážně míněného nesouhlasu, vyhodnocení, zda není namíste umožnit klientovi odchod ze zařízení. Proto považuji za vhodné přistoupit k vydání vnitřního předpisu.

²² Souhrnná zpráva 2015, str. 27 písm. c).



Opatření:

- 11) stanovit vnitřním předpisem, kdo z pracovníků má jak postupovat v případě, kdy klient projevuje nesouhlas s pobytem v zařízení (do 3 měsíců).**



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• zjišťovat stadium demence klienta, vyhodnocovat funkční stav klientů a zohlednit je v individuálním plánování a konkrétní péči (opatření č. 1)• vést evidenci léků vydaných na jednotlivá podlaží a určit, pro kterého klienta budou používány (opatření č. 8)
Do 1 měsíce	<ul style="list-style-type: none">• obsadit pozici vedení sociálního úseku a přímé obslužné péče (opatření č. 4)
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• standardizovat pracovní postup nutriční pracovnice a dle něho konkrétně sledovat u nutričně rizikových klientů veškeré přijaté jídlo a tekutiny, zjišťovat hodnoty zkonsumovaných bílkovin, sacharidů, tuků a energetickou hodnotu stravy a stanovovat nutriční plány (opatření č. 6)• zajistit efektivní sdílení informací mezi pracovníky v sociálních službách, zdravotními sestrami a nutričním terapeutem (opatření č. 7)• stanovit vnitřním předpisem, kdo z pracovníků má jak postupovat v případě, kdy klient projevuje nesouhlas s pobytem v zařízení (opatření č. 11)
Do 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• vytvořit podmínky – organizační a dokumentační – pro úzkou spolupráci pracovníků v sociálních službách a zdravotních sester (opatření č. 5)
Do 1 roku	<ul style="list-style-type: none">• zajistit aktivizaci všem klientům domova se zvláštním režimem, a to ve formě, která odpovídá jejich potřebám plynoucím z pokročilosti syndromu demence; posílit za tím účelem personál všech podlaží, co do počtu a odbornosti (opatření č. 10)
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• do individuálních plánů zakomponovávat skutečné potřeby klientů, propojovat plán s každodenní prací pečujícího týmu (opatření č. 2),• kontinuálně odborně vést pracovníky v sociálních službách v individuálním plánování (opatření č. 3)• sledovat, zda klienti nejeví známky velkého utlumení, a předávat toto pozorování ošetřujícímu lékaři spolu s žádostí o vhodnější nastavení medikace (opatření č. 9)