

Dům pro seniory Uničov, s. r. o.

Zpráva z následné návštěvy zařízení¹

Adresa zařízení:	Dolní Sukolom 1106, 783 91 Uničov
Jednatelka:	Kateřina Brušíková
Ředitelka:	Monika Glatterová
Typ zařízení:	domovy pro seniory
Kapacita:	62
Datum návštěvy:	1. až 2. února 2023
Datum vydání zprávy:	2. května 2023
Návštěvu provedly:	Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. Lenka Rydvalová

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv

¹ Následnou návštěvu jsme provedli v projektu *Posílení aktivit veřejného ochránce práv v ochraně lidských práv (směrem k ustavení Národní lidskoprávní instituce v ČR)*, číslo projektu LP-PDP3-001. Projekt je součástí Programu lidská práva financovaného z Norských fondů 2014-2021 prostřednictvím Ministerstva financí ČR.



Obsah

Obsah	2
Úvodní informace	3
Shrnutí	6
Odstraněná rizika špatného zacházení	7
1. Estetika prostředí a individualizace pokoje	7
2. Mechanická úprava stravy	7
3. Smlouva o poskytování sociální služby	8
Částečně odstraněná rizika špatného zacházení	9
4. Orientace v realitě	9
5. Bezbariérovost	10
6. Možnost přivolat si pomoc personálu	11
7. Soukromí v koupelnách a na toaletách	12
8. Podávání jídla a tekutin	13
9. Postranice	16
10. Dekubity	17
11. Úhrady za služby	18
Přetrvávající rizika špatného zacházení	20
12. Prostor pro trávení dne	20
13. Pobyt na vzduchu	21
14. Průběh dne	22
15. Aktivizační a terapeutické činnosti	23
16. Komunikace	25
17. Klient s chováním náročným na péči	26
18. Specifika demence	27
19. Malnutrice	29
20. Mikční režim	31
21. Deprese	32
22. Bolest	33
23. Léky	34
24. Pády	36
25. Fixace	38
26. Personál	39
Přehled opatření k nápravě	42



Úvodní informace

Následná 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.²

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

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.⁴ Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv,⁵ konkrétně právníky, odborníky z oblasti sociálních služeb a všeobecné a psychiatrické sestry. Návštěva spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a klienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.⁶ Návštěvy jsou **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování sociálních služeb.

Následnou návštěvou zejména ověřuji, zda zařízení provedlo opatření navržená ve zprávě z předchozí systematické návštěvy.⁷ Ale nejen to, pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv při návštěvě zkoumají i nová rizika špatného zacházení.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

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

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

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

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

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

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

7 Tato systematická návštěva proběhla 27. a 28. května 2013 pod sp. zn. 18/2013/NZ/JR. Zprávu vydal veřejný ochránce práv JUDr. Pavel Varvařovský.



Zprávu pošlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsaným zjištěním a navrženým opatřením.⁸ 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. Navrhují také **termín provedení**.

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

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.⁹ 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).¹⁰

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

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

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

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



Charakteristika zařízení

Dům pro seniory Uničov, s. r. o. („domov“), leží v Olomouckém kraji, v malé vesnici Dolní Sukolom, která se nachází asi 1 kilometr od města Uničov. Budova domova je na klidném místě mimo hlavní silnici, v okolí jsou rodinné domy, statek a kaple. Nejbližší zařízení občanské vybavenosti (např. obchody, zdravotní služby apod.) jsou k dispozici ve městě Uničov.

Jedná se o soukromé zařízení, v jehož čele stojí jednatelka a ředitelka. Domov je od roku 2010 registrovaným poskytovatelem sociální služby domova pro seniory. Tuto službu poskytuje ženám i mužům. Celková kapacita domova se od první návštěvy navýšila z původních 40 na 62 lůžek. V době následné návštěvy byla kapacita naplněna. V domově jsou čtyři oddělení, oddělení A a B v přízemí a oddělení C a D v 1. patře. Na oddělení B bydlí klienti s největší potřebou podpory a péče. Ostatní oddělení nemají bližší určení. Pokoje klientů jsou jednolůžkové, dvojlůžkové a třílůžkové.

Cílovou skupinou domova jsou senioři ve věku 65 až 80 let, starší senioři ve věku nad 80 let, dospělí ve věku 55 až 64 let a osoby se zdravotním postižením, kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují celodenní péči. V době následné návštěvy vedení uvedlo, že zhruba jedna třetina klientů má demenci.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 1. a 2. února 2023 bez předchozího ohlášení. Ředitelka i jednatelka byly o návštěvě osobně informovány při jejím zahájení. Pracovnice Kanceláře veřejného ochránce práv („Kancelář“) předaly jednatelce domova pověření k provedení návštěvy, vyžádaly si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedly právničky Kanceláře Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Tereza Hanelová a Mgr. Cristina Boušková. Na šetření se též podílela pověřená expertka z oboru ošetřovatelství Mgr. Lenka Rydvalová.

Pracovnice Kanceláře navštívily všechna oddělení domova. Hovořily s ředitelkou domova, přítomným personálem, tj. zdravotními sestrami (včetně externích), pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníci a s několika klienty. Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkují.



Shrnutí

Ve zprávě z první návštěvy ochránce konstatoval, že domov nebyl materiálně, personálně ani odborně připraven na poskytování péče klientům s demencí. Poskytování služby se vyznačovalo intuitivností a nezohledňováním jejich specifických potřeb, nedostatkem personálu pro individualizaci služby a umožnění seniorům prožívat běžné denní aktivity. Klienti žili v uzavřených prostorách s velmi obtížnou možností přivolat si personál. Zásadní problém spočíval také v překračování kompetencí pracovníků v sociálních službách směrem ke zdravotní péči. **Ochránce zhodnotil způsob poskytování sociální služby v době první návštěvy jako špatné zacházení.**

Během následné návštěvy bylo znatelné, že domov od první návštěvy provedl určité změny. Ke zlepšení došlo například v estetice prostředí a způsobu mechanického upravování stravy. Také oceňuji, že klienti již mají u lůžka dostupnou signalizaci k přivolání personálu. Personál přistupoval ke klientům vlídně a vstřícně.

Velkou část opatření uložených ve zprávě z první návštěvy se však dosud nepodařilo zcela naplnit. **Zjištěný stav neshledávám jako špatné zacházení s klienty, nicméně některé oblasti nadále hodnotím jako rizikové.**

Velkým problémem zůstává nedostatek zdravotnického personálu. To má za následek přenašeni některých ošetrovatelských úkonů na pracovníky v sociálních službách, kteří k tomu nemají oprávnění ani odborné kompetence. Příprava a podávání léků jsou velmi rizikové s ohledem na možnou chybovost a nedodržení předepsaného způsobu podání léčiv. Zcela nepřijatelné je drcení léků předem, kdy navíc není zabráněno kontaminaci s ostatními léky.

Personál nemá informace o tom, v jaké fázi demence se jednotliví klienti nacházejí. Péče o klienty je založena na intuitivním přístupu, nikoliv odborném a individuálním posouzení. Jako nedostatečnou nadále shledávám prevenci malnutrice. Personál důsledně nepracuje s žádným validním nutričním nástrojem pro sledování nutričního stavu klientů, přičemž záznamy o příjmu stravy nemají vypovídající hodnotu.

Mimo uvedené shledávám nedostatky například v nastavení denního režimu, které je do značné míry ústavní, a nepřipravenosti personálu na péči o klienty s chováním náročným na péči. Napříč poskytovanou péčí se jeví jako nedostatečná práce s vyhodnocováním rizik a zmatečné vedení dokumentace (a s tím spojené nedostatečné předávání informací o klientech mezi personálem).



Odstraněná rizika špatného zacházení

1. Estetika prostředí a individualizace pokoje

Ve zprávě z první návštěvy ochránce kritizoval, že na některých pokojích klientů byl cítit zápach moče, a poukázal na špinavou zeď u lůžka jednoho klienta a nevhodné ukončení trubek, které vedly ze zdi v bezprostřední blízkosti lůžka klienta. Dále upozornil na nevhodné umístění poliček s osobními předměty ležících klientů, které byly mimo jejich zorné pole.

Pokoj klientovi nahrazuje domov. Neměl by proto být sterilní, naopak by měl co nejméně odrážet klientovu osobnost, ať jde o vybavení osobními věcmi, kusem nábytku z domova (křeslo, skříňka) či o fotky. Osobní věci a fotografie mohou napomáhat člověku uvědomit si, kým je, a rovněž mohou pomoci lépe se vyrovnávat se změnami a případnou izolací, kterou může pociťovat. V případě klientů trvale upoutaných k lůžku je třeba věnovat pozornost nejen prostředí a vybavení pokoje, ale i zornému poli ležícího klienta. I zdánlivé maličkosti mohou mít zásadní dopad na kvalitu jeho života.

Během následné návštěvy nebyl ve společných prostorách ani na pokojích klientů cítit zápach moče či pln. Přestože někteří klienti měli celý den v pokoji k dispozici toaletní křeslo, na žádném pokoji nebyl zápach naznačující, že toalety nejsou včas vynášeny. V čase, kdy personál nepečuje o klienty na pokoji, mohou klienti oznámit potřebu vynést toaletní křeslo personálu signalizací. Pracovnice Kanceláře v navštívených pokojích nezaznamenaly špinavé zdi či jiné obdobné estetické nedostatky.

Klienti mají možnost si vybavit pokoj vlastním nábytkem, pokud se vejde do pokoje, a osobními předměty. Pokoje klientů nepůsobily sterilním dojmem a byly relativně individualizované, a to především pomocí osobních předmětů (obrázky, fotografie, květiny apod.). Navštívení ležící klienti měli osobní předměty ve svém zorném poli (proti očím, případně na boční stěně u lůžka).

Opatření uložená ve zprávě z první návštěvy považují za naplněná.

2. Mechanická úprava stravy

Při první návštěvě domova pracovníci Kanceláře zjistili, že při mixování stravy jsou smíchány všechny složky jídla dohromady.

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

Mixování stravy by mělo být v rámci mechanické úpravy až nejzazší formou úpravy, před kterou má přednost krájení a mletí, které ponechává možnost vnímat strukturu stravy. Vždy by měly být odděleny jednotlivé složky stravy. Jedině tak je mimo jiné možné zajistit, aby klient snědl nutričně hodnotnější složku, pokud nedojídá celou porci. Rovněž v případě



smíchání všech rozmixovaných složek stravy dohromady vzniká nevzhledná nechutná směs. Její podávání klientům je za hranicí důstojnosti. K získání vhodné konzistence stravy pro polykání je možné využít také speciální zahušťovadla stravy.

I v době následné návštěvy měli někteří klienti mechanicky upravenou stravu. O mechanické úpravě stravy rozhoduje vrchní sestra, přičemž informace o potřebě stravu upravit (mletím či mixováním) je uvedena v individuálních plánech klientů. Personál upravuje jednotlivé složky pokrmu zvlášť. Pokud je v jídelníčku strava, kterou nelze vhodně mixovat, tak daným klientům poskytnou nutričně odpovídající stravu ze seznamu jídel vhodných k mixování.

Opatření uložená ve zprávě z první návštěvy považují za naplněná.

3. Smlouva o poskytování sociální služby

V rámci první návštěvy domova pracovníci Kanceláře zjistili, že smlouvu o poskytování sociální služby běžně podepisovali také klienti, kteří byli ve zdravotním stavu, jenž jim znemožňoval pochopit její obsah. Smlouvu podepisovali rovněž rodinní příslušníci klienta, kteří svým podpisem ručili za platební schopnost klienta. Ochránce upozornil, že smlouva uzavřená osobou, která k tomu nemá způsobilost, je neplatná.

Ze zákona o sociálních službách¹¹ vyplývá, že pokud osoba není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje ji při uzavírání smlouvy o poskytování pobytové sociální služby obecní úřad obce s rozšířenou působností (podle sídla zařízení pobytové sociální služby).

Pracovnice Kanceláře během následné návštěvy nezjistily, že by nadále docházelo k uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby také osobami bez schopnosti pochopit jejich obsah. Domov v poslední době řešil situaci jedné zájemkyně o službu, u níž lékař vyhodnotil, že ze zdravotních důvodů není schopna uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby. Dokumentace obsahuje jak zmíněný lékařský posudek, tak zápis z jednání o uzavření smlouvy. Ze zápisu vyplývá, že klientka neměla opatrovníka ani jiného zákonného zástupce. Personál domova se v této situaci obrátil na Městský úřad Uničov,¹² aby klientku při jednání zastupoval. To považují za správné. V zápisu z jednání o uzavření smlouvy je zaznamenána souhlasná reakce (pokývnutí hlavou) klientky.

V tomto ohledu považují opatření uložená ve zprávě z první návštěvy za naplněná. Zároveň upozorňují, že v rámci poskytování sociální služby klientce mohou v budoucnu nastat další právní jednání (např. dodatky ke smlouvě). Proto považují za žádoucí, aby se domov obrátil na soud, který má pravomoc rozhodnout o potřebné formě podpory klientky (např. ustanovení opatrovníka).

11 Ustanovení § 91 odst. 6 zákona o sociálních službách.

12 Město Uničov má postavení obce s rozšířenou působností.



Částečně odstraněná rizika špatného zacházení

4. Orientace v realitě

Ve zprávě z první návštěvy ochránce konstatoval nedostatečnou podporu klientů v orientaci v domově (stejně dveře všech pokojů klientů, absence hodin).

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.¹³

Pomoc klientovi s orientací v realitě (v místě, osobě, čase) zahrnuje řadu prvků. Lidé s demencí jsou ohroženi blouděním i ve známém prostředí. Prostor, kde se pohybují, má být proto přehledný, klienti mají vidět na personál a personál má o nich mít přehled. Jednotlivé místnosti (pokoj, koupelna, toalety, denní místnost, jídelna) musejí být označeny návodně a tak, aby upoutaly pozornost. Orientaci klienta v prostoru je třeba podpořit např. za pomoci piktogramů, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směřovkami, značkami.¹⁴ Musí být rovněž zohledněno, že mnoho lidí s demencí má strach ze tmy nebo má problém rozoznat nerovnosti terénu. Orientaci v čase je vhodné pomoci např. velkými nástěnnými hodinami, viditelným barevným provedením dne v týdnu, měsíce, roku.

Během následné návštěvy nebyla znatelná cílená podpora orientace v prostoru domova. Jednotlivá oddělení od sebe nebyla zřetelně odlišena (např. výmalba oddělení je v podobných barvách, dveře místností jsou na všech odděleních stejné). Nedostatečné odlišení jednotlivých oddělení a poměrně spletité chodby domova mohou být problematické a vést k bloudění klientů. V domově se nenacházely ani jiné prvky podporující orientaci v prostoru (např. směřovky, piktogramy, barevná odlišení). Dveře jednotlivých místností byly označeny pouze nápisem, některé navíc nad úroveň očí. Pokoje klientů byly označeny pouze černobílými jmenovkami a číslem pokoje.

Ačkoliv personál během následné návštěvy sdělil, že se v domově nenachází klienti, kteří by v prostoru domova bloudili, považují podporu orientace v prostoru a čase za nezbytnost. Je nutné brát v potaz, že demence je progredující onemocnění a budoucí ztráta schopnosti

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

14 „Samotné nápisy, barvy a symboly ještě zdaleka nepostačí k tomu, aby se pacienti s demencí v prostoru zařízení orientovali. Je třeba trpělivě a pečlivě učit orientaci v zařízení, je třeba je učit tomu, jaká barva je barvou jejich pokoje, jaké jsou společné prostory... Pacienti s demencí jsou někdy schopni sami nalézt určité orientační body, které nám nemusí být na první pohled nápadné. Proto by měli být ošetřující pozorní a měli by sledovat, co upoutává pozornost pacientů s demencí a podle čeho se začínají orientovat.“ (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 177).



orientace v prostoru a čase je u klientů s demencí velmi častá. Podporuji vedení v tom, aby domov své prostory vhodně upravoval a zejména doplnil orientační prvky.¹⁵ Vždy je důležité pozorovat a vyhodnocovat, zda jsou konkrétní orientační prvky pro klienty přínosné, a odstraňovat prvky, které mohou být pro klienty matoucí.

Za správný krok k podpoře orientace v čase považuji, že domov umístil hodiny v jídelně a na chodbách. Někteří klienti měli hodiny také na pokoji.

Opatření:

- 1) **Prostředí domova vybavit prvky podporujícími orientaci klientů v prostoru domova (do 3 měsíců).**

5. Bezbariérovost

Ve zprávě z první návštěvy ochránce upozornil na nedostatečné osvětlení v domově (přímí v chodbách, světla na časový spínač s krátkou dobou svícení, neprosvětlené vypínače). Dále kritizoval, že na chodbách chybí podpora pro přejítí chodby (např. madla nebo vodící linie) a jsou zde umístěny předměty, které mohou při přecházení představovat překážku. Ochránce také upozornil, že ne všichni klienti jsou schopni používat výtah a personál by jim měl aktivně nabízet pomoc. Mimoto na některých pokojích nebyl zabrzděný nábytek s kolečky. V jednom pokoji byl noční stolek klienta nevhodně umístěn za jeho hlavou, takže na něj klient nedosáhl.

Zařízení by mělo být přizpůsobeno potřebám klientů, kteří v něm žijí. Součástí přizpůsobení prostředí je i zajištění bezpečného pohybu klientů v zařízení. Nejen u klientů s demencí může docházet k pádům. Je proto třeba aktivně minimalizovat riziko a věnovat pozornost preventivním opatřením.¹⁶

Během následné návštěvy bylo přes den zhasnuté světlo na konci oddělení A, kde nejsou okna ven. Tato část oddělení tak byla velmi temná. Světla v domově nebyla na spínač, ale v prostorách domova je možné si rozsvítit vypínačem. Až na oddělení A byly vypínače od svítidel prosvětleny, což zajišťuje jejich viditelnost i v noci. Tmavé prostory nejsou pro klienty s demencí vhodné, neboť zvyšují riziko pádu, případně mohou klienta s demencí od vstupu zcela odradit. I klient, který nemá demenci, může mít obtíže se po zařízení pohybovat, protože ve tmě nebude moci najít vypínač. **Doporučuji domovu zajistit na oddělení A ve dne i v noci dostatečné osvětlení, které klientům umožní bezpečný pohyb.**

Jako problematické shledávám, že chodby oddělení B zcela postrádají madla k podepření klientů při chůzi. Podle sdělení personálu na tomto oddělení bydlí klienti s nejvyšší mírou závislosti na péči, třebaže někteří z nich jsou mobilní. Na ostatních odděleních madla nepokrývala celá oddělení. Překážku při pohybu po domově mohou představovat také mobilizační pomůcky (např. vozíky, chodítka, křesla), které jsou uloženy na chodbách. Podle

15 Kromě směrovek a piktogramů se ochránce setkal např. s praxí, kdy byly určité místnosti označeny fotografiemi toho, co se v nich nachází (např. fotografie toalety na dveřích toalet).

16 Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 20. 2. 2023]; dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf, str. 18.



sdělení ředitelky personál jednou za čas pomůcky uklidí, nicméně nakonec se vždy odkládají na chodbě, neboť jinde překážejí. **Doporučuji domovu nadále hledat vhodné místo pro odkládání mobilizačních pomůcek, aby klientům nepřekážely při chůzi po chodbách (např. při vyhýbání se).**

Přístup do budovy domova je bezbariérový. Uvnitř domova se lze mezi přízemím a prvním patrem pohybovat po schodištích nebo výtahem. Nad oběma schodišti byly branky. Jedna branka byla uzavřena klíčem, druhá branka byla na petlici. Klíč od branky byl stále v zámku, takže orientovaní a mobilní klienti se mohli po schodišti pohybovat volně. Výtah bylo možné přivolat a otevřít stisknutím tlačítka (přístup k němu nebyl omezen klíčem nebo čipem). Výtah není dostatečně velký pro přepravu lůžka. Podle sdělení personálu jsou hůře mobilní klienti v případě potřeby nebo jejich zájmu převezeni z prvního patra do přízemí výtahem na invalidním vozíku, případně polohovacím křesle. **Doporučuji, aby personál podporoval udržení samostatnosti klientů při pohybu mezi podlažími, a to například aktivním nabízením náviku a podpory¹⁷ od personálu při přesunu výtahem.**

Pracovnice Kanceláře během následné návštěvy navštívily několik pokojů klientů, přičemž v žádném pokoji nezaznamenaly nezabrzdný nábytek ani nábytek nevhodně umístěný za hlavou klientů.

Opatření:

- 2) **Zajistit bezpečný pohyb klientů s méně stabilní chůzí po odděleních, především doplnit chodby o madla (do 3 měsíců).**

6. Možnost přivolat si pomoc personálu

Během první návštěvy domova pracovníci Kanceláře zjistili, že klienti v 1. patře byli často bez dohledu personálu, přičemž jediným signalizačním zařízením byl domácí telefon připevněný u dveří pokoje. Klienti se mohli dovolat do sesterny po zadání čtyřmístného číselného kódu. Mnozí klienti v důsledku onemocnění nebyli schopni tento telefon používat. Navíc na sesterně nebyl trvale přítomen člen personálu, který by mohl na zavolání včas reagovat, a nebylo tak zajištěno, že se klientům dostane potřebná pomoc. Zpráva z první návštěvy domova proto obsahovala doporučení, aby byla zajištěna signalizace s ovládáním zohledňujícím zhoršené kognitivní schopnosti klientů a dosažitelná z lůžka. Další doporučení požadovalo zajištění stále služby personálu v 1. patře domova.

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

17 Tedy nikoliv pouze v situaci, kdy si klient sám řekne, že se chce přesunout výtahem do jiného podlaží.



V rámci následné návštěvy pracovnice Kanceláře zjistily, že klienti mají na pokojích signalizaci dostupnou z lůžka. Signalizace se spustí stisknutím jednoho tlačítka, čímž se vyšle signál na sesternu a denní místnost pracovníků v sociálních službách. Současně se rozsvítí také červené světlo nad dveřmi pokoje klienta, čímž i kolemjdoucí personál získá signál, že klient v pokoji žádá o pomoc. V tomto ohledu považují opatření za naplněná a děkují za to. **Doporučují domovu pořídit signalizaci také do koupelen klientů.**¹⁸

Podle sdělení personálu jsou v domově také klienti, kterým snížené kognitivní schopnosti brání v používání signalizace a volají o pomoc křikem. V tomto ohledu považují za problematické, že není s jistotou zajištěna neustálá přítomnost někoho z personálu v 1. patře domova. Personál se sice v rámci poskytování péče klientům během dne v 1. patře pohybuje, nicméně není stanoveno jako povinnost, aby někdo z personálu byl přítomen v 1. patře neustále, ani to, aby personál u vybraných klientů¹⁹ povinně prováděl častější kontroly. Pokud by klient v 1. patře potřeboval přivolat pomoc personálu a volal by o pomoc křikem (např. klient se sníženými kognitivními schopnostmi nebo při pádu v koupelně), nelze se spolehnout, že personál bude v danou chvíli na oddělení a klienta uslyší. U těchto klientů jsou zároveň žádoucí pravidelné kontroly na pokojích, které však nemohou zcela nahradit stálou přítomnost personálu na oddělení.

Opatření:

- 3) Zajistit stálou přítomnost personálu v 1. patře domova (do 2 měsíců).**
- 4) Zajistit signalizační zařízení v koupelnách klientů (do 2 měsíců).**

7. Soukromí v koupelnách a na toaletách

V době první návštěvy byly uzamykatelné v domově pouze některé toalety. Ochránce proto doporučil nápravu, což s ohledem na omezení řady klientů dané demencí mělo být zajištěno alespoň možností označit obsazenost cedulkami obsazeno/volno. Zároveň kritizoval, že klienti neměli možnost při používání toaletního křesla na pokoji využít zástěnu. Personál nepoužíval zástěny ani při výměně plen či jiných hygienických úkonů.

Právo na soukromí je základním lidským právem, je chráněno nejen Listinou základních práv a svobod, ale i řadou mezinárodních smluv garantujících lidská práva. Mnohé jeho aspekty velmi úzce souvisejí s lidskou důstojností. Při výměně inkontinenčních pomůcek, použití toalety či provádění hygieny je proto třeba dbát na to, aby byla zachována důstojnost klienta a jeho soukromí. Je nezbytné zajistit, aby v těchto situacích nikdo nebyl vystaven pohledu jiných lidí a ani nikdo z klientů nemusel pohlížet na druhé.

V době následné návštěvy měly některé pokoje vlastní koupelnu a některé pokoje sdílely ve dvou společnou koupelnu. Na obou podlažích se rovněž nacházela centrální koupelna.

18 „Každý uživatel musí mít zajištěn přístup k signalizaci umožňující přivolat personál zařízení, a to v koupelně a v domácnosti. Pro lidi s obtížemi s pohybem i v pokoji u lůžka.“ Viz Doporučený postup č. 2/2016 Ministerstva práce a sociálních věcí, odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení ze dne 1. května 2016 – Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou, s. 30.

19 Častější kontroly by měly být stanoveny na základě cíleného mapování a vyhodnocení, kdo z klientů zvládne použít signalizaci, a kdo ne.



Ne všechny koupelny (s toaletou) klientů byly uzamykatelné. Na některých dveřích od koupelny se nacházely pouze cedulky obsazeno/volno, avšak ani ty nebyly všude. Považuji za žádoucí, aby klienti, kteří jsou toho schopni, mohli koupelny uzamykat, a zajišťovat tak své soukromí. Za vhodný způsob, jak zajistit ochranu klientů před vpádem do jejich intimity, považuji např. zámky s knoflíkovou vložkou.²⁰ Jako minimum vnímám možnost klientů dát na vědomí obsazenost koupelny, a to např. cedulkou.

V některých vícelůžkových pokojích se nacházely závěsy či zástěny k zajištění soukromí mezi lůžky. Pracovnice Kanceláře během návštěvy přihlížely provádění hygieny na lůžku, přičemž personál vždy použil závěsy či zástěnu, takže soukromí klientů bylo zajištěno. Jeden klient však uvedl, že při provádění ošetřovatelských úkonů u imobilního klienta, se kterým sdílí pokoj, personál zástěnu nepoužívá.

Při provádění celkové koupele u imobilních klientů personál klienty svléká na pokoji a následně je překryté dekou převáží do centrální koupelny. Pracovnice Kanceláře byly svědky situace, kdy deka zcela nepřiléhala, a šlo vidět, že klientka je pod dekou nahá. Ostatní klienti, které personál během návštěvy přemisťoval do centrální koupelny, byli důsledně přikrytí. Jsem přesvědčen, že popsané incidenty jsou ojedinělé a nejde o plošnou špatnou praxi. Považuji však za vhodné, aby příprava ke koupeli, včetně vysvlékání, zásadně probíhala až v koupelně.

Důrazně doporučuji, aby byl personál při používání zástěn a závěsů důsledný a věnoval zvýšenou pozornost soukromí a důstojnosti klientů.

Opatření:

- 5) Na základě vyhodnocení individuálních schopností zajistit klientům vhodný způsob uzamykání koupelen, případně označení jejich obsazenosti (do 3 měsíců).**
- 6) Poučit personál o nutnosti důsledně dbát na soukromí klientů při provádění hygieny a ošetřovatelských úkonů (bezodkladně).**

8. Podávání jídla a tekutin

8.1 Podávání jídla

Způsob stravování klientů v době první návštěvy nebyl zcela důstojný. Ochránce ve zprávě z návštěvy uvedl, že klienti hojně využívají stravování na pokoji, a to jak klienti stravující se samostatně, tak klienti s potřebou dopomoci. Klienti, kteří potřebovali dopomoc, byli po dobu stravy v postelích a nebyli ke stravě ani vysazováni. Dále upozorňoval na to, že všichni klienti dostávali u večeře místo příboru lžiči. V dopomoci s podáváním stravy klientům ochránce neshledal závažné nedostatky, pouze doporučil, aby personál při podávání stravy nad klienty nestál.

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

²⁰ Tento systém personálu umožňuje se v případě nutnosti pohotově dostat ke klientovi uzamčenému v koupelně.



stravy by její podávání mělo probíhat důstojně a 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 nejen vznikat mnohá rizika (například vdechnutí jídla atd.), ale jedení 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 výše zmíněné malnutrice, kdy v úmyslu vyhnout se nepříjemným zážitkům u jídla raději přestane klient jíst.

V rámci následné návštěvy pracovnice Kanceláře zjistily, že stravování probíhá převážně na pokojích klientů. V jídelně se podává pouze oběd,²¹ snídaní a večeří v jídelně má pouze malá část klientů. Při úvodní prohlídce ředitelka uvedla, že jídelna neposkytuje dostatek míst pro všechny klienty. Podle sdělení personálu se klienti s potřebou dopomoci v jídelně střídají (každý den se v jídelně stravují dva klienti, kteří potřebují pomoc). To považují za problematické, neboť v takové situaci materiální podmínky klientům brání v možnosti navazovat sociální vazby a změnit prostředí, a naopak mohou prohlubovat jejich sociální izolaci.

Co se týče stravování v jídelně, klienti se mohli posadit, kam chtěli, a personál jim roznášel stravu. Klienti se stravovali lžící, někteří používali i příbor. Personál poskytoval některým klientům v jídelně pomoc s podáváním stravy. Tempo podávání stravy bylo přiměřené, nicméně někteří pracovníci při pomoci nad klientem stáli. V důsledku nedostatku personálu navíc museli někteří klienti čekat, než se na ně dostane řada, zatímco jejich jídlo chladlo na stole. Personál v průběhu podávání stravy odbíhal od jednoho klienta k druhému, popřípadě i k jiné práci.²² Stání nad klientem a přecházení od jednoho klienta k druhému neumožňuje řádně sledovat, zda klient nemá s příjmem potravy problém, a zároveň může vyvolat dojem, že personál chvátá. Je tedy vhodnější, když se personál ke klientovi posadí a může pozorovat, zda klient zvládá jídlo dostatečně pokousat a vychutnat si je.

Co se týče podávání stravy na pokojích, pracovníci nejprve obešli všechny pokoje a rozdali stravu klientům. Následně se postupně vraceli ke klientům, kteří potřebovali pomoc. V tomto ohledu vidím opět jako riziko, že k některým klientům se personál vrátí až ve chvíli, kdy jejich jídlo vychladlo. Během pozorování také pracovnice Kanceláře zaznamenaly, že ležící klientce byla podávána strava vleže, což zvyšuje riziko aspirace.²³

V průběhu podávání stravy pracovnice Kanceláře zaznamenaly, že někteří pracovníci hovořili s klienty jako s dětmi. Jednalo se o výrazy „budeme papat,“ „budu Vás krmit, chcete?“, „spapali jsme?“. Pracovníci by měli ke klientům přistupovat s úctou a respektem, proto nepovažují za vhodné používání výrazů, které klienty infantilizuje.

21 S výjimkou imobilních klientů a klientů, kteří preferují stravování na pokoji.

22 Někteří pracovníci naopak klientům na stravu foukali, namísto toho, aby počkali, než jídlo zchladne.

23 Tento problém následně vyřešila zdravotní sestra při podávání poledních léků, kdy klientku vhodně usadila.



Opatření:

- 7) Vytvořit vhodné podmínky pro společné stravování a podporovat v něm klienty; zejména zajistit dostatek míst pro klienty v jídelně a nabízet klientům možnost podávání stravy [včetně snídaně, svačiny a večeře] v jídelně (do 3 měsíců).
- 8) Zajišťovat, aby klientům byla podávána strava a tekutiny s respektem k jejich tempu, v dostatečném množství, bezpečným a důstojným způsobem (průběžně).
- 9) Průběžně edukovat personál o nezbytnosti jednání s klienty s respektem a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (průběžně).

8.2 Podávání tekutin

Některým klientům jsou tekutiny podávány injekční stříkačkou. Upozorňuji, že podávání tekutin tímto způsobem bez zdravotní indikace (ale např. v zájmu zjednodušení práce personálu) je nedůstojné.

V teoretické rovině podávání tekutin přes stříkačku může snížit riziko aspirace. Musí však být zajištěny hygienické podmínky. Některé stříkačky, kterými byly podávány tekutiny klientům, byly evidentně velmi staré (jevily známky stárání, opotřebení a chyběla graduace). Navíc volně ležely na nočních stolcích, případně na podnosech na stole.



Injekční stříkačka používaná k podávání tekutin

Pokud zařízení přistoupí k podávání tekutin klientovi za pomoci injekční stříkačky, musí se jednat o odůvodněné případy a musí být zajištěny hygienické podmínky.

8.3 Přístup k jídlu

Co se týče času podávání stravy, ochránce ve zprávě z první návštěvy upozornil na to, že mezi večeří a snídaní byla velká časová prodleva. Vedení domova to vysvětlilo tím, že klienti měli celý den v jídelně přístup k jídlu navíc.

Zajištění vhodné celodenní stravy je jednou ze základních činností poskytované sociální služby. Vyhláška jako minimum stanoví tři hlavní jídla denně. Pokud však zařízení poskytuje



péči osobám s demencí, je třeba této klientele přizpůsobit i stravovací režim. Osoby s Alzheimerovou chorobou mají vyšší energetickou potřebu, měla by jim proto být podávána nutričně a energeticky odpovídající strava reflektující aktuální fázi onemocnění, stav výživy a přítomnost další choroby. Klienti s demencí by rovněž měli mít zajištěn neustálý přístup k jídlu.

V domově se podávají čtyři jídla denně – snídaně v 8:00 hodin, oběd v 11:30 hodin, svačina v 15:00 hodin a večeře v 17:30 hodin. Diabetici mají po večeři navíc další svačinu a druhou večeři. Klienti mají možnost si uložit své vlastní jídlo v lednici, která je volně k dispozici v jídelně v přízemí a na chodbě v prvním patře. Dále personál ukládá přebytky ze stravy, kterou zajišťuje domov, v další lednici v jídelně. Oslovení klienti hodnotili stravu jako chutnou a dostačující.

V přístupu k jídlu tak nespátřuji závažné pochybení. **Doporučuji však vedení domova, aby pamatovalo na imobilní klienty, kteří se k lednici samostatně nedostanou, a aktivně zjišťovalo, zda mezi večeří a snídaní nemají hlad.**

9. Postranice

V době první návštěvy se v domově používaly postranice u lůžek, přičemž záznam o jejich použití v dokumentaci některých klientů chyběl. Ochránce ve zprávě z návštěvy vysvětlil požadavky na použití postranic jako preventivního prostředku proti pádu (včetně povinnosti vyhodnotit a dokumentovat důvod jejich použití, stanovit, kdy mají být nasazovány, a vytvářet autorizovaný seznam klientů s postranicemi pro pracovníky v sociálních službách).

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

- jejich užití musí být přiměřené riziku pádu u konkrétního klienta,²⁴
- nelze využít méně restriktivní opatření,²⁵
- účelem použití nástroje musí být vždy pouze zamezení pádu klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, a nikoliv usnadnění práce personálu,²⁶
- v individuální dokumentaci klienta musí být zaznamenáno, kdo užití postranic doporučil a z jakého důvodu, a musí být stanovena jasná pravidla pro jejich použití (kdy a po jaký časový úsek mají být používány),
- klient, který je mobilní, musí mít možnost sám lůžko opustit.²⁷

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

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

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

27 Zkrácená postranice, technická úprava lůžka.



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.²⁸

Podle sdělení personálu se v domově používají postranice jako preventivní opatření proti pádu klientů. Potřebnost použití postranic vyhodnocuje vrchní sestra a indikaci k jejich použití následně schvaluje lékař. Informace o potřebě zajistit klienty postranicemi je uvedena v individuálních plánech klientů. Pracovníci v sociálních službách mají na sesterně k dispozici seznam klientů, kteří mají postranice celodenně, nebo jen na noc. Jednotlivá použití postranic u klientů personál nikam nezaznamenává, ledaže by došlo k nežádoucí události (např. přelézání postranice).

Záznamy o indikaci lékaře k použití postranic u klientů nejsou součástí individuální dokumentace klientů, ale jsou uloženy v samostatné složce. **Musím podotknout, že obsah záznamů o indikaci lékaře se u různých klientů neliší. To vyvolává dojem, že se jedná pouze o blanketní předpis. Záznamy nezohledňují specifický stav klienta, není v něm uvedeno, na základě čeho lékař došel k indikaci.** Ve formuláři je vždy zaškrtnuto, zda má klient mít postranici celodenně, nebo pouze v noci. Všechny formuláře také obsahují obecné doporučení, jak postupovat, pokud by klient postranici přelézal.²⁹

10. Dekubity

V době první návštěvy v domově bydlelo několik (i trvale) ležících klientů. Ochránce proto zdůrazňoval, že vysazování nebo alespoň polohování je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče. Dále upozornil na důležitost bazální stimulace v péči o ležící klienty. Matrace ležících klientů byly v době návštěvy velmi tenké a nebyly opatřeny antidekubitními podložkami, ačkoliv v domově pobývalo několik klientů s rizikem vzniku proleženin. Záznamy o polohování klientů byly velmi vágní (jedna čárka za den). U klientů s narušenou kožní integritou nebyly k dispozici záznamy o stavu rány, její velikosti, průběhu hojení a prováděných převazech.

Klienti s omezenou pohyblivostí tráví většinu času na lůžku. Součástí péče proto musí být práce s rizikem vzniku dekubitů (proleženin) a postupy jejich předcházení.³⁰

V době následné návštěvy se v domově nacházeli dva klienti s dekubitem. Problematiku prevence a péče o dekubit má v domově na starosti vrchní sestra. Ta spolupracuje na léčbě dekubitů s e-portálem provozovaným firmou X. Na základě zaznamenávání a fotodokumentace firma doporučuje léčbu defektu a dodává domovu i potřebný materiál. Tato služba se jeví jako užitečná. Problematické však je, že záznamy z uvedeného e-portálu jsou

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

29 Personál má v takovém případě postranice odstranit, spustit lůžko do co nejnižší polohy, okolí lůžka zabezpečit měkkou podložkou k tlumení pádu. Dále má personál odstranit předměty, o které by se klient mohl poranit.

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



dostupné pouze v aplikaci, nikoliv v dokumentaci klienta v domově. Není tak jisté, zda by se vrchní sestra dostala k záznamům i v situaci, kdy by spolupráce s firmou X. skončila.

Díličí informace o stavu dekubitu se objevují v denním hlášení. Tento způsob zaznamenávání informací však nepovažuji za efektivní (pro zjištění informací o klientovi je nutné zpětně listovat a procházet různé informace o klientech) ani bezpečný z hlediska návaznosti péče.³¹ Některá zadání v denním hlášení pro personál ohledně péče o dekubit jsou navíc příliš neurčitá.³² Upozorňuji, že **zhojené místo zůstává rizikové po celý život, takže personál potřebuje mít možnost zpětně nahlédnout, jaký byl vývoj defektu, jeho léčby apod.**

Trvale ležící klienti měli antidekubitní matrace, což oceňuji. Co se týče polohování, v dokumentaci klientů jsou záznamy realizace ošetrovatelské péče, ve kterých se polohování klienta zaznamenává jednou čárkou za den. Takový zápis je velmi vágní. Personál polohování klienta zaznamenává ještě do listu, který daní klienti mají na pokoji. V tomto listu je zadání, jak často má personál klienta polohovat, a záznamy o tom, kdo, kdy a na jakou stranu klienta polohoval. To je správné. Personál sdělil, že klienty polohuje v případě, že mají dekubit, ale i preventivně (např. když je něco bolí, mají otlaky apod.). Součástí dokumentace klientů však nebylo vyhodnocení rizika vzniku dekubitů.³³

Nikdo z pečujícího personálu nebyl proškolen a neprováděl bazální stimulaci.

Opatření:

- 10) **Pravidelně vyhodnocovat a zaznamenávat riziko vzniku dekubitů u klientů. V dokumentaci klientů zaznamenávat mimo jiné také informace o stavu a ošetření rány (průběžně).**
- 11) **Zajistit dokumentaci ohledně dekubitů proti ztrátě informací (bezodkladně).**

11. Úhrady za služby

V době první návštěvy domov neměl jasně stanoveny úhrady za jednolůžkový pokoj. Nejasné také bylo, jaká úhrada za péči se vyžaduje po klientovi, který nemá přiznán příspěvek na péči. Podle ceníku měla být úhrada stanovena individuálně dle jednotlivých potřeb klienta, nicméně výše úhrady za jednotlivé úkony nebyla jasně stanovena v ceníku. Mimo to ochránce upozornil na případ jednoho klienta, kterému byly rozdílně účtovány vratky za neodebrané potraviny. Domov zpoplatňoval jako fakultativní službu zajištění nákupu,

31 Zde odkazuji například na zápis týkající se klientky A v denním hlášení ze dne 9. července 2022, ve kterém se objevuje žádost personálu o kontrolu počínajícího dekubitu v pondělí. V denním hlášení z následujícího pondělí 11. července 2022 však mezi informacemi ke klientce není žádný zápis o tom, že vrchní sestra případně jiný pracovník dekubit zkontrolovali, natož informace o stavu dekubitu.

32 Pro příklad odkazuji na zápis v denním hlášení ze dne 10. července 2022 ohledně klienta B „počínající defekt na sakru, ošetřovat, kontrolovat“.

33 Pouze u některých klientů je v dokumentaci nevyhodnocený formulář „Riziko vzniku dekubit dle stupnice Nortové“. Viz například dokumentace klienta C nebo klientky D.



peněžních a poštovních služeb a dále používání vlastní elektroniky, provoz TV, chladničky a počítače.

Kromě základních činností, které domov poskytuje v rámci služby klientům ze zákona,³⁴ může rovněž poskytovat další, tzv. fakultativní činnosti, za které oproti základním službám může požadovat úhradu v plné výši nákladů.³⁵

V době následné návštěvy byly v domově jednolůžkové, dvojlůžkové i třílůžkové pokoje. Ceník však stanovuje výši úhrady pouze pro dvojlůžkové a třílůžkové pokoje. Cena za dvojlůžkové a třílůžkové pokoje splňuje požadavek maximální možné úhrady za ubytování dle vyhlášky.³⁶ Výše úhrady za jednolůžkový pokoj není jasná. Dále podotýkám, že vzor smlouvy o poskytování sociální služby stanovuje, že klient, který nemá přiznán příspěvek na péči, hradí náklady dle přílohy č. 2 smlouvy. Příloha č. 2 však neobsahuje cenu jednotlivých úkonů, podklad pro propočtení nákladů na jednotlivé úkony není vyplněn. **Znovu apeluji na vedení domova, aby tyto nejasnosti napravilo.**

Pracovnice Kanceláře si v rámci následné návštěvy vyžádaly také kopii vyúčtování služeb náhodně vybranému klientovi. Z vyúčtování nevyplývají žádné nesrovnalosti, vratky odpovídají nastavení ve smlouvě o poskytování sociální služby.

Na nástěnkách v domově se nacházel rozpis fakultativních služeb, které domov nabízí, a jejich cena. Úhradu fakultativních služeb však nebylo možné ověřit z vyúčtování služeb klientovi, neboť část fakultativní služby ve vyúčtování neobsahuje jednotlivé položky služeb, které klient využil. Podle rozpisu jsou mimo jiné zpoplatněny nákupy klientům v jiné než stanovené dny, příplatky jsou stanoveny také za používání vlastní elektroniky, její provoz i revizi.

Nepovažuji za problematické, pokud domov zpoplatní jako fakultativní službu nákupy klientovi, který je schopen si tuto činnost zastat sám, nebo v případě, že klient vyžaduje zajištění nákupu nad rámec, který domov zajišťuje zdarma. Co se týče zpoplatnění používání vlastní elektroniky a spotřebičů, trvám na tom, že energie pro běžné spotřebiče spadá do poskytování základní činnosti poskytování ubytování.

Opatření:

- 12) Nezpoplatňovat úkony, které lze podřadit pod základní činnosti stanovené zákonem. V tomto ohledu revidovat ceník fakultativních služeb, zejména používání vlastní elektroniky a spotřebičů (do 2 měsíců).**

34 Ustanovení § 49 odst. 2 zákona o sociálních službách ve spojení s ustanovením § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

35 Ustanovení § 35 odst. 4 ve spojení s ustanovením § 77 zákona o sociálních službách.

36 Ustanovení § 15 odst. 2 písm. a) vyhlášky, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.



Přetrvávající rizika špatného zacházení

12. Prostor pro trávení dne

Během první návštěvy pracovníci Kanceláře zjistili, že vedle pokoje mohou klienti trávit čas v jídelně (v přízemí). V prvním patře byl k dispozici pouze nevelký výklenek s posezením. Klienti, kteří nebyli schopni využívat samostatně výtah, tak neměli k dispozici vhodný prostor mimo svůj pokoj, kde by mohli trávit volný čas. Ochránce upozornil, že takové nastavení neodpovídá zásadám péče o klienty s demencí. Současně podotkl, že plánované navýšení kapacity tento stav ještě zhorší, neboť s navýšením počtu lůžek nemělo dojít k navýšení také souvisejících kapacit v domově.

Domovy pro seniory jakožto zařízení poskytující pobytovou službu neslouží pouze k přechodnému pobytu klientů, ale má se co nejvíce přibližovat prostředí domova. Prostory by měly být nejvíce uzpůsobeny cílové skupině a individuálním potřebám jednotlivých klientů.³⁷ Je normální a přirozené, že člověk během dne střídá různá prostředí dle typu činnosti: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity. Osoba s demencí má jako každý jiný právo střídat prostředí a z této změny profitovat.

Je vhodné zvolit takové prostory, které poskytnou příjemné a bezpečné místo pro setkávání klientů navzájem a klientů s lidmi žijícími mimo zařízení. Místo pro stolování by mělo být uzpůsobeno přibližně pro 6 až 8 lidí, a vytvářet tak komunitní domácí dojem.³⁸

Následná návštěva domova ukázala, že v oblasti prostor pro trávení dne nedošlo ke zdatelné změně. V domově není žádná místnost pro rehabilitační cvičení nebo cvičení obecně, relaxační místnost (snoezelen), případně terapeutická místnost pro aktivity a ani dostatečné prostory typu obývací pokoj. Kromě pokojů tak klienti mají k dispozici pouze jídelnu v přízemí (kde probíhají také skupinové aktivity) a dále křesla na chodbě a malý výklenek na konci chodby v prvním patře. Výklenek v prvním patře má pouze pět míst k posazení a rotoped, na chodbě se nacházejí ještě tři křesla. Nehledě na to, že místa k posezení na chodbě nepřipomínají prostor pro trávení volného času, ale spíše odpočinková místa při přejití chodby, není v prvním patře ani dostatek míst pro všechny klienty. Ředitelka při úvodní prohlídce domova také otevřeně přiznala, že jídelna nemá dostatek míst pro všechny klienty. Je velká škoda, že domov nereflektoval doporučení ve zprávě z první návštěvy při rekonstrukci domova. **Vnitřní uspořádání domova totiž neposkytuje možnost střídat prostředí a aktivizovat klienty, kteří v tom potřebují pomoc, péči a dohled. To může vést k sociální izolaci klientů.**

Opatření:

- 13) Vytvořit klientům volně přístupné prostory pro trávení volného času, které budou připomínat běžnou domácnost (do 1 roku).**

³⁷ Bod 13 přílohy č. 2 k vyhlášce, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách („standardy kvality sociálních služeb“). Co se týče prostředí domova, rovněž odkazují na Doporučený postup MPSV č. 2/2016, str. 25 a násl.

³⁸ Doporučený postup MPSV č. 2/2016, str. 25 a násl.



13. Pobyt na vzduchu

Ochránce ve zprávě z první návštěvy doporučoval, aby personál poskytoval klientům doprovod na čerstvý vzduch, a to v zásadě denně, pokud s tím neprojeví nespokojenost. V rámci zákonného požadavku poskytování sociální služby individuálně měl domov určit, kdy bude personál klientovi poskytovat doprovod za účelem pobytu na čerstvém vzduchu (vycházky), a toto určení zdokumentovat.

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

V rámci následné návštěvy bylo zjištěno, že domov se přes den neuzamyká. Mobilní klienti se tak dostanou na čerstvý vzduch, kdykoliv chtějí. U klientů, kteří potřebují pomoc, závisí pobyt na čerstvém vzduchu na počasí a kapacitě personálu a dále na tom, zda si klient sám řekne, že chce jít ven. Podle sdělení personálu se pobyt klientů venku občas zaznamenává do denního hlášení, případně systému Powercare. Ze studované dokumentace však vyplývá, že pobyt klientů na čerstvém vzduchu se systematicky nezaznamenává a nesleduje.³⁹ To považuji za problematické, neboť tak personál nemůže zjistit, kdy byli klienti naposledy na čerstvém vzduchu, případně z jakého důvodu se na čerstvý vzduch nedostali.

Odkazuji na názor Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT), dle kterého klienti zařízení sociálních služeb **mají mít možnost užívat během dne přístupu na čerstvý vzduch v zásadě neomezeně, leda by to vylučoval nějaký aktuální zdravotní problém nebo byla důležitá jejich aktuální přítomnost uvnitř zařízení.**⁴⁰ Doporučuji domovu nastavit pravidla pro pobyt klientů na čerstvém vzduchu a zajistit dostatek personálu, aby klienti měli možnost se dostat na vzduch denně. U lidí s demencí také nelze spoléhat na to, že si řeknou, až budou chtít na vzduch (nelze vždy automaticky předpokládat, že zvládají tento druh komunikace). Považuji za správné, když personál klientům možnost doprovodu na vzduch aktivně nabízí. U klientů, kteří nezvládají takový druh komunikace, je třeba to alespoň vyzkoušet, a pokud během pobytu venku člověk jeví známky nevole, uvedené zaznamenat do jeho dokumentace a zohlednit.

39 Zde vycházím z toho, že v denním hlášení za červenec 2022 nebyl nalezen záznam o pobytu žádného z klientů na čerstvém vzduchu. V individuálním plánu klientů není stanoveno, jak často se má klientům poskytovat pomoc, případně doprovod venku. V systému Powercare jsou záznamy o pobytu na čerstvém vzduchu vedeny pouze u některých klientů (bez návaznosti na vyhodnocení individuálních potřeb a přání v dokumentaci) – viz např. dokumentace klienta C.

40 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. Bod 124. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 22. 2. 2023]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>.



Opatření:

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

14. Průběh dne

Ve zprávě z první návštěvy se ochránce zabýval také denním řádem v domově. Za problematické označil především brzké ukládání klientů ke spánku (17:00 až 17:30 hod.). Během dne klienti trávili čas bez přítomnosti personálu a spíše posedávali, popřípadě sledovali televizi. Rozdíl mezi dnem, který má být naplněn aktivitami, a nocí, jež má sloužit k odpočinku, nebyl zřejmý.

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

Během následné návštěvy personál sdělil, že den pro klienty v domově začíná okolo 7. hodiny ráno. V tuto dobu personál obchází oddělení a provádí u klientů ranní hygienu, případně jim s ní dopomáhá. Klienty, kteří ještě spí, kvůli hygieně šetrně probouzí. Někteří klienti sdělili, že pokud by je personál nebudil, spali by déle, neboť do snídaně v 8:30 hodin stejně nemají žádnou činnost. Po snídani personál zajišťuje celkovou hygienu u klientů, kteří potřebují pomoc. Celkovou koupel provádí podle harmonogramu, v jiný čas nebo den ji umožní, pokud o to klient požádá. Podle harmonogramu připadá celková koupel na každého klienta jednou týdně, častěji ji personál zajišťuje v případě potřeby. To je pod minimálním standardem.⁴¹

Dopoledne v domově neprobíhají žádné aktivity. Dotazovaní klienti sdělili, že mezi snídání a obědem většinou tráví čas na pokoji u televize, případně se procházejí po oddělení, neboť do oběda v 12:30 hodin nemají, co jiného by dělali. Po obědě probíhají skupinové aktivity (aktivizačními činnostmi se zabývám v následující kapitole 14 *Aktivizační a terapeutické činnosti*). Od 16:15 hodin probíhá večerní úprava klientů, včetně hygieny, a převlékání do nočního oblečení. Klienti následně zůstávají na pokojích až do večere, která se podává na pokojích v 17:30 hodin. Po večeri dokončí hygienu a klienti se ukládají do postelí. Večerka v domově stanovená není, klienti ještě mohou trávit čas na pokoji např. sledováním televize. Okolo 18. hodiny personál klientům v pokoji zhasíná, případně jim ponechá rozsvícenou lampu.

Průběh dne klientů je prakticky stejný a reflektuje stanovený chod zařízení (zejména provádění ošetrovatelských úkonů a přímé obslužné péče v určitém čase). Jsem si vědom, že

41 Za minimální standard považuji možnost tzv. celkové koupele (umytí celého těla, včetně vlasů, pod tekoucí vodou, dále vyčištění zubů a případně i oholení) alespoň dvakrát týdně. Samozřejmě platí, že klienti (včetně klientů s potřebou podpory v oblasti hygieny) by si dle svých potřeb měli svobodně rozhodnout, jak často by u nich hygiena měla probíhat (jak je běžně v populaci standardem). Personál by jim tudíž měl v této oblasti vycházet maximálně vstříc. Pokud klient hygienu odmítá, personál by se měl ptát po důvodech odmítání a s klientem systematicky individuálně pracovat na získávání a udržování hygienických návyků.



stanovení denního režimu je nutné pro zajištění chodu domova i péče o klienty. Denní režim by však měl být co nejvíce individuální. Plošné nastavení totiž nemusí odpovídat individuálním potřebám konkrétních klientů (např. byli celoživotně zvyklí vstávat a usínat v jiný čas, aktivně trávili čas v jinou denní dobu apod.). Denní rytmus, který neodpovídá individuálním potřebám klienta, může vést ke strádání klienta, ale i vyvolat neklid nebo agresivní chování.

Buzení klienta každý den v určitou hodinu je pochopitelné například v situaci, kdy klient takto vstával celý život a je na to zvyklý. V takovém případě se vychází z jeho individuálních zvyklostí a přání, což by mělo být zaznamenáno také v individuálním plánu. Plošné buzení všech klientů ráno však může být zbytečně zatěžující a narušit přirozený rytmus dne. Samozřejmě je nutné zohlednit také aktuální situaci a potřeby klienta.⁴² Nicméně běžnou praxí by nemělo být upřednostnění rozvrhu práce před spánkem klienta a jeho individuálními potřebami. V tomto ohledu mám rovněž výhradu k plošné a brzké přípravě klientů ke spánku, a to již před večerí. Nastavení nevychází z individuálních potřeb klientů ani neodpovídá přirozenému dennímu rytmu. Vzniká tak například otázka, kdy má klienta navštívit pracující člověk, když v 16:15 hodin už probíhá večerní rutina.

Opatření:

- 15) Denní režim klientů nastavit především podle jejich potřeb a zvyklostí, případně přirozeného rytmu dne (bezodkladně).**
- 16) Zajišťovat klientům v oblasti hygieny pomoc v potřebném rozsahu (průběžně).**

15. Aktivizační a terapeutické činnosti

Ve zprávě z první návštěvy ochránce kritizoval, že v domově nebyl stanoven aktivizační program. Aktivity probíhaly nahodile, odvíjely se od počasí, nálady klientů a jejich ochoty se zapojit. V době první návštěvy nikdo z personálu nevykonával pozici aktivizačního pracovníka. Z terapeutických aktivit v domově probíhala rehabilitace zajišťovaná externími pracovníky. Ochránce zdůraznil, že personál by měl hledat cesty k aktivizaci klientů s demencí, přičemž se nelze vždy řídit jejich pasivním přístupem. Zároveň vyzdvihl, že nemusí jít o složité a nákladné aktivity, ale může jít o aktivity odpovídající běžným domácím činnostem, které podporují soběstačnost.

Klienti se syndromem demence profitují v každé fázi svého onemocnění z jiných aktivit a tomu má odpovídat nabídka náplně dne v zařízení. Zatímco ve fázi středně pokročilé a rozvinuté demence jsou schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život, a profitovat z programových aktivit,⁴³ osoby s těžkou demencí potřebují především individualizovanou asistenci. Účast na programových aktivitách již pro ně přínosná není, naopak

42 Například situaci, kdy klient musí v určité hodině brát léky.

43 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. Viz Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014. Dostupné zde: <https://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>, str. 5.



jim může způsobovat diskomfort a být pro ně zatěžující.⁴⁴ Aby bylo možné tyto zásady dodržovat, personál zařízení musí jednak znát potřeby klientů a rizika vycházející z aktuální fáze demence, ve které se nacházejí, jednak také počet personálu musí být dostačující.

Během následné návštěvy pracovnice Kanceláře zjistily, že aktivizace klientů v domově spočívá především ve společném aktivizačním programu. Jedná se o jednu hodinu plánovaného programu každý všední den odpoledne. Aktivizace probíhá především v jídelně, neboť domov nemá k dispozici jiné vhodné prostory (tomuto se více věnuji v kapitole 11 *Prostor pro trávení dne*). Podle sdělení ředitelky se v minulosti pokoušeli zavést také dopolední aktivizační program, nicméně klienti o něj neměli zájem. Společný aktivizační program sestávají sociální pracovnice, které v domově působí jako aktivizační pracovnice. Týdenní rozpis společných aktivit je dostupný na všech odděleních a v jídelně. Účast klientů na aktivitách (včetně individuálních aktivizací) se podle sdělení personálu zaznamenává do systému Powercare, ale nijak systematicky se nesleduje. Společný aktivizační program opakovaně nabízí všem klientům, nicméně účast je zcela na nich, přičemž nejsou k dispozici alternativy. Společných aktivit se tak údajně účastní opakovaně ti stejní klienti.

Individuální aktivizaci mají na starosti klíčoví pracovníci (pracovníci v sociálních službách). Pro provádění individuální aktivizace klientů není vyhrazen čas, takže její realizace závisí na rozpisu směn pracovníků a jejich časových možnostech. Personál přitom otevřeně přiznal, že na realizaci individuálních aktivizací by bylo potřeba více času. Také odkazuje na kapitolu 18, kde popisují, že dokumentace klientů neposkytuje dostatek informací o individuálních potřebách ani nastavení managementu potřeb klientů. To jsou nutné informace pro nastavení prospěšné individuální aktivizace pro klienta.

Co se týče aktivizace převážně ležících klientů, v případě zájmu se mohou účastnit skupinové aktivizace na „kardio“ křesle.⁴⁵ To je však podle sdělení personálu omezeno nedostatkem těchto křesel.⁴⁶ Klienti se tak musejí střídat a nedostanou se na aktivity každý den. Individuální aktivizace je závislá na časových možnostech klíčového pracovníka. Externě je v domově zajištěna také péče rehabilitační sestry⁴⁷ a jednou za 14 dnů probíhá canisterapie. Jak již zmiňuji v kapitole 9, nikdo z personálu není vyškolen a neprovádí bazální stimulaci.

Zajištění aktivizace klientů shledávám jako nedostatečné. Zdá se, že hlavním problémem je nedostatek času personálu se klientům věnovat individuálně a prostředí domova, které neumožňuje trávit čas s klientem mimo pokoj pod dohledem a vedením pracovníků. Navíc, aktivity nejsou provázány na individuální plány klientů, a není tak zajištěno, že se skutečně jedná o aktivity, jež by klientům prospívaly (resp. odpovídaly aktuální fázi jejich onemocnění a zájmům) a o které by klienti stáli. S ohledem na to, že se v domově nacházejí také převážně ležící klienti, považuji za důležité také zajištění bazální stimulace.

44 Strategie P-PA-IA, s. 4–5, 8.

45 Geriatrické křeslo pro kardiaky.

46 Podle sdělení personálu jsou v domově k dispozici dvě „kardio“ křesla.

47 Podle sdělení personálu rehabilitaci doporučuje vrchní sestra na základě zdravotního stavu klientů.



Opatření:

- 17) Zajistit dostatek vhodných pomůcek, které personál využívá k mobilizaci klientů (do 3 měsíců).**
- 18) Zajistit dostatek času personálu pro individuální aktivity s klienty (bezodkladně).**
- 19) Nabízet aktivity, které odpovídají individuálním potřebám jednotlivých klientů s důrazem na specifika demence (průběžně).**

16. Komunikace

Během první návštěvy pracovníci Kanceláře zjistili, že zjistit vůli klientů je pro personál mnohdy velmi obtížné. Ačkoliv bylo jejich snahou vše činit podle potřeb a přání klientů, personál nebyl v komunikaci s klienty s demencí jakkoliv proškolen.

V domovech pro seniory mohou žít lidé, kteří mají snížené komunikační schopnosti. Zejména v pozdějších fázích syndromu demence dochází k výraznému omezení verbální komunikace. Vyjádření vůle (a tím i možnosti rozhodovat o sobě), libosti či nelibosti (připomínky, stížnosti) je stále těžší. Pro zamezení nedorozumění, ignorování potřeb a přání klienta, jeho sociální izolace a také frustrace je třeba s tímto problémem pracovat. To klade nároky na schopnost personálu navázat s člověkem s demencí kontakt, komunikovat s ním správně a také non-verbálně a umět mu porozumět.⁴⁸ Komunikaci je vhodné podpořit využitím nástrojů alternativní a augmentativní komunikace.⁴⁹ Nalezení efektivního způsobu komunikace je základním předpokladem pro poskytování služby individuálním způsobem a dle skutečných potřeb klienta. Pokud personál nehledá formy komunikace, kterými klient ještě disponuje, nemusejí být dostatečně zjišťovány skutečné potřeby klienta a může docházet k prohlubování závislosti na poskytované péči, frustraci, sociální izolaci a vzniku náročného chování. Vytváří se tak prostor pro špatné zacházení s klientem.

Je zapotřebí zvláštního tréninku a empatie, aby personál uměl zjistit přání klienta s demencí. Je dále zapotřebí mnohem více vysvětlovat, nabízet, komentovat dění a přitom musí péče být co nejméně závislá právě na obsahu mluveného slova.⁵⁰

V rámci následné návštěvy vyšlo najevo, že oblast komunikace s klienty není systematicky uchopena. Podle sdělení personálu má část klientů sníženou komunikační schopnost. To je uvedeno v individuálních plánech klienta. S klienty se snaží dorozumět tak, že hovoří pomalu a vždy vysvětlují, co budou dělat. To, zda klient porozuměl, usuzují z gest, hlasových projevů, případně z toho, zda se klient dané činnosti brání. Personál domova nemá k dispozici žádné

48 Strategie P-PA-IA, str. 15.

49 Alternativní a augmentativní komunikace jsou „všechny formy dorozumívání, které doplňují nebo nahrazují řeč, ať už přechodně, nebo trvale. Alternativní a augmentativní komunikace užívá cílené pohledy očí, gesta, manuální znaky (například jazykový program Makaton), předměty, fotografie, obrázky, symboly (Makaton, Bliss, PCS aj.), piktogramy, písmena a psaná slova, komunikační tabulky, technické pomůcky s hlasovým výstupem a počítače“. In: ŠKODOVÁ, Eva; JEDLIČKA, Ivan a kolektiv. Klinická logopedie, 2. aktualizované vydání: Portál, 2007, 615 s. ISBN 9788073673406.

50 K tomu více BÁŇOVÁ, Marie. Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí. Dostupné zde: [Ochrana-prav-senioru.pdf \(ochrance.cz\)](#), s. 76–83.



komunikační pomůcky. Reakce klienta, projevy libosti a nelibosti však nikam nezaznamenávají. Jednotliví členové personálu tak komunikují s klienty intuitivně, na základě vlastních znalostí o klientovi. Dotázaný personál nevěděl o tom, zda mají možnost školení na téma komunikace s klienty s demencí.⁵¹

Práci s komunikací v domově nepovažují za dostačující pro poskytování služeb klientům podle jejich individuálních potřeb a přání. Je zapotřebí tréninku a potřebné podpory, aby personál zvládl tuto náročnou úlohu, která je však základem pro poskytování služby na odborné úrovni.

Opatření:

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

17. Klient s chováním náročným na péči

Během první návštěvy domova se pracovníci Kanceláře setkali s nezákonným a neprofesionálním řešením neklidu klienta. Pracovník v sociálních službách při neklidu klienta situaci řešil odchodem pryč a čekáním, až se klient sám zklidní, nebo pokusem klienta „umluvit“. Ochránce ve zprávě upozornil, že v případě problémového (neklidného) chování klienta není možné jej nechat vlastnímu osudu, ale personál by měl pátrat po příčině, vhodně zasáhnout a pomoci klientovi ulevit.

Poskytovatel je ze zákona povinen poskytovat službu individuálním, důstojným způsobem a vytvořit takové podmínky, jež klientům umožní naplňovat jejich lidská i občanská práva a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby.⁵² Z tohoto požadavku vyplývá povinnost prevence a zvládnutí náročného chování klientů. V opačném případě může nezvládnuté náročné chování klienta ohrozit soužití obyvatel služby, bezpečnost a také kvalitu života samotného klienta. Přitom je třeba klást důraz na povinnost zařízení poskytovat sociální služby způsobem, který předchází situacím, v nichž je nezbytné použít opatření omezující pohyb.

Domov nemá zpracovanou metodiku pro zvládnutí chování náročného na péči, která by obsahovala, co vše může být náročným chováním klienta a kdo a jaké postupy má uplatnit při jeho řešení. Z rozhovorů s personálem, záznamů mimořádných událostí a záznamů v denním hlášení však vyplývá, že k náročnému chování občas dochází. Jedná se například o klientku E; personál sdělil, že klientka má výkyvy nálad, někdy se směje, jindy „se chce prát“, někdy se brání pečovatelským úkonům. Dále uvedl, že odpor klientky nepřekonávají silou, ale chvíli počkají a snaží se ji zklidnit např. pohlazením. Je správné, že personál neřeší

51 Ani z vyžádaného rozpisu pořádaných školení za poslední dva roky nevyplývá, že by za tuto dobu proběhlo školení na téma komunikace.

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



neklidné chování klientky silou. Vzhledem k absenci metodiky je intuitivní přístup pracovníků pochopitelný, nikoliv však správný. Intuitivní přístup totiž nese riziko opomíjení potřeb klienta, případně jej může podněcovat k dalším projevům náročného chování.

V individuálním plánu ani elektronické dokumentaci nejsou o projevech klientky E žádné informace. V denním hlášení se občas objevují záznamy o projevech klientky,⁵³ ale není z nich zřejmé, jak personál situaci řeší, zda přijal nějaká opatření (např. se snaží vysledovat příčinu) apod. Obdobné zápisy se v denních hlášeních objevují i u dalších klientů, přičemž ani u nich není zřejmé, jak na ně zařízení reaguje, zda přistupuje k nějakým opatřením apod. Za vhodné považuji provést rozbor situací a chování, které je hodnoceno jako náročné. Personál by měl toto chování zmapovat, aby bylo patrné, kdy a jak se klient projevuje, pokud toto lze vysledovat. Rovněž by měl stanovit sled kroků, jak se bude s klientem pracovat, aby se tomuto chování předešlo do budoucna, a jak se toto chování má zvládnout, pokud nastane. Uvedené hodnocení by mělo být týmové a multidisciplinární. To zajistí, že na hodnocení není pracovník sám, ale může je konzultovat s ostatními pracovníky. Také klient je tím chráněn před případnou libovůlí jednoho pracovníka.

Denní hlášení nepovažuji za vhodný prostor pro zaznamenávání informací o neklidu klienta. Jednak proto, že tyto záznamy neobsahují dostatek informací o neklidu, jednak proto, že pro zjištění vývoje stavu klienta je nutné sešit zpětně procházet a potřebné informace v něm hledat mezi informacemi o ostatních klientech.

Ze záznamů o mimořádné události vyplývá, že personál v minulosti při neklidném a agresivním jednání klientů přikročil k použití postranic jako nezákonného opatření omezujícího pohyb (tomuto se více věnuji v kapitole 24 *Postranice*).

Opatření:

- 22) Vzdělávat a jednotně metodicky vést personál ve zvládnání náročného chování klientů s demencí. Do toho zahrnout přehled možných projevů tohoto chování, jejich prevenci a nerestriktivní řešení (průběžně).**

18. Specifika demence

V době první návštěvy velká část klientů vykazovala různý stupeň onemocnění demencí, zařízení však nebylo na tento typ klientů připraveno. Personál nesledoval, v jakém stupni demence se klienti nacházejí. Přístup ke klientům byl stejný bez ohledu na to, zda má klient demenci, či nikoliv. Ochránce proto doporučil, aby se personál obeznámil s potřebami klientů s demencí a zohledňoval stupeň demence klientů v péči o ně.

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stadia, musí být nastavena individuálně a prováděna poučeným personálem. Intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže či zbytečně

53 Zde odkazuji například na záznam ze dne 10. ledna 2023 „dnes večer neklidná“, ze dne 20. listopadu 2022 „večer velmi neklidná po návštěvě p. X.“, ze dne 6. prosince 2022 „dnes neklidná až agresivní, velmi těžká manipulace při hygieně“, ze dne 15. prosince 2022 „dnes neklidná“, ze dne 16. prosince 2022 „velice neklidná“, ze dne 29. prosince 2022 „celý den neklidná, převléká si postel“.



působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv klienta či přímo o špatné zacházení. Požadavku na zohlednění odborné stránky věci odpovídá právní povinnost poskytovatele sociální služby zajistit individuální přístup k potřebám klientů.⁵⁴ K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti.⁵⁵ Informace o tom, jaký typ demence osoba má a v jaké fázi se syndrom demence nachází, je klíčová pro správné nastavení péče. Informace musí být obsažena v dokumentaci klienta a personál musí s těmito informacemi dále pracovat.

Podle sdělení personálu i vedení domova během následné návštěvy má určitá část klientů demenci. Nikdo z osloveného personálu však neměl informace o typu ani aktuální fázi demence jednotlivých klientů. Zdravotní i sociální dokumentace klientů dostupná v domově je velmi obecná, neposkytuje dostatek informací o individuálních potřebách a přáních klientů, a tudíž ani nastavení managementu jejich potřeb. Personál nemá jasné zadání sledovat či vyhodnocovat kognitivní stav klienta. Na to, že klient má demenci, personál intuitivně usuzuje z vlastní znalosti a pozorování klienta.

Současné nastavení shledávám jako nesprávné. Bez aktuálních poznatků o onemocnění klienta a jeho specifických potřebách personál nemůže poskytovat péči odborným a individuálním způsobem. Pokud personál postupuje intuitivně, dělá to, co si myslí, že klient potřebuje, anebo co si přeje, ačkoliv opak může být pravdou. To představuje vysoké riziko špatného zacházení s klientem. Riziko spočívá především ve ztrátě dovedností klienta, prohlubování jeho závislosti na poskytované péči a zanedbání péče v oblastech, kde klient nedostává dostatečnou podporu. Apeluji na domov, aby u všech klientů s demencí zajistil test kognitivních funkcí a podle výsledku vyžádal diagnostiku od lékaře a nastavení adekvátní péče.

Souhlasím s prohlášením vedení domova, že primární je péče o klienty, nikoliv vedení dokumentace. To však neznamená, že dokumentace by měla být pouhou formalitou. Správně vedená dokumentace slouží jako zdroj důležitých informací o klientech a je efektivním nástrojem pro poskytování individualizované a kvalitní péče. Pokud je dokumentace vedena nesystematicky (roztříštěně na několika místech a na různých nosičích) a velmi obecně (nezaznamenávají se potřebné informace o klientech), může představovat pouhou administrativní zátěž (bez toho, aby přinášela užitek personálu a klientům). Pokud vedení a personál domova vnímá dokumentaci pouze jako nutnou formalitu,⁵⁶ **považuji za vhodné provést kontrolu a přenastavení dokumentace tak, aby mohla sloužit jako nástroj pro poskytování péče.**

Opatření:

23) Zajistit pravidelné provádění testů kognitivních funkcí a sledovat fázi onemocnění klientů. Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobit stadiu demence (průběžně).

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

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

56 O tom vypovídá například sdělení personálu, že je pro ně občas těžké vymyslet, co zapsat do záznamů v dokumentaci klientů.



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

19. Malnutrice

Nedostatečná nutriční péče může vést k malnutrici, která je příčinou dalších komplikací v péči, jako je zhoršení zdravotního stavu, prodloužení doby léčby, zvýšení rizika tvorby proleženin, zhoršení soběstačnosti a zvýšení úmrtnosti. Potřebu věnovat náležitou pozornost riziku malnutrice dále zdůrazňují i výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržením jejich kognitivních funkcí.⁵⁷

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

19.1 Nutriční screening

Během první návštěvy domova pracovníci Kanceláře zjistili, že při přijetí klienta do péče v domově personál provádí orientační nutriční screening. Z pozorování péče však nebylo zřejmé, jak se jeho závěry projevují v poskytované péči. Navíc, domov nezajišťoval vážení imobilních klientů. Jejich váhu personál nezjišťoval ani alternativními metodami.

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces proveditelný zaškoleným pracovníkem (ošetřovatelem) za pomoci standardizovaných testů. Výsledkem může být zjištění, že klient není v riziku malnutrice, ale může potřebovat opakovanou kontrolu v určitých intervalech; nebo že klient je v riziku a má být vypracován nutriční plán a poskytována specializovaná péče dle závažnosti buď v zařízení, nebo poskytovatelem zdravotních služeb. Zařízení by při příjmu nového klienta mělo zaznamenat alespoň údaje o váze, výšce, body mass indexu, příjmu potravy. Za správné považují používání validních nutričních testů.⁵⁸ U klientů, kteří se nepostaví na váhu, je vhodné využívat alternativních možností zjišťování hmotnosti (např. měření obvodu paže či kožní řasy); a na základě těchto vstupních informací vyhodnotit, zda je klient ohrožen malnutricí. Tento postup by mělo zařízení opakovat v pravidelných intervalech.

Během následné návštěvy pracovnice Kanceláře zjistily, že personál nepracuje s žádným nutričním nástrojem nebo screeningem, jako jsou validní nutriční testy (např. MNA test). Neprovádí ani hodnocení dysfagie,⁵⁹ která bývá u seniorů velmi častá. Domov spolupracuje

57 NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Sledování nutričního a psychického stavu u nemocných s Alzheimerovou chorobou – vliv nutriční intervence v longitudinální studii. Disertační práce [on-line]. PK LF Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, 2009 [cit. 5. 3. 2023]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2-117_1.pdf.

58 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.

59 K hodnocení dysfagie se používá např. screening dle Mandýsové, nebo GUSS test.



s nutričním terapeutem. Podle sdělení personálu však jeho doporučení nerespektují lokálnost, roční období ani specifické potřeby klientů, a proto personál jeho doporučení nerealizuje. Pokud je potřeba u klienta řešit úpravu pokrmu, pracovníce v sociálních službách nebo zdravotní sestry sdělí požadavek vrchní sestře, která situaci vyhodnotí, a poté oznámí změnu lékaři. Ten následně navržené změny schválí.

V rámci výživy klientů personál sleduje pouze jejich váhu. Podle sdělení personálu klienty váží jednou měsíčně. Z dokumentace však vyplývá, že to neplatí vždy.⁶⁰ Vážení se navíc týká pouze klientů, kteří jsou schopni postavit se na osobní váhu, případně zvládnou stát na váze s podepřením personálu. Personál zapisuje váhu klientů do medikačních listů a případně vyznačí, zda vážení provedli s oporou klienta. U ostatních klientů se nevyužívají žádné alternativní způsoby pro sledování hmotnosti. Záznamy váhy klientů podle sdělení personálu vyhodnocuje vrchní sestra.

Zajištění nutričního screeningu shledávám na velmi nízké úrovni. Pokud domov důsledně a pravidelně nevyhodnocuje⁶¹ nutriční stav klientů, hrozí, že nezachytí riziko malnutrice klientů včas. Ani neschopnost klienta stát na osobní váze nemůže být ospravedlněním pro to, aby personál váhu klienta vůbec nesledoval. Vážení klientů na osobní váze s podepřením nepovažuji za vhodné, neboť naměřené hodnoty mohou být zkresleny, a nemají tak vypovídající hodnotu. Je nutné využít vhodnou alternativu (např. měření obvodu paže či kožní řasy). Možností je také pořízení zvedáku či křesla s integrovanou váhou. Hodnocení nutričního stavu klientů musí vycházet ze správně změřených a zaznamenaných hodnot a pravidelného⁶² provádění nutričních testů. Doporučuji také přenastavit spolupráci s nutričním terapeutem, případně lékařem.

Opatření:

- 25) Důsledně sledovat a hodnotit váhu klientů. U klientů, kteří nejsou schopni postavit se na váhu, používat alternativní metody (průběžně).**
- 26) Pracovat s validními nutričními testy a vyhodnocovat, u koho má být příjem stravy [nebo tekutin] preventivně sledován (průběžně).**

19.2 Sledování příjmu stravy a tekutin

Během první návštěvy pracovníci Kanceláře zjistili, že sledování příjmu stravy a tekutin u klientů bylo intuitivní bez důsledného a systémového zaznamenávání.

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

60 Zde odkazují například na medikační listy klienta F za období červen 2022 až leden 2023.

61 V institucionální péči se doporučuje opakovat nutriční screening s odstupem 3 měsíců. Viz VÁGNEROVÁ T., KLÍMOVÁ E. *Standardní nutriční péče v geriatрии* [online]. Česká asociace nutričních terapeutů, 3 [cit. 13. 3. 2023]. Dostupné z <https://www.cant.cz/wp-content/uploads/2019/12/Obecne-principy-nutricni-pece-GERI.pdf>, s. 3.

62 Například Nutriční test MNA®-SF má být u klientů v lůžkové a dlouhodobé péči prováděn každé tři měsíce, případně kdykoliv dojde ke změně zdravotního stavu. Viz Nestlé Nutrition Institute. *Nutrition screening as easy as mna. A guide to completing the Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA®-SF)*. [cit. 25. 3. 2023]. Dostupné z <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-english-sf.pdf>.



záznamy mohou být součástí nutričního dekurzu klienta. V první řadě je vždy nutné stanovit, u koho má být příjem stravy či tekutin sledován, a nenechávat na intuitivním zhodnocení a všímavosti pracovníků v sociálních službách, zda klient je dostatečně hydratován, či zda není v riziku malnutrice.

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

Během následné návštěvy personál sdělil, že žádný z klientů není v riziku malnutrice, a proto aktuálně u nikoho systematicky nesledují příjem stravy nebo tekutin. S ohledem na nedostatky v nutričním screeningu, jež popisují výše, se však jeví takové rozhodnutí jako intuitivní. Bez dostatečného podkladu totiž nelze kvalitně zhodnotit případné riziko malnutrice (a dehydratace) a nastavit vhodnou intervenci.

Pokud má personál dojem, že klient jí méně, zapíše tuto informaci do denního hlášení, a případně dají klientovi nutridrink. Tomu odpovídají zápisy v denním hlášení,⁶³ kde se občas vyskytují zápisy „jedla méně“, „podán nutridrink, jedl méně“, „hydratována (v rámci možností)“. Upozorňuji, že takové zápisy jsou subjektivní. Neměřitelná hodnocení nemají žádnou vypovídající hodnotu. Zatímco u jednoho pracovníka může zápis znamenat, že klient nedojí dvě porce po sobě, jiný pracovník tento záznam udělá, pokud klient týden nedojídá obědy a večeře. Nadto musím uvést, že systém zaznamenávání, kdy zápisy o příjmu stravy klienta se stravovacím problémem nejsou činěny každý den, natož u jednotlivých jídel, je nedostačující a nemůže personálu ani klientům přinášet žádný užitek. Samotné podání nutridrinku u klienta se sníženým příjmem nelze považovat za dostatečné řešení nutričního stavu, ale je nutné pokusit se zjistit příčinu sníženého příjmu.

Opatření:

- 27) Pořizovat objektivizované záznamy příjmu stravy a tekutin a pravidelně je vyhodnocovat ve spolupráci s lékařem (průběžně).**

20. Mikční režim

Ve zprávě z první návštěvy domova ochránce konstatoval, že přístup personálu k mikci byl intuitivní. Personál neměl přístup k informacím o mikčním režimu klientů v dokumentaci ani jasné zadání, koho z klientů vysazovat na toaletu, a koho ne. Personál klientům poskytoval toaletní křesla jako pohodlnější variantu než toaletu.

Jedním z projevů demence je inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet klienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu včetně režimu mikčního. Klient by měl mít možnost se vymočit v cca 2hodinových intervalech, nebo i častěji. Takto

63 Viz například zápis v denním hlášení ze dne 31. prosince 2022, 13. a 22. ledna 2023.



nastavený režim může minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.⁶⁴

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

V rámci následné návštěvy pracovnice Kanceláře zjistily, že v domově bydlí klienti s různým stupněm inkontinence, přičemž druh používané inkontinenční pomůcky se mezi klienty liší. Personál mění inkontinenční pomůcky 4x denně a navíc podle potřeby klientů. Žádný z klientů však nemá stanoven mikční režim a personál nemá ani jinak dané jasné zadání, kdo a jak často má být vysazován na toaletu, koho doprovázet na WC, případně komu má být potřeba připomenuta a v jakém časovém intervalu. Personál tak postupuje na základě vlastní znalosti klientů. Nikomu z klientů však pracovníci nepřipomínají, aby si došel na toaletu, ani se nedotazují na potřebu močení. Pokud si tedy klient sám nepožádá, je odkázán na inkontinenční pomůcku.

Postup zařízení v této oblasti je neodborný. U klientů, kteří si sami neřeknou o dopomoc (včetně klientů, kteří již nekomunikují verbálně), hrozí riziko zhoršování inkontinence. Možným důsledkem je například to, že klienti využívají inkontinenční pomůcky nadbytečně, což dále vede k postupnému oslabení schopností v této oblasti a vzniku skutečné potřeby inkontinenční pomůcky mít. Dochází tak ke zbytečnému posilování závislosti na podpoře personálu domova. Zařízení by mělo zavést systematický trénink mikce⁶⁵ a zajistit, že klientům bude poskytována potřebná míra dopomoci v této oblasti.

Opatření:

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

21. Deprese

V době první návštěvy byli někteří klienti léčeni a sledováni lékařem pro depresi. U ostatních klientů však personál považoval smutek za přirozený projev stáří. Personál systematicky nesledoval a nezjišťoval, zda klienti nejsou v riziku deprese.⁶⁶

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,⁶⁷ často však bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může

64 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 109.

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

66 Pouze při přijetí klienta do domova sestry prováděly vstupní screening psychického stavu klienta.

67 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.



významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese, v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

Pokud dochází k psychickému zhoršení klienta, oznámí pracovníci změnu psychiatrovi, se kterým se domluví na úpravě medikace. Jedna pracovnice popsala, že špatnou náladu u klienta se snaží řešit tím, že klienta například hýčká, aktivizuje, případně jej zkusí vzít do společnosti. Tímto způsobem se jí daří klienty „hodit do pohody“. Věřím, že se některým pracovníkům daří klientům zlepšit špatnou náladu, a tuto iniciativu samu o sobě nijak nekritizují. Uvedený postup však nelze požadovat za dostatečný, pokud by se skutečně jednalo o projevy deprese.

Objektivně posoudit míru deprese je velmi obtížné, proto doporučuji, aby pracovníci využívali vypovídající způsob posuzování a hodnocení deprese, jako je např. geriatrická škála deprese,⁶⁸ a s tím dále systematicky pracovali.

Opatření:

- 29) U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost zkoumání, zda nemají depresi (průběžně).**
- 30) V této souvislosti stanovit pro práci s depresí jasné zadání a povinnosti pro personál (do 3 měsíců).**

22. Bolest

V době první návštěvy domova byl personál v sociálních službách pozorný k projevům bolesti klientů, nicméně informace o projevech bolesti klientů nepředával dalším pracovníkům. Projevy bolesti se nikde nedokumentovaly. Mezi ordinovanými léky byly rovněž léky proti bolesti, ale z dokumentace nebylo zřejmé, zda jsou léčiva efektivní a zda došlo ke zmírnění bolesti klienta.

U klientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,⁶⁹ může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, příp. může vést k poruchám chování (vnímaným jako neklid či agrese) a následnému zbytečnému omezení klientů. V rámci poskytované péče je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost bolesti a její léčbě. Zejména v pokročilých stádiích demence, kdy již klient není schopen verbalizovat svoje pocity, je třeba, aby schopnost detekovat bolest zvládl pečující personál.⁷⁰ Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasné stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

68 Geriatric Depression Scale je celosvětově rozšířená škála, jedna z nejčastěji používaných pro zjišťování deprese u seniorů.

69 Viz Strategie P-PA-IA.

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



V rámci následné návštěvy personál uvedl, že pravidelné sledování bolesti je zavedeno pouze u klientů s ordinovanou opiátovou náplastí. Aplikace a následná výměna se zaznamenává v medikační kartě klienta. Vrchní sestra navíc vyplňuje kartu bolesti, kterou stanovuje lékař, a následně ji lékaři také odevzdává. Součástí karty bolesti je údajně také hodnocení bolesti a chování klienta po aplikaci náplasti. Tyto záznamy se však odevzdávají lékaři, takže personál domova nemá možnost do nich zpětně nahlédnout a stav klienta (včetně péče o něj) zhodnotit.

U klientů bez ordinace opiátové náplasti se bolest nijak systematicky nesleduje ani nezaznamenává. Podle sdělení personálu poznají diskomfort klientů podle jejich projevů, grimas či pohmatem. Nepopírám, že pracovníci klienty znají a mohou intuitivně rozpoznat jejich projevy. Nejedná se však o objektivizované poznatky. **Proto považují za potřebné využívat dostupné škály, které byly sestaveny pro seniory s demencí, a vést pečlivé záznamy.**

Opatření:

- 31) Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, např. pomocí škál (do 1 měsíce).**

23. Léky

V době první návštěvy připravovaly léky klientů zdravotní sestry na základě medikačních listů. Příprava léků probíhala na týden dopředu do speciálních dávkovačů, ze kterých se přesypávaly do jednodenních dávkovačů. V případě nepřítomnosti sester vydávaly léky pracovníce v sociálních službách, což je z hlediska práva a bezpečnosti klientů nesprávné. Tyto pracovníce měly rovněž přístup k volně uloženým lékům, včetně psychofarmak, která nebyla přiřaditelná k žádnému klientovi. Ochránce proto upozornil, že uvedený systém nerespektuje základní pravidla bezpečného podávání léků.

23.1 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.⁷¹ 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.⁷²

Během následné návštěvy pracovníce Kanceláře zjistily, že systém přípravy léků se v domově příliš nezměnil. Léky chystá zdravotnický personál na základě medikačních listů na 14 dnů dopředu a v daný den je přesype do jednodenního dávkovače. **Upozorňuji, že pokud léky**

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

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



vydává zaměstnanec, který je nechystal, nemá jak ověřit ani ovlivnit správnost připravených léků a vystavuje se riziku, že udělá chybu, kterou sám nezavinil.

Tento systém se navíc týká předem nadrcených léků, které se následně v dávkovači rozsypanou. To považuji za nepřijatelné. Nejenže nadrcený lék v dávkovači kontaminuje samotný dávkovač a ostatní předem nachystané léky, ale otázkou je, jaká gramáž léku zůstala zachována při podání a zda klient reálně dostal potřebné množství.⁷³ Nesprávný způsob podání může nejen ovlivnit výsledný efekt léčby,⁷⁴ ale mohou se například také ve zvýšené míře projevit nežádoucí účinky.



Předem nadrcený lék rozsypaný v dávkovači

Pracovnice Kanceláře v průběhu návštěvy rovněž pozorovaly podávání léků klientům. Podávání ranních léků, které se užívají na lačno, proběhlo v pořádku. U ostatních léků však nebyl dodržen postup podávání před jídlem nebo po jídle. V průběhu poledne došlo ke zpomalení rozdávání léků klientům, neboť jedna zdravotní sestra měla na starosti velký počet klientů. To mělo za následek i to, že jedné klientce podala inzulin nevhodně v době, kdy klientka už jedla. Nejenže tak došlo k narušení klidu na oběd, ale především nebylo dodrženo pravidlo podávání inzulinu 30 minut, popřípadě bezprostředně před příjmem stravy.

Pokud klient potřebuje analgetika či léky na podporu peristaltiky mimo ordinaci lékaře, zdravotní sestra zhodnotí, zda a které léčivo je vhodné podat (na základě možné kontraindikace léčiv). Tento lék „navíc“ následně zapíše do speciální tabulky, která se nachází na sesterně.⁷⁵ Lék „navíc“ není zaznamenán v medikačním listu klienta, ale pouze v denním hlášení. V denním hlášení však není možné dohledat datum, kdy byl lék podán, důvod podání ani jeho účinek. Samotné zaznamenávání do denního hlášení je pro daný účel neefektivní a rizikové. Pokud by personál chtěl zjistit, zda klient dostal nějaké léky „navíc“, musel by zpětně pročítat denní hlášení a hledat, zda na takovou poznámku narazí. Navíc, ze záznamů v denním hlášení nelze zjistit, kdo podal léky, aplikoval inzulin nebo měřil vitální funkce klienta. Nelze

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

74 VANÍČEK, Josef. Správné užívání a aplikace léků. In: Doporučený postup ČLnK „Správné užívání a aplikace léků“ [online]. Praha: Česká lékárnická komora [cit. 23. 3. 2023]. Dostupné z [https://www.lekarnici.cz/getattachment/Podpora/PORADENSTVI---KONZULTACE-\(1\)/Spravne-uzivani-a-aplikace-leku/DP_spravne_uzivani_a_aplikace_leku.pdf.aspx](https://www.lekarnici.cz/getattachment/Podpora/PORADENSTVI---KONZULTACE-(1)/Spravne-uzivani-a-aplikace-leku/DP_spravne_uzivani_a_aplikace_leku.pdf.aspx).

75 Domov následně každý tento lék „navíc“ klientovi vyúčtuje k úhradě.



tak zpětně zjistit, zda zdravotní úkony prováděl kvalifikací odpovídající pracovník. Otázkou také zůstává, kdo by nesl odpovědnost za případnou chybovost.

Z rozpisu pracovních činností pro pracovníky v sociálních službách a podle sdělení některých pracovníků vyplývá, že během noční služby podávají léky a aplikují inzulin i pracovníci v sociálních službách. To je nesprávné a ohrožující pro klienty, neboť pracovníci v sociálních službách nemají oprávnění ani odbornost s léky nakládat.

Opatření:

- 32) Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby – především nechystat léky dopředu a drtit je bezprostředně před podáním klientovi (průběžně).**
- 33) Vymezit dostatečné množství času a zdravotnického personálu na podávání léků. Léky podávat dle pravidel správného užívání léků (průběžně).**
- 34) Zajistit, aby léky připravoval a klientům vydával jen zaměstnanec, který je k tomu kompetentní (bezodkladně).**

23.2 Uložení léků

Léky by měly být uschovány na bezpečném místě tak, aby k nim měl přístup pouze ten, komu jsou určeny (v případě, že se klient podle svých schopností o léky stará sám), popřípadě personál oprávněný s nimi nakládat. Léky, které jsou uloženy u personálu, by měly být řádně označeny. Jedná se jednak o majetek daného klienta, kterému jsou určeny, jednak se tím eliminuje riziko jejich záměny.

Léky jsou uloženy v sesterně. Pracovnice Kanceláře byly svědky situace, kdy sesterna byla odemčená a volně přístupná všem zaměstnancům (včetně těch, kteří nejsou oprávněni s léky nakládat) i klientům. Na sesterně se přitom nacházely volně přístupné dávkovače s nachystanými léky a další léky v neuzamykatelné polici. Nezajištěné uložení léků může pro klienty představovat zásadní ohrožení zdraví, či dokonce života (např. pozřením velkého množství léků, cizích léků, případně jejich záměnou). Riziko navíc zvyšuje fakt, že zde byly uloženy také léky, které byly expirované, a opioidy,⁷⁶ které jsou z důvodu rizikovosti dostupné pouze na lékařský předpis.

Opatření:

- 35) Zajistit bezpečné uložení léků. Přístup k nim umožnit jen pracovníkům, kteří jsou oprávněni s nimi nakládat (bezodkladně).**
- 36) Neskladovat v zařízení expirované léky. Stávající expirované léky zlikvidovat (bezodkladně).**

24. Pády

V době první návštěvy personál sledoval problematiku pádů klientů v rámci vstupního screeningu a v průběhu pobytu už pouze zaznamenáváním jednotlivých událostí v protokolu o pádu. Z pozorování nevyplývalo, že by se lišila péče o klienty s rizikem pádu či bez něj. Péče

⁷⁶ Například Tramadolové kapky.



o klienty tak neodrážela zjištění, přičemž navrhovaná opatření v protokolech o pádu byla s ohledem na demenci klienta neúčinná (např. „domluva klientovi“).

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).⁷⁷ Je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost jejich prevenci a hodnotit riziko pádu u každého klienta, riziko zaznamenat a pravidelně tento údaj aktualizovat. V případě, že k pádu dojde, je třeba hledat příčiny a zaznamenat okolnosti pádu (stav klienta, místo, čas apod.). Příčiny je třeba analyzovat a hledat způsoby, jak pádům příště předejít. Do tohoto procesu by měl být zapojen celý pečující tým.

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

V rámci následné návštěvy pracovnice Kanceláře zjistily, že riziko pádu u klientů je pouze zaškrtnuto ve vstupní ošetřovatelské anamnéze. K bližšímu vyhodnocení rizika pádu (ani přehodnocení po daném čase) u klientů nedochází. Jednotlivé pády personál zapisuje do protokolu o pádu, který se následně uloží do evidence pádů na sesterně. Záznam o pádu ani jeho kopie není uložena v dokumentaci konkrétního klienta. To nepovažuji za vhodné. Pokud by došlo ke zdravotním obtížím klienta, personál by měl mít rychle dostupné informace o tom, co se s klientem dělo, namísto zpětného procházení evidence.

Tiskopis protokolu o pádu obsahuje kolonky pro zaznamenání důležitých informací o pádu (včetně informací, kdy pád proběhl, kde, jak k němu došlo, případné zranění klienta, vitální funkce klienta a provedených opatření). Pokud se však evidence pádu ani jednotlivé pády konkrétního klienta nevyhodnocují, jedná se pouze o administrativní zátěž, která nemůže přinášet personálu ani klientům užitek. Některé protokoly o pádu jsou navíc vyplněny pouze částečně.⁷⁸

Během denní služby řeší pády klientů zdravotní sestra. Na noční službě není zdravotní sestra vždy, proto některé pády musí řešit a zaznamenat pracovnice v sociálních službách. Ta klientovi změní vitální funkce, a pokud by se jednalo o závažné následky pádu, pracovnice v sociálních službách volají rychlou záchrannou službu. V případě, že pracovnice v sociálních službách usoudí, že pád nevyžaduje okamžité řešení (přivolání zdravotní sestry nebo rychlé záchranné služby), předají informace o pádu klienta zdravotní sestře při ranním hlášení. Podotýkám, že posuzování zdravotního stavu není v odborných kompetencích pracovníků v sociálních službách. I s ohledem na další okolnosti (jež popisuji v kapitole 23.1 *Podávání léků*) proto považuji za žádoucí, aby v domově byla zdravotní sestra také v noci.

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

78 Viz například protokol pádu klientky G ze dne 16. října 2022 a 27. listopadu 2022.



Opatření:

- 37) U každého klienta individuálně vyhodnocovat a také průběžně aktualizovat riziko pádu. Pokud dojde k pádu klienta, důsledně zaznamenat relevantní okolnosti včetně individuální dokumentace klienta (průběžně).**
- 38) Evidenci pádů pravidelně vyhodnocovat a přijímat preventivní opatření (průběžně).**

25. Fixace

Ve zprávě z první návštěvy ochránce kritizoval přístup domova ke klientce, která byla celodenně fixována k lůžku. Ačkoliv byla indikace k fixaci důvodná (prevence pádu), klientka byla celodenně omezena bez jakéhokoliv přerušení. Také nebylo zřejmé, zda personál hledal mírnější alternativy prevence pádu, případně se klientce individuálně věnoval a v této době fixaci přerušil.

U fixačních pomůcek se uplatní stejný standard jako výše uvedený standard pro postranice (mohou být využity k zabránění pádu klienta, pokud je to přiměřené riziku pádu, nelze využít mírnější alternativu, musí být stanovena jasná pravidla,⁷⁹ řádná dokumentace jejich použití a mobilní klient musí mít možnost uvolnění).

Během následné návštěvy domova se pracovnice Kanceláře nesetkaly s případem dlouhodobé fixace některého z klientů. Personál u některých klientů nicméně přistupuje k fixaci v sedu pomocí pásu. Důvodem je udržení klienta na vozíku nebo křesle a zabránění sesunutí či pádu. Na rozdíl od používání postranic personál nemá k dispozici seznam klientů, u nichž se má fixační pás používat. Rozhodnutí o používání fixačního pásu (včetně vyhodnocení rizika a uvedení nutné doby) není součástí dokumentace dotýčných klientů. Pracovníci v sociálních službách uvedli, že k fixaci klientů přistupují na základě vlastního pozorování a znalosti klientů, pokud by hrozil pád. Jednotlivá použití fixačního pásu u klienta nikam nezaznamenávají. Z pozorování během následné návštěvy nevyplývalo, že by používání fixačních pásů bylo nepřiměřené, klienti během fixace neprojevovali vzdor nebo nelibost. **Intuitivní přístup však shledávám jako nedostatečný a vysoce rizikový z hlediska možného zneužití.**

Fixační pás je součástí „kardio“ křesel. Při fixaci klientů v běžném vozíku či toaletním křesle personál využívá improvizované pásy (prošité pruhy látky). Proto považuji za důležité podotknout, že k fixaci klientů je nutné používat profesionální pomůcky určené k tomuto účelu. Alternativní pomůcky neurčené k tomuto účelu mohou představovat bezpečnostní riziko pro klienty (pomůcka může být příliš těsná a způsobit klientovi zranění, nebo naopak volná a klient může upadnout).

⁷⁹ Pravidla by měla vymezovat, jaké prostředky ochrany nebo podpory (které nejsou opatřením omezujícím pohyb podle § 89 zákona o sociálních službách) lze použít; za jakých okolností; nutnost provést preventivní vyhodnocení rizik a prozkoumat mírnější alternativy, které lze využít. Pravidla by měla obsahovat části týkající se zapojení a konzultace pracovníků na různých pozicích před přikročením k těmto prostředkům; lékařského předpisu, ošetřovatelských postupů, pravidelného monitorování a přehodnocení prostředků, potřebného dohledu a formuláře souhlasu. Ošetřovatelský personál by měl mít k dispozici vstupní i pravidelná školení na používání těchto prostředků.



Improvizované pásy používané k fixaci klientů

Opatření:

- 39) Stanovit pravidla pro používání fixačních pomůcek, včetně povinnosti používat pouze profesionální pomůcky, a seznámit s ním všechny pracovníky (do 3 měsíců).**

26. Personál

26.1 Počet personálu a jeho podpora

Ochránce ve zprávě z první návštěvy konstatoval, že počet zdravotních sester i pracovníků v sociálních službách byl s ohledem na náročnost klientely nedostatečný. O tom vypovídalo zapojování uklízečky a zdravotních sester do některých činností pracovníků v sociálních službách. Naopak pracovníci v sociálních službách i bez jakéhokoliv odborného dohledu vykonávali některé úkony pozice zdravotních sester (např. podávání léků). Domov nebyl vždy schopen zajistit přítomnost zdravotnického pracovníka na směně. Ochránce dále upozornil, že domov nezajišťoval další vzdělávání pracovníků v sociálních službách alespoň v povinném rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Téma supervize v domově nebylo neznámé, nicméně nebyla zavedena.

Pouze s odpovídajícím počtem odborně vzdělaných pracovníků může být klientům poskytována kvalitní a dostatečně individualizovaná podpora, namísto pouhého zajištění jejich základních potřeb.

Během následné návštěvy ředitelka uvedla, že v domově je dostatek personálu. Na denní směně je běžně šest pracovníků v sociálních službách a jedna nebo dvě zdravotní sestry. Jako problematické se však jeví personální zajištění nočních služeb, kdy jsou v domově pouze dva



pracovníci v sociálních službách nebo jeden pracovník v sociálních službách a jedna zdravotní sestra.⁸⁰ To vede k tomu, že během noční služby jsou pracovníci v sociálních službách nepřímo nuceni přebírat úkoly, které jim nepřísluší (např. podávání léků). I situace, kdy jsou zdravotní sestry přítomny, však vyvolávají pochybnosti o dostatečném počtu zdravotníků. Zde mířím například na nevhodnou dobu podání léků v důsledku vyčerpání sester, což popisují v kapitole 22.1 *Příprava a podávání léků*.

Podle sdělení ředitelky i personálu je každoročně zajištěno školení pro pracovníky; supervize ani jiná forma podpory pracovníků však v domově neprobíhá. Podle seznamu uskutečněných školení se témata týkají jak péče o klienty (např. polohování, první pomoc), tak péče o zaměstnance (např. zvládání stresu a syndromu vyhoření). Podle sdělení ředitelky výběr školení záleží na aktuálních potřebách pracovníků. Oceňuji, že pracovníci mají možnost vznést požadavek na téma školení. **Zároveň však doporučuji, aby vedení domova reflektovalo poznatky z této zprávy a zajistilo školení v oblastech, kde se jeví jako potřebné. Také doporučuji zvážit možnost supervize nebo jiné formy podpory pro pracovníky.**

Opatření:

- 40) **Zajistit dostatek zdravotních sester na denní i noční službě. Zajistit, aby práci zdravotní sestry vykonával vždy pouze pracovník s dostatečnými kvalifikačními předpoklady (do 3 měsíců).**

26.2 Výměna informací

Zdravotní sestry v době první návštěvy neměly přístup ke kompletní zdravotnické dokumentaci klientů. Praktická lékařka měla záznamy uloženy ve své ordinaci a psychiatr často předával informace pouze ústně. Důležité informace o zdravotním stavu klientů předávali e-mailem ředitelce domova, která je následně tiskla vrchní sestře. Ani výměna informací mezi zdravotními sestrami a pracovníky v sociálních službách neprobíhala spolehlivě. Pracovníci v sociálních službách nebyli informováni o rizikových oblastech, a poskytovaná péče tak nerefletovala zjištění sester.

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

V rámci následné návštěvy pracovnice Kanceláře zjistily, že zdravotní sestry nemají přístup ke kompletní zdravotnické dokumentaci klientů. Tu má praktický lékař uloženu u sebe. Zdravotní sestry mají k dispozici některé záznamy z odborných vyšetření či hospitalizací, většinou staršího data, přičemž nové záznamy odevzdávají praktickému lékaři. Trvám na tom, že domov má právo⁸¹ obdržet potřebné informace o zdravotním stavu klienta,

⁸⁰ Z rozpisu služeb na leden 2023 vyplývá, že z celkových 31 směn byli u 23 směn na noční službě pouze pracovníci v sociálních službách.

⁸¹ Ustanovení § 45 odst. 2 písm. g) zákona o zdravotních službách.



neboť zajišťuje navazující zdravotní a sociální služby. Mají-li zdravotní sestry pracovat samostatně, musejí mít k dispozici potřebné informace o zdravotním stavu klienta.

Veškerá komunikace s lékařem ohledně zdravotního stavu klientů je pod záštitou vrchní sestry a je vedena převážně ústně. Informace od lékaře se nezaznamenávají do dokumentace, ledaže by došlo ke změně léků, což lékař zašle vrchní sestře e-mailem. Centralizování veškeré komunikace s lékařem pouze na jednoho pracovníka (navíc pouze ústní formou) nepovažují za praktické ani bezpečné s ohledem na péči a potřeby klienta v době nepřítomnosti vrchní sestry v domově.

Zdravotní sestry a pracovníci v sociálních službách si předávají informace zejména ústně na tzv. denních hlášeních, která probíhají každý den při předání směn, a dále pomocí záznamů v knize denních hlášení. Oceňuji, že předání směny se účastní jak zdravotní sestry, tak pracovníci v sociálních službách. Zavedený systém předávání informací však nepovažují za zcela spolehlivý, mimo jiné s ohledem na nesystematické zapisování informací v knize denních hlášení. Informace jsou kusé, není jasně stanoveno, jaké informace o klientech se mají zapisovat. Není ani jasné, kdo z pracovníků zápis v knize denních hlášení učinil, případně jaké je další zadání pro péči o klienta. Zdravotní sestry a pracovníci v sociálních službách mají navíc k dispozici knihu hlášení pouze za určitý měsíc.⁸²

Ze sdělení personálu vyplývá, že pracovníci v sociálních službách mají přístup k některým částem zdravotnické dokumentace klientů.⁸³ Jsem si plně vědom, že i pracovníci v sociálních službách potřebují znát určité množství informací o zdravotním stavu klienta pro poskytování náležité péče a podpory. Jistá míra sdílení informací je tedy zcela namístě. **Doporučuji však, aby vedení domova dbalo také na ochranu osobních údajů o klientech a věnovalo zvýšenou pozornost, komu z pracovníků a v jakém rozsahu údaje zpřístupní.**⁸⁴

Opatření:

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

82 Hlášení za předchozí měsíce se ukládají v kanceláři sociálních pracovníků.

83 To usuzuji na základě sdělení, že pracovníci v sociálních službách zapisují váhu klientů do medikačního listu. Dále pracovníci sdělili, že v případě potřeby předávají rychlé záchranné službě potřebné dokumenty o klientovi včetně překladové zprávy z nemocnice, medikačního listu, průkazu pojištěnce a poslední zprávy od lékaře.

84 Ustanovení § 65 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Poučit personál o nutnosti důsledně dbát na soukromí klientů při provádění hygieny a ošetrovatelských úkonů (opatření č. 6).• Zajistit dokumentaci ohledně dekubitů proti ztrátě informací (opatření č. 11).• Denní režim klientů nastavit především podle jejich potřeb a zvyklostí, případně přirozeného rytmu dne (opatření č. 15).• Zajistit dostatek času personálu pro individuální aktivity s klienty (opatření č. 18).• Zajistit, aby léky připravoval a klientům vydával jen zaměstnanec, který je k tomu kompetentní (opatření č. 34).• Zajistit bezpečné uložení léků. Přístup k nim umožnit jen pracovníkům, kteří jsou oprávněni s nimi nakládat (opatření č. 35).• Neskladovat v zařízení expirované léky. Stávající expirované léky zlikvidovat (opatření č. 36).
Do 1 měsíce	<ul style="list-style-type: none">• Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, např. pomocí škál (opatření č. 31).
Do 2 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit stálou přítomnost personálu v 1. patře domova (opatření č. 3).• Zajistit signalizační zařízení v koupelnách klientů (opatření č. 4).• Nezpoptatňovat úkony, které lze podřadit pod základní činnosti stanovené zákonem. V tomto ohledu revidovat ceník fakultativních služeb, zejména používání vlastní elektroniky a spotřebičů (opatření č. 12).
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Prostředí domova vybavit prvky podporujícími orientaci klientů v prostoru domova (opatření č. 1).• Zajistit bezpečný pohyb klientů s méně stabilní chůzí po odděleních, především doplnit chodby o madla (opatření č. 2).• Na základě vyhodnocení individuálních schopností zajistit klientům vhodný způsob uzamykání koupelen, případně označení jejich obsazenosti (opatření č. 5).• Vytvořit vhodné podmínky pro společné stravování a podporovat v něm klienty; zejména zajistit dostatek míst pro klienty v jídelně a nabízet klientům možnost podávání stravy [včetně snídaně, svačiny a večeře] v jídelně (opatření č. 7).• Zajistit dostatek vhodných pomůcek, které personál využívá k mobilizaci klientů (opatření č. 17).• V této souvislosti stanovit pro práci s depresí jasné zadání a povinnosti pro personál (opatření č. 30).• Stanovit pravidla pro používání fixačních pomůcek, včetně povinnosti používat pouze profesionální pomůcky, a seznámit s ním všechny pracovníky (opatření č. 39).



	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit dostatek zdravotních sester na denní i noční službě. Zajistit, aby práci zdravotní sestry vykonával vždy pouze pracovník s dostatečnými kvalifikačními předpoklady (opatření č. 40).
Do 1 roku	<ul style="list-style-type: none">• Vytvořit klientům volně přístupné prostory pro trávení volného času, které budou připomínat běžnou domácnost (opatření č. 13).
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Zajišťovat, aby klientům byla podávána strava a tekutiny s respektem k jejich tempu, v dostatečném množství, bezpečným a důstojným způsobem (opatření č. 8).• Průběžně edukovat personál o nezbytnosti jednání s klienty s respektem a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (opatření č. 9).• Pravidelně vyhodnocovat a zaznamenávat riziko vzniku dekubitů u klientů. V dokumentaci klientů zaznamenávat mimo jiné také informace o stavu a ošetření rány (opatření č. 10).• Zajistit všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu [tj. v zásadě každý den] a činit o tom záznamy do dokumentace klientů (opatření č. 14).• Zajišťovat klientům v oblasti hygieny dopomoc v potřebném rozsahu (opatření č. 16).• Nabízet aktivity, které odpovídají individuálním potřebám jednotlivých klientů s důrazem na specifika demence (opatření č. 19).• Systematicky mapovat komunikační schopnosti a potřeby klientů a z nich vycházet při navazování funkčního způsobu komunikace s klienty (opatření č. 20).• Zajišťovat pro pracovníky pravidelné školení v tématu komunikace s klientem s demencí (opatření č. 21).• Vzdělávat a jednotně metodicky vést personál ve zvládnání náročného chování klientů s demencí. Do toho zahrnout přehled možných projevů tohoto chování, jejich prevenci a nerestriktivní řešení (opatření č. 22).• Zajistit pravidelné provádění testů kognitivních funkcí a sledovat fázi onemocnění klientů. Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobit stadiu demence (opatření č. 23).• Informaci o aktuálních potřebách a rizicích a nastavení správné péče zaznamenat do individuálního plánu klienta. Individuální plány systematicky realizovat a přehodnocovat (opatření č. 24).• Důsledně sledovat a hodnotit váhu klientů. U klientů, kteří nejsou schopni postavit se na váhu, používat alternativní metody (opatření č. 25).• Pracovat s validními nutričními testy a vyhodnocovat, u koho má být příjem stravy [nebo tekutin] preventivně sledován (opatření č. 26).• Pořizovat objektivizované záznamy příjmu stravy a tekutin a pravidelně je vyhodnocovat ve spolupráci s lékařem (opatření č. 27).



- Řádně vyhodnotit a nastavit mikční režim klientů. Sledovaný mikční režim důsledně zaznamenávat v individuální dokumentaci klientů (opatření č. 28).
- U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost zkoumání, zda nemají depresi (opatření č. 29).
- Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby – především nechystat léky dopředu a drtit je bezprostředně před podáním klientovi (opatření č. 32).
- Vymezit dostatečné množství času a zdravotnického personálu na podávání léků. Léky podávat dle pravidel správného užívání léků (opatření č. 33).
- U každého klienta individuálně vyhodnocovat a také průběžně aktualizovat riziko pádu. Pokud dojde k pádu klienta, důsledně zaznamenat relevantní okolnosti včetně individuální dokumentace klienta (opatření č. 37).
- Evidenci pádů pravidelně vyhodnocovat a přijímat preventivní opatření (opatření č. 38).
- Zajistit efektivní předávání informací mezi personálem (opatření č. 41).