



Domov pro seniory Nezdenice

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Nezdenice 233, 687 32 Nezdenice
Zřizovatel:	Zlínský kraj
Vedoucí zařízení:	Mgr. Mária Borovská
Typ zařízení:	domov se zvláštním režimem
Kapacita:	27 lůžek
Datum návštěvy:	2. – 3. srpna 2023
Datum vydání zprávy:	20. listopadu 2023
Návštěvu provedly:	Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. Cristina Boušková, Bc. Jitka Bolinová Fialová, DiS., a Mgr. Lenka Rydvalová

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv



Obsah

Obsah	2
Úvodní informace	3
Shrnutí	6
Prostředí	7
1. Orientace v realitě	7
Volnost pohybu a zajištění bezpečí	9
2. Volnost pohybu	9
3. Pobyt na čerstvém vzduchu	10
4. Kontakt s vnějším světem	11
5. Opatření omezující pohyb	11
6. Režimová opatření	15
7. Pády	15
8. Stížnostní mechanismus	16
Zdravotní péče	18
9. Dostupnost zdravotní péče	18
10. Příprava a podávání léků	19
11. Stravování a prevence malnutrice	21
12. Bolest	23
13. Deprese	23
Zajištění důstojné a individualizované péče	25
14. Hygiena	25
15. Inkontinence a její prevence	26
16. Soukromí	27
17. Průběh dne	28
18. Aktivní prožívání dne	29
Personál	31
19. Přístup personálu ke klientům	31
20. Personální zajištění	31
Přehled opatření k nápravě	33



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

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

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

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

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



Charakteristika zařízení

Domov se nachází v obci Nezdenice v okrese Uherské Hradiště. Je jednou ze sociálních služeb, které spravuje příspěvková organizace Sociální služby Uherské Hradiště, p. o., jeho zřizovatelem je Zlínský kraj. V komplexu budov poskytuje zařízení sociální služby domov pro seniory (DS) a domov se zvláštním režimem (DZR). **Systematická návštěva se věnovala pouze sociální službě DZR.**

Domov se zvláštním režimem je určen lidem od 60 let věku s Alzheimerovou chorobou a různými typy demence.⁹ Kapacita DZR je 27 klientů, žijí v něm ženy i muži.

Stavebně se jedná o křídlo B budovy, ve které se nachází i služba domova pro seniory. Má tři nadzemní podlaží, ve kterých bydlí klienti. Jednotlivá podlaží tvoří de facto malá uzavřená oddělení (B1, B2, B3). Většina klientů žije v jednolůžkových pokojích. V každém podlaží se nachází 7 jednolůžkových pokojů a pouze 1 dvoulůžkový. Součástí každého pokoje je koupelna s toaletou. V každém podlaží je místnost s kuchyňským koutem, která slouží jako jídelna a společenská místnost. V každém podlaží je také centrální koupelna a denní místnost pracovníků v sociálních službách. Domov je bezbariérový.

Přilehlý areál tvoří zahrada, ve které je oplocená uzavřená část vyhrazená DZR. Součástí zařízení je objekt označovaný personálem jako Zámeček. Je umístěn před hlavní budovou. V jeho přízemí se nachází bufet, ve kterém mohou klienti nakupovat. Domov je v obydlené části obce. V Nezdenicích je základní občanská vybavenost, např. obchod, základní a mateřská škola a vlakové spojení.

Průběh návštěvy

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Tereza Hanelová a Mgr. Cristina Boušková a pověřené expertky z oboru zdravotnictví Bc. Jitka Bolinová Fialová, DiS., a Mgr. Lenka Rydvalová.

Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 2. – 3. srpna 2023. Vedoucí zařízení Mgr. Mária Borovská se o návštěvě dozvěděla při jejím zahájení. Zaměstnankyně Kanceláře jí předaly pověření k provedení návštěvy a vyžádaly si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Zaměstnankyně Kanceláře navštívily všechna oddělení DZR. Hovořily s klienty, pracovníky v sociálních službách (PSS), zdravotními sestrami, s vedením zařízení a dalšími zaměstnanci. Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkují.

⁹ Sociální služby Uherské Hradiště. *Domov se zvláštním režimem Nezdenice – Cílová a vyloučená skupina* [online]. [cit. 6. 9. 2023]. Dostupné z <https://www.ssluh.cz/ds-a-dzr/domov-se-zvlastnim-rezimem-nezdenice/domov-se-zvlastnim-rezimem/cilova-a-vyloucena-skupina.html>.



Shrnutí

V domově se zvláštním režimem jsem se nesetkal se špatným zacházením s klienty. V některých oblastech své činnosti je dle mého názoru domov příkladem správné praxe. Vážím si přístupu personálu, který se ke klientům choval velmi vlídně a s respektem. Za správně nastavený považuji například stížnostní mechanismus a oceňuji snahu zařízení o aktivní zjišťování (ne)spokojenosti klientů. Stejně tak vítám, že zařízení důkladně pracuje s podporou orientace klientů v realitě.

Je zde však několik oblastí, ve kterých jsem shledal pochybení, případně ve kterých vnímám prostor pro zlepšení.

Za velmi rizikové považuji zajištění péče v noci. V zařízení, a to v DS i DZR, je v noci celkem až 142 klientů. Počet tří pracovníků v sociálních službách dle mého názoru nemůže zajistit bezpečnou péči pro všechny klienty. Pracovníci v noci řeší pády, úrazy apod., což někteří sami hodnotili jako velmi náročné. V noci není v zařízení žádná zdravotní sestra. Pracovníci v sociálních službách tak přebírají úkoly zdravotníků, ke kterým nemají kvalifikaci, když podávají klientům léky.

Jako zcela nesprávné vnímám to, že v případě jedné klientky, která byla neklidná, měli pracovníci v sociálních službách k dispozici lék, který jí mohli podat v případě neklidu. V rámci zvládnutí neklidného chování pracovníci využili i fixaci klientky v křesle. Takový postup je v rozporu se zákonnými podmínkami pro použití opatření omezujících pohyb osob.

Prostor pro zlepšení vnímám i v zajištění doprovodu na čerstvý vzduch klientům, kteří potřebují podporu.

Zařízení v době systematické návštěvy očekávalo navýšení pracovních úvazků, které mělo některé z popsaných nedostatků vyřešit. Věřím, že pokud zařízení přijme níže navrhaná opatření k nápravě, může klientům poskytovat péči na velmi dobré úrovni.

Přestože ve zprávě popisuji některé další nedostatky, musím vyzdvihnout ochotu a empatický přístup personálu ke klientům, což vnímám jako velice důležité.



Prostředí

1. Orientace v realitě

Specifickým problémem syndromu demence je narušení či ztráta orientace v realitě. Součástí poskytované péče musí být promyšlená podpora orientace v realitě a odbourávání jejích překážek. Prostředí zařízení by mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno klientům se syndromem demence. Neschopnost orientovat se totiž může být příčinou poruch chování, či dokonce agresivity.¹⁰

Pomoc klientovi s orientací v realitě (v místě, osobě, čase) zahrnuje řadu prvků. Lidé se syndromem demence jsou ohroženi blouděním i ve známém prostředí. Prostor, kde se pohybují, má být proto přehledný. Klienti mají vidět na personál a personál o nich má mít přehled. Jednotlivé místnosti (pokoj, koupelna a toaleta, denní místnost, jídelna) musejí být označeny návodně a tak, aby upoutaly pozornost. Orientaci klienta v prostoru je namístě podpořit např. za pomoci piktogramů, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směrovkami, značkami.¹¹ Je rovněž třeba zohlednit, že mnoho lidí s demencí má strach ze tmy nebo problém rozeznat nerovnosti terénu. Orientaci v čase je vhodné napomoci např. velkými nástěnnými hodinami, viditelným barevným provedením dne v týdnu, měsíce, roku.

Zařízení využívá množství prvků, které podporují klienty v orientaci v prostoru. Jednotlivá podlaží mají různou výmalbu chodeb, je také označeno, v jakém podlaží se klient nachází. K označení místností se používají piktogramy. Pokoje klientů jsou označeny textovými popisky se jmény klientů, v některých případech i fotografií nebo oblíbeným obrázkem klienta. K jídelnám směřují návodné šipky na zdech chodeb. Zařízení podporuje orientaci klientů rovněž individualizovaně. U klientky, která má problém s orientací, byl dle dokumentace vypracován formulář, který odpovídá na její nejčastější otázky. Formulář má klientka na stole ve svém pokoji, aby měla odpovědi na své otázky k dispozici a snáze se orientovala.

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

11 „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).



Obrázky 1–3: Orientační prvky



Obrázky 4–6: Orientační prvky

Zařízení podporuje i orientaci klientů v čase. Na chodbách a v jídelnách jsou velké nástěnné kalendáře, ze kterých se klienti dozvídají, jaký je den v týdnu, jaké je datum a roční období. Na zdech v jídelnách je také označeno, v kolik hodin se podávají jídla, a jsou zde obrázky jídel, která se podávají ten den. Zařízení také využívá velké, dobře čitelné nástěnné hodiny, které byly v době systematické návštěvy správně seřizené. Individuální plán (IP) jedné z klientek svědčí o tom, že si personál všiml, že není dobře orientovaná časem. IP rozpracovává to, jak v této oblasti klientce zařízení poskytne podporu – mají být doplněny hodiny do jejího pokoje, PSS budou připomínat, jaká je denní doba, a doplní letáky s časem podávaného jídla na pokoj klientky do jejího zorného pole.



Obrázky 7–9: Podpora orientace v čase

Orientaci klientů v osobách napomáhá, že personál nosí jmenovky. V zařízení také funguje hlášení rozhlasem, kdy každý den ráno pracovníci zahrají klientům písničku a řeknou, jaký je den, co bude k jídlu a jakých se mohou zúčastnit aktivit.

Celkově jsem nabyl dojmu, že zařízení věnuje podpoře orientace v realitě velkou pozornost jak v obecné, tak i individuální rovině. Toto nastavení hodnotím jako příklad správné praxe.



Volnost pohybu a zajištění bezpečí

2. Volnost pohybu

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

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

Zařízení využívá elektronické kódové zámky. Pohybovat se mezi jednotlivými odděleními a opouštět budovu je možné pouze se znalostí kódu. V době systematické návštěvy kód neznal žádný z klientů. Dle pracovníků nebyl v době návštěvy v zařízení žádný klient, který by se mezi odděleními nebo venku dokázal bezpečně pohybovat samostatně. Pokud by v zařízení takový klient byl, mohl by znát kód a pohybovat se volně.

Personál uváděl, že schopnost orientace a samostatného pohybu by měla být zaznamenána v plánech péče jednotlivých klientů. Celkově jsou plány péče v zařízení zpracovány velmi důkladně. Z prostudované dokumentace vyplývá, že schopnost orientace je sice vyhodnocována, **není však zcela zřejmé, jaký je režim samostatného pohybu klienta (například zda se zvládne sám pohybovat po oddělení, mezi jednotlivými odděleními, v oplocené zahradě nebo úplně mimo zařízení).**

Přesto je samostatný pohyb klientů určitým způsobem individualizovaný. Personál hovořil například o klientce, která by se nezvládla samostatně vrátit na oddělení. Pokud ji ale personál doprovodí ke dveřím zařízení a poté zpět, zvládne samostatně navštívit bufet, který je naproti zařízení, a nakoupit si v něm. Pracovníci také popisovali, že s klienty schopnost samostatného pohybu zkouší. Příkladem žádoucí praxe je nácvik samostatného pohybu, který pracovníci v minulosti realizovali s dvěma klienty (manželským párem). Nejprve jim pracovníci poskytovali doprovod, poté pozorovali z okna, zda samostatný pohyb zvládají, a poté klienti chodili ven samostatně.

Ačkoliv vnímám, že je v zařízení určitým způsobem individualizovaná možnost volného pohybu v závislosti na stavu klienta, **doporučuji, aby zařízení jasně nastavovalo a dokumentovalo, zda se klient může pohybovat samostatně pouze po oddělení, uvnitř budovy či**



mimo ni. Zařízení by mělo také zaznamenávat odůvodnění tohoto rozhodnutí a pravidelně jej přehodnocovat.

Opatření:

- 1) **Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu, stanovit individuální režim pohybu uvnitř i mimo zařízení a tato rozhodnutí řádně dokumentovat (průběžně).**

3. Pobyť na čerstvém vzduchu

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

Zahrada zařízení je oplocená a upravená tak, aby umožňovala bezpečný pobyt klientům s problémy s orientací. Žádný z klientů se však nemohl do zahrady dostat bez součinnosti personálu, neboť neznal číselný kód. Pokud klienti chtějí ven, řeknou si dle personálu o otevření a doprovod.

Ze záznamů péče a záznamů denních hlášení vyplývá, že klienti, kteří jsou samostatnější, se dostávají na vzduch poměrně často, personál jim pobyt venku pravidelně nabízí a je na nich, zda možnost využijí. U klientů, kteří potřebují vyšší míru podpory, je ale přístup na čerstvý vzduch problematický. Personál přiznával, že při zajištění doprovodu naráží na personální limity. Jeden z pracovníků uvedl, že ven může jít maximálně s 2–3 klienty, to si navíc může dovolit, pouze pokud na oddělení slouží dva pracovníci v sociálních službách, jinak odejít nemůže. Někdy si mohou vypomoci pracovníci ze dvou oddělení, kdy jeden dohlédne na obě oddělení. Jiný pracovník potvrdil, že není zvládnutelné umožnit přístup ven všem klientům, protože musí upřednostnit bezpečí na oddělení před doprovodem na vzduch. Ze záznamů péče klientky A, která je převážně ležící, vyplývá, že za dobu 3 měsíců (květen – červenec), byla na čerstvém vzduchu pouze 3x. Zařízení si je vědomo, že možnost doprovázení klientů ven není ideální. Žádá proto návštěvy, aby klienty také doprovázely ven.

V souvislosti s pobytem klientů na čerstvém vzduchu odkazují na názor Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT), **dle kterého klienti zařízení sociálních služeb mají mít v souladu se svým aktuálním zdravotním stavem možnost užívat během dne přístupu na čerstvý vzduch neomezeně** (pokud není nezbytná jejich aktuální přítomnost uvnitř zařízení). **Klienti s omezenou mobilitou by měli dostat potřebnou pomoc.**¹² V době systematické návštěvy zařízení nedokázalo tento standard naplňovat. Věřím, že s personálním posílením, které zařízení avizovalo (viz kapitolu [Personální zajištění](#)), situaci zlepší. Zařízení by mělo zvážit, že umožní volný vstup do oplocené zahrady klientům, kteří by nebyli odkázáni na součinnost

12 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. 9. 2023]. Dostupná z <https://rm.coe.int/168095aeb2>.



personálu, a umožní klientům samostatný pohyb mezi podlažími, aby se do zahrady mohli dostat samostatně i klienti z vyšších podlaží.

Opatření:

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

4. Kontakt s vnějším světem

Zajištění kontaktu s vnějším světem je jednou z pojistek proti špatnému zacházení, neboť dává klientovi v případě potřeby možnost zajistit si pomoc vně zařízení.

Je správné, že návštěvy v zařízení nejsou časově omezené. Pracovníci uváděli, že pokud by návštěva zůstávala ve večerních hodinách, musí pouze personálu ohlásit, že je v zařízení, aby ji nezamkl v budově. U klientů v terminálním stádiu života se umožňují návštěvy i v noci. Zařízení také aktivně pořádalo setkání s rodinami a opatrovníky, které se údajně setkalo s pozitivním ohlasem.

Část klientů má vlastní mobilní telefon. Pracovníci shodně uváděli, že některým z nich pomáhají hlídat, aby byl nabitý, dopomáhají vytočit číslo apod. Pokud klienti nemají vlastní telefon, mohou bezplatně využít služební telefon pracovníků.

Klientům do zařízení chodí poštovní zásilky. Personál také zprostředkovává odesílání zásilek klientů. V budově domova pro seniory je přístupná i Wi-fi síť, kterou klienti DZR s ohledem na svůj stav příliš nevyužívají. V případě zájmu by ale mohli.

Celkově jsem nabyl dojmu, že zařízení nijak nebrání klientům v kontaktu s vnějším světem. Oceňuji aktivní přístup k setkávání s rodinami a opatrovníky klientů.

5. Opatření omezující pohyb

Omezení volnosti pohybu klienta může nastat v souvislosti s použitím opatření omezujících pohyb osob (OPO). Taková opatření vůči klientům lze použít pouze v souladu se zákonnou úpravou.¹³ Zákon o sociálních službách¹⁴ stanoví, že při poskytování sociálních služeb **nelze používat opatření omezující pohyb**, kromě vyjmenovaných případů, kdy se jedná o **přímé ohrožení zdraví nebo života** klientů nebo jiných osob, a to **pouze po nezbytně nutnou dobu**, přičemž musejí být splněny další podmínky.

Zákon přesně vyjmenovává, jaké prostředky jde v těchto výjimečných situacích použít k omezení klienta v pohybu. Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob **zvolit vždy nejmírnější opatření**. Zasáhnout lze nejdříve

13 V souladu s § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

14 V § 89 odst. 1 zákona o sociálních službách.



pomocí **fyzických úchopů**, poté **umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu**, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat **léčivé přípravky**.¹⁵

Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob a o jejich použití informovat bez zbytečného odkladu opatrovníka nebo zákonného zástupce klienta.¹⁶ Nedodržení tohoto postupu je přestupkem, za který lze uložit pokutu až do 250 000 Kč.¹⁷

Je důležité, aby přijatá opatření, pokud jsou součástí specifické péče o klienty, nebyla nahodilá, neprofesionální nebo výsledkem intuitivního rozhodování personálu. Musí jít o výsledek spolupráce lékaře, sester a pečujícího týmu pracovníků zařízení. Rovněž je třeba, aby vedení zařízení nastavilo jasná pravidla pro používání opatření, která mohou klienta omezovat v pohybu. Jejich nesprávné užití totiž může mít pro klienta závažné důsledky. Může samo představovat ohrožení jeho zdraví či života nebo zásah do dalších základních práv a svobod. Tyto zásady subsidiarity, přiměřenosti a profesionality platí jak pro opatření přijímaná v krizových situacích, tak pro další (ošetřovatelské) postupy přijímané na ochranu klientů, jež mají potenciál omezit volný pohyb člověka.

Dle pracovníků chování klientů zrcadlí přístup personálu, a pokud se personál chová ke klientům správně, minimalizují se příčiny vzniku chování náročného na péči. Personál uváděl, že v zařízení nedochází k projevům neklidu či agrese, proto opatření omezující pohyb osob není potřeba používat. Nedochází k využívání fyzických úchopů, v zařízení není zřízena místnost pro bezpečný pobyt, nikdo není zamykán v pokoji a podobně.

5.1 Postup u klientky B

Ze sdělení pracovníků však vyplynulo, že se v minulosti potýkali se situací, kdy klientka B byla několik dnů po příchodu do zařízení velmi neklidná. Měla tehdy dle slov personálu jít „hlavou proti zdi“, hrozilo, že zraní sebe nebo ostatní klienty. Z prostudované dokumentace vyplývá, že klientka byla neklidná a dezorientovaná (např. házela věcmi, rozbila nádobí, strhávala výzdobu, bolestivě chytala personál, při chůzi narážela do nábytku, často zakopávala, minimálně dvakrát upadla).

Situace byla dle personálu velmi náročná a pracovníci nejprve nevěděli, jak ji zvládnout. K jejímu řešení zařízení přistoupilo aktivně. Vzhledem k tomu, že pro nastalou situaci nebyl dostatečný Plán rizik, který je součástí elektronické dokumentace v systému Cygnus 2, zpracovalo zařízení Rizikový plán. Dle něj měli pracovníci nad klientkou vykonávat téměř nepřetržitý dohled, minimalizovat hrozící nebezpečí (např. odstraňovat překážky v chůzi), měli využívat plastové nádobí, u kterého nehrozí rozbití a zranění. V reakci na situaci lékař upravil také nastavení medikace. V době systematické návštěvy již k projevům chování náročného na péči nedocházelo.

15 V § 89 odst. 3 zákona o sociálních službách.

16 Dle § 89 odst. 5 a 6 zákona o sociálních službách.

17 Dle § 107 odst. 2 písm. e) a odst. 5 písm. e) zákona o sociálních službách.



5.1.1 Léky pro případ potřeby

Dle personálu však měli pracovníci v sociálních službách k dispozici také „nějakou medikaci na neklid“, kterou by klientce mohli dát, pokud by si s chováním klientky nedovedli poradit v průběhu noční směny. V průběhu noční směny v zařízení není přítomna žádná zdravotní sestra (viz kapitoly [Dostupnost zdravotní péče](#) a [Personální zajištění](#)). Toto tvrzení podporuje i zápis v sešitu denních hlášení ze dne 15. února 2023.¹⁸ Dle něj měly být pracovníkům v sociálních službách nachystány léky pro případ, že by klientka v noci nespala. Nachystanou medikaci pracovníci v sociálních službách dle personálu nepoužili. Ze sdělení personálu ani prostudované dokumentace není zřejmé, o jaký lék se mělo jednat.

Ačkoliv věřím, že k podání těchto léků pracovníky v sociálních službách nedošlo, je tento postup zcela nesprávný. Manipulovat s léky může pouze osoba k tomu oprávněná, tzn. typicky zdravotní sestra.¹⁹ **Zařízení pochybilo už jen tím, že dalo léčiva k dispozici pracovníkům v sociálních službách** (příslušné opatření formuluji v kapitole [Příprava a podávání léků](#)). Pokud by pracovníci v sociálních službách podali tlumící léky, mohlo by podle okolností dojít k nezákonnému použití opatření omezujícího pohyb, neboť by nebyly naplněny další podmínky pro jeho použití, mj. z toho důvodu, že **léčivé přípravky lze k omezení pohybu podat až po neúspěšném použití mírnějších opatření a výhradně na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti**.

5.1.2 Fixace v křesle

Používání fixačních pomůcek je legitimním nástrojem k ochraně klientů před pádem v situaci, kdy jsou naplněny podmínky pro jejich použití.²⁰ Nelze je však používat jako opatření omezující pohyb ke zvládnutí neklidu klientů.

Ze sdělení personálu vyplynulo, že mělo dojít k využití fixace klientky B v křesle, jinak by údajně zranila sebe nebo ostatní. Ze záznamů péče vyplývá, že použití fixačních pásů při sedu doporučovala zdravotní sestra v reakci na pády klientky den po jejím příchodu do zařízení. Další dokumentace však značí, že u klientky B se fixační pás používá nejen k prevenci pádu, ale může docházet i k používání fixace jako opatření omezujícího pohyb pro zvládnutí neklidu, nežádoucího chování (např. vstávání u jídla a brání nádobí ostatním klientům) či agrese.²¹

18 Zápis v knize denních hlášení ze dne 15. února 2023: „Klientka B – Spala. Na sesterň B1 jsou léky pro případ, kdyby nespala, dávkování na lístku. Nad ránem vzhůru.“

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

20 Podmínky jsou detailně vysvětleny v souhrnné zprávě ombudsmana Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, Brno 2015, s. 57. Dostupné z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf.

21 Plán péče klientky B, sekce Prostorová orientace, Činnosti pracovníka v sociálních službách, bod 2: „**zvládnutí halucinací, agresivity, neklidu (V případě neklidu klientky spolupracuje PSS s VS. Je využíváno odvedení pozornosti, zabavení a aktivizace klientky. Fixační pás v křesle.**“ Plán péče klientky B, sekce Riziko úrazu, poranění: „**Klientku je nutné při neklidu a po dobu maximálně nezbytně nutnou (viz časy rizika pádů, rizika úrazu) při výdeji a podávání stravy zajistit fixačním pásem – PSS nemůže být přítomna pouze u klientky z důvodu výdeje a podávání stravy**“



Jsem si vědom, že v praxi mohou nastat situace, kdy je hranice mezi prevencí pádu a zvládnutím neklidu velmi tenká. V rovině prevence pádu zařízení postupovalo správně, když o používaných opatřeních rozhodoval multidisciplinární tým, rozhodnutí důkladně odůvodnil a stanovil pravidla pro používání opatření (jsou popsány okolnosti, kdy může k použití fixace dojít, jsou vymezeny denní doby, po které může fixace maximálně trvat, přičemž má být vždy fixace použita pouze po dobu nezbytně nutnou).²² Použití fixace k prevenci pádu nebo úrazu tak vnímám ve vztahu ke klientce B jako odůvodněné.

Ve vztahu k řešení nežádoucího chování, neklidu a agrese ale použití fixace v křesle přípustné není. V takových případech lze – po vyčerpání nerestriktivních strategií – použít výhradně prostředky, které zákon o sociálních službách taxativně stanoví. To znamená, že nejprve musí vyvinout snahu o deeskalaci situace, a nestačí-li, lze využít fyzický úchop, není-li ten dostatečný, přichází na řadu umístění osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě podání léčivých přípravků. **Zařízení proto musí důkladně odlišovat, zda důvodem zamýšlené fixaci je prevence pádu nebo úrazu, nebo nežádoucí chování klienta. Ve druhém případě fixaci využít nemůže a musí zvolit jiný vhodný prostředek k řešení situace.**

Opatření:

- 3) **Opatření omezující pohyb klientů používat výhradně v souladu s právní úpravou (průběžně).**

5.2 Metodický postup

Zařízení má zpracovaný Pracovní postup č. 08 – Pravidla pro opatření omezující pohyb a pravidla způsobu ochrany nebo podpory, které nespádají pod § 89 zákona č. 108/2006 Sb. Tento postup je zpracovaný důkladně. Připouští však použití postranic a fixace v křesle jako opatření při zvládnutí agresivity.²³

Jak vysvětluji v předchozí kapitole, takové použití prostředků prevence pádu není přípustné, zařízení může využívat pouze zákonem dovolené prostředky, mezi které postranice a fixační

klientům, úklidu jídelny a odvezení nádobí. Dále bude využíván fixační pás na koupacím vozíku (pokud je mimořádně použit) pouze v den celkové koupele klientky, tj. středa, zpravidla v době od 9:30 – 10:30 hod. Tento čas se může měnit dle aktuálních potřeb klientky, viz riziko pádů, riziko úrazu.“ Záznam péče v dokumentaci klientky B ze dne 3. 5. 2023: „Dnes při celkové koupeli u klientky velmi špatná manipulace, klientka se vůbec nemohla postavit na nohy a byla vůči PSS velmi agresivní. Chytala PSS na paže a další části těla. Nebylo možné jí vysvléci halenku, kterou držela pevně v rukou a tak si ji držela i při koupeli. Následně se pak mokrou halenkou oháněla po PSS. Při vysušování byla klientka velmi v křeči a bylo obtížné ji pak obléct. Následně klientka uložena do křesla, zafixována pásem a převezena do společné jídelny.“

22 Zápis ze schůze odborného týmu ze dne 28. února. 2023.

23 Pracovní postup č. 08 Pravidla pro opatření omezující pohyb a pravidla způsobu ochrany nebo podpory, které nespádají pod § 89 zákona 108/2006 Sb., s. 6: „Příklady možných důvodů k použití postranic (...) klient se bez dohledu nemůže po místnosti pohybovat bezpečně, je nebezpečný sobě nebo jiným, 2. nejprve se snažíme o změnu prostředí eliminací rizik úrazů, častěji klienta kontrolujeme, 3. **pokud se situace stupňuje a klient začne být i agresivní, je možné lůžko s postranicemi použít, vždy ale po dobu nezbytně nutnou**“, a dále na str. 11, bod 2: „Pokud situace eskaluje a přijatá opatření ke snížení rizika se ukazují jako nedostačující, je možné na dobu nezbytně nutnou postranici zvednout nebo použít fixační pás.“



pomůcky nepatří (viz opatření č. 3). Zařízení proto musí revidovat metodický postup a nastavit jej tak, aby pracovníci, kteří podle něj postupují, nepoužívali nezákonná opatření omezující pohyb.

Opatření:

- 4) Revidovat metodický postup pro používání opatření omezujících pohyb osob (do 1 měsíce).**

6. Režimová opatření

U každého klienta je nutno individuálně zvažovat a vyhodnocovat rizika a teprve na základě tohoto zhodnocení přistoupit k možným restriktivním opatřením, která mají být prováděna vždy pouze v zájmu klienta a za použití nejmírnějších omezení.²⁴

Nejvýraznějším režimovým opatřením je omezení volného pohybu klientů (viz kap. [Volnost pohybu](#)). Klienti u sebe dle sdělení některých členů personálu a klientů nemohou mít ostré předměty (nůžky, ostré nože apod.). Tyto předměty mohou používat pouze pod dohledem pracovníka.

Ačkoliv rozumím tomu, že se zařízení zákazem samostatného používání ostrých předmětů snaží zajistit bezpečnost klientů, domnívám se, že plošný zákaz není adekvátní. Není zřejmé, na základě čeho toto opatření zařízení přijalo. Jeho nastavení nezohledňuje různou míru dovedností a schopností jednotlivých klientů a to, že jsou ubytováni převážně individuálně, takže mají své věci uložené odděleně. Zařízení by u nich mělo individuálně vyhodnocovat rizika a nastavovat odpovídající režimová opatření.

Opatření:

- 5) Upustit od plošného zákazu používání ostrých předmětů, rizika vyhodnocovat individuálně, k restriktivním opatřením přistupovat pouze v odůvodněných případech a činit o nich záznamy do dokumentace klientů (průběžně).**

7. Pády

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).²⁵ Je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost jejich předcházení 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 atp.). Příčiny je třeba analyzovat a hledat způsoby, jak pádům příště předejít. Do tohoto procesu by měl být zapojen celý pečující tým.

U klientů s vysokým rizikem pádu je nutné nastavit preventivní opatření, jako je stabilní nábytek, snížené lůžko, uzavřená obuv, dostatek madel, sledování nežádoucích účinků léků,

24 Veřejný ochránce práv. Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením [online], s. 51–52. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020 [cit. 22. září 2023]. Dostupné z https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/11-2017-NZ-OV_souhrnna_zprava_DOZP.pdf.

25 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.



matrace umístěná pod lůžkem, chrániče kyčlí apod. Díky individualizovaným preventivním opatřením zařízení vymezí rozsah své odpovědnosti a v případě potřeby prokáže, že nezanedbalo náležitý dohled.

Dále je žádoucí zavést celkovou evidenci pádů z důvodu vysledování jejich nejčastějších příčin, případně míst a denní doby. Pravidelné vyhodnocování umožní identifikovat rizikové faktory a místa, kde k pádům nejčastěji dochází.

Riziko pádu zařízení vyhodnocuje v systému Cygnus a periodicky je přehodnocuje. Opatření, která zařízení kvůli riziku přijímá, jsou u klientů individuálně rozpracována v Plánu péče pro oblast Rizika pádů. K prevenci pádu jsou používány kompenzační pomůcky, postranice, fixace v křesle. Chodby a koupelny jsou vybaveny madly. Např. u klientky B byla v rámci prevence pádu (resp. ke zmírnění jeho následků) využívána matrace přiložená vedle lůžka. Považuji za správné, že zařízení hledá individuální cesty k zajištění bezpečí klientů.

Jako problematické však vnímám, že zařízení nepřehodnotilo riziko pádů u klientky B, která upadla 5x v průběhu 5 měsíců. Klientka C upadla v průběhu 3 měsíců 3x. Ani u ní nedošlo v reakci na pád k přehodnocení rizika pádů. Protokoly o pádech evidované v systému Cygnus byly navíc vyplněny pouze neúplně. **Jsem přesvědčen, že by měl být plán rizika pádu přehodnocen vždy po pádu klienta a vždy by měl být sestaven individuální plán pro další postup prevence pádu. Pády je rovněž nutné důsledně evidovat.**

V souvislosti s prevencí pádů upozorňuji zařízení také na to, že se zaměstnankyně Kanceláře v průběhu systematické návštěvy setkaly s dvěma rizikovými situacemi. Při vytírání chodby personál vytíral pouze polovinu šířky tak, aby byl klientům umožněn průchod po suché části, což je správné. Mokrý plocha však nebyla nijak označena, což může být, zejména pro klienty se zhoršeným zrakem, rizikové. Zaměstnankyně Kanceláře také zaznamenaly, že po část dne na chodbě oddělení B3 bylo zhasnuté osvětlení, chodba tak byla velmi šerá, což může rovněž přispět k pádu klienta. **Pracovníci zařízení by měli dbát na označování mokrých ploch i zajištění dostatku světla v prostorách, ve kterých se pohybují klienti.**

Opatření:

- 6) **Systematicky evidovat a vyhodnocovat pády klientů (průběžně).**
- 7) **Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (průběžně).**

8. Stížnostní mechanismus

Zařízení je povinno mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné klientům. Tyto stížnosti má povinnost evidovat a písemně vyřizovat v přiměřené lhůtě.²⁶

Včasné zaznamenání stížnosti, kvalitní vyhodnocení situace a následná efektivní reakce působí jako jeden z významných prvků prevence špatného zacházení.

Klienti si v zařízení mohou stěžovat písemně i ústně. Písemné stížnosti lze podat poštou, elektronicky, klienti mohou využít schránky důvěry, které jsou v jídelně každého oddělení.

²⁶ Standard č. 7 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.



Schránky jsou umístěny ve výšce, ve které je může použít i člověk na vozíku. U schránek jsou zjednodušené obrázkové návody. Personál používá také přenosnou schránku důvěry. Schránky personál vybírá 1x týdně a stížnosti jsou vyřizovány ve lhůtě 30 dnů.

Zařízení realizuje také dotazníková šetření a aktivní zjišťování spokojenosti. V rámci aktivního zjišťování spokojenosti navštěvuje pověřená pracovnice klienty a dotazuje se jich na spokojenost v zařízení přibližně 1x měsíčně. Spokojenost klientů zaznamenává do sešitu. Ze záznamů vyplývá, že se klientů dotazuje, zda si chtějí na někoho nebo něco stěžovat, zda by chtěli v zařízení něco změnit, nabízí i možnost anonymního podání stížnosti. Zjišťování spokojenosti probíhá i u klientů, kteří mají sníženou komunikační schopnost. Jestliže klient odpovídá stroze, pokládá pracovnice rozvíjející otázky. Velký důraz se klade na pozorování klientů, zaznamenávají se jejich reakce i to, že například neodpovídají, jen kývnou, nereagují slovy ani mimikou, nebo se naopak usmívají. Pokud klient vznese nějakou stížnost, popíše nespokojenost apod., problému se věnuje pozornost a po smluveném čase personál ověřuje, zda se situace vyřešila ke spokojenosti klienta.

Zařízení vede evidenci stížností. Je z ní zjevné, že na stížnosti reaguje adekvátně, odpovědi na stížnosti jsou písemné. U anonymních stížností se také sepisují písemné odpovědi, které se vyvěšují na nástěnce. U anonymní stížnosti, kterou zjevně psal někdo z klientů, byla odpověď napsána velkým, dobře čitelným písmem. Zkušenost se systémem podávání stížností měl jeden z oslovených klientů, který si způsob řešení stížnosti chválil.

Zařízení má zpracovaný standard kvality pro podávání a vyřizování stížností²⁷ a metodiku pro obchůzku se schránkou důvěry. Tyto materiály jsou zpracovány velmi důkladně. Standard kvality mj. obsahuje informace o tom, že v případě, kdy klient nebude s vyřízením stížnosti spokojen, může se obrátit na ředitelství organizace, zřizovatele zařízení nebo na nezávislé orgány – mj. Kancelář veřejného ochránce práv. Upozorňují zařízení, že ochránci zákon²⁸ neumožňuje vstupovat do soukromoprávních vztahů mezi klienty a poskytovateli sociálních služeb, nemůže se proto zabývat individuálními stížnostmi na činnost poskytovatelů sociálních služeb. Podněty klientů může zohlednit pouze při plánování systematických preventivních návštěv. Kontrolou kvality sociálních služeb je však pověřena Inspekce poskytování sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. Zařízení uvádí obecný kontakt na ministerstvo, v zájmu zkvalitnění služby doporučují zařízení uvést ve standardu raději specifickou informaci o příslušné pobočce inspekce.

Celkově jsem nabyl dojmu, že nastavení stížnostního mechanismu v zařízení je příkladem správné praxe. Oceňuji zejména snahu zařízení o aktivní zjišťování spokojenosti klientů a empatický přístup pracovnice, která je realizuje.

27 Standard č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby.

28 Zákon o veřejném ochránci práv.



Zdravotní péče

9. Dostupnost zdravotní péče

Klienti pobytových sociálních služeb mají právo na místně a časově dostupné zdravotní služby včetně preventivní péče a na volbu poskytovatele zdravotních služeb,²⁹ přičemž povinností poskytovatele je pomoci klientům tato práva realizovat.³⁰

Do zařízení dochází 1x týdně praktický lékař, který je dostupný i telefonicky v případě potřeby. Psychiatr navštěvuje zařízení dle personálu 1x měsíčně a rovněž je dostupný telefonicky či e-mailem v případě potřeby. Diabetolog dochází 1x měsíčně a neurolog 1x za dva měsíce. Do zařízení dochází také nutriční terapeut a občas canisterapeut. Psychologická, psychoterapeutická, logopedická ani fyzioterapeutická péče v zařízení dostupná není. Nově by měl ale do zařízení začít docházet externí masér, jehož péči mohou klienti využít.

V průběhu dne pracuje v zařízení 5–8 zdravotních sester, které jsou společné pro službu DS i DZR. Na noční službě ale není v budově DZR ani DS žádná sestra, poslední odchází ze zařízení ve 21:30 hod. V DZR je pouze jeden PSS a v DS dva PSS. Až do začátku ranní směny, která začíná v 6:30 hod., v domově není žádný zdravotník.

PSS tak přebírají úkol zdravotníků, když podávají léky, čemuž se věnují samostatně v následující kapitole. Kromě podávání léků v noci PSS řeší i zhoršení zdravotního stavu klientů, pády a úrazy. V takových chvílích rozhodují o tom, zda zavolají zdravotnickou záchrannou službu (ZZS), nebo ponechají klienta v zařízení. Pokud vyhodnotí, že klientovi nic není, zůstane v zařízení a častěji ho kontrolují. Pracovníci uváděli, že si mohou na pomoc přivolat kolegu z DS, což je rovněž PSS, případně situaci konzultovat na tísňové lince ZZS. Někteří pracovníci hodnotili takové rozhodování jako velmi náročné.

Absenci zdravotníka v noci hodnotím jako rizikovou. V zařízení se v noci nachází celkem až 142 klientů. Počet tří PSS dle mého nemůže zajistit bezpečnou péči pro všechny klienty.

Vedení zařízení si je personálního nedostatku vědomo. Avizovalo, že došlo k navýšení pracovních úvazků. V následujících měsících měla do zařízení nastoupit mj. další zdravotní sestra. Mělo by tak dojít k zajištění nočních služeb zdravotní sestrou. V době systematické návštěvy nebylo ještě zcela zřejmé, od kdy zdravotní sestry na nočních službách budou. Předpokládaným termínem byl říjen letošního roku nebo leden toho příštího. Věřím, že navýšení počtu personálu napomůže zajištění bezpečí klientů v noci. Příslušná opatření k nápravě formuluji v kapitolách [Příprava a podávání léku](#) a [Personální zajištění](#).

29 Zejména ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

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



10. Příprava a podávání léků

Systém podávání léků musí být nastaven bezpečně, aby bylo sníženo riziko chyby a zajištěno, že manipulovat s léky bude moci pouze osoba k tomu oprávněná.³¹ 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.³²

10.1 Příprava léků

Personál uváděl, že léky připravují zdravotní sestry večer na následující den. To znamená, že léky podává zpravidla jiná sestra než ta, co je připravila. **Pokud léky podává pracovník, který je nechystal, zvyšuje se výrazně riziko chybovosti.** Pracovník, který rozdává předem nachystané léky, již totiž nemá žádnou možnost, jak zkontrolovat, zda skutečně podává danému klientovi správný lék. Veřejný ochránce práv na problematiku, kdy lék podává někdo jiný, než kdo jej připravil, a rizika s tím spojená upozorňuje dlouhodobě.³³ Obdobně na rizika tohoto postupu poukazuje i česká a zahraniční odborná literatura.³⁴

Opatření:

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

10.2 Drcení léků

V případě potřeby se klientům léky drtí. Při samotném drcení a podávání léků nepozorovaly zaměstnankyně Kanceláře žádné pochybení.

Určitou pochybnost ale vzbuzují zápisy v sešitu denních hlášení ve vztahu ke klientce D. Zápis ze dne 9. února 2023 uvádí: „[Klientka D] – Pozor! U snídane jde na WC (jako) a vyplivne léky do záchodu. Hlídat! A hlásit VS“. O dva dny později následuje zápis: „[Klientka D] – Léky jí již VS drtí“.

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

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

33 Viz Veřejný ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, s. 54, sp. zn. NZ 7/2013. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020 [cit. 22. září 2023]. Dostupné z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf

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



Nemám k dispozici další dokumentaci klientky, a nemohu tak ověřit, jaký byl postup zařízení – zda byly klientce drcené léky podávány s jejím vědomím, nebo bez něj a zda drcení povolil lékař. **Upozorňuji však, že nepřipustnou praxí by bylo, pokud by klientům odmítajícím léky byly podávány skrytě (např. drcené v jídle nebo nápoji).** Skryté podávání medikace („covert medication“) představuje z etického hlediska vážný problém, neboť dochází k obcházení autonomie vůle jednotlivce a je vážným způsobem narušován vztah důvěry mezi klientem a personálem zařízení. Podle odborné veřejnosti skrývání medikace, kterou pacient nechce přijmout obvyklým způsobem, představuje špatnou praxi.³⁵

Pokud klient odmítá léky, je především nezbytné upozornit lékaře. Pro skryté podání léků bez souhlasu však nepostačí pouhé rozhodnutí lékaře o tom, že klientovi mají být podávány určité léky. Aby bylo možné podat předepsané léky bez souhlasu klienta, musí lékař posoudit, zda byly naplněny podmínky pro léčbu bez souhlasu. Tedy zda se jedná o neodkladnou péči a zdravotní stav znemožňuje klientovi (pacientovi) souhlas vyslovit, nebo se jedná o neodkladnou péči vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vší pravděpodobností k vážnému poškození zdraví.³⁶ Takové rozhodnutí se musí náležitě zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci.

Vzhledem k vzniklé pochybnosti žádám zařízení, aby v odpovědi na tuto zprávu sdělilo, jakým způsobem byly a jsou léky klientce D podávány. Opatření č. 10 formuluji pouze pro případ, že by v zařízení docházelo k podávání léků bez vědomí klientů.

Opatření:

- 9) Sdělit, jakým způsobem byly a jsou podávány léky klientce D (do 1 měsíce).
- 10) K léčbě bez souhlasu klienta přistupovat pouze při splnění zákonných podmínek (průběžně).

10.3 Podávání léků PSS

Ze sdělení personálu vyplynulo, že v průběhu noci, kdy není v zařízení přítomna žádná zdravotní sestra, někdy podávají klientům léky pracovníci v sociálních službách. Jedná se například o antibiotika či léky na snížení tělesné teploty. V případě klientky B se mělo jednat o léky k řešení neklidu (viz kap. [Postup u klientky B](#)). To, že PSS podávají klientům léky v noci, potvrdily i četné zápisy v sešitech denních hlášení PSS.

Léky mají PSS nachystány pro konkrétní klienty od zdravotních sester. Sdělení personálu se rozcházela v tom, zda mají PSS k dispozici i jiné léky, které mohou podat na základě svého uvážení. Dle některých členů personálu mívají PSS v trezoru na oddělení B1 SOS medikaci (např. léky na bolest) k použití v nepřítomnosti sestry. Tuto informaci se ale nepodařilo zcela ověřit, protože měly být v průběhu systematické návštěvy odneseny z oddělení. Jiní pracovníci uváděli, že tam žádné léky nebývají.

35 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 104.

36 Ustanovení § 38 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).



Podávání léků pracovníky v sociálních službách je nesprávné. Jde o postup, který ohrožuje klienty, neboť pracovníci v sociálních službách nemají oprávnění ani odbornost s léky nakládat.

Zařízení v době systematické návštěvy očekávalo nástup nových pracovníků, kteří měli vyřešit zajištění péče v noci. **Zařízení proto žádám o sdělení, zda je aktuálně v zařízení přítomna zdravotní sestra i v noci a kdo v noci podává klientům léky.**

Opatření:

- 11) Zajistit, aby léky připravoval a klientům vydával jen zaměstnanec, který je k tomu kompetentní (bezodkladně).**
- 12) Sdělit, kdo aktuálně podává léky klientům v noci (do 1 měsíce).**

11. Stravování a prevence 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 výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržení jejich kognitivních funkcí.³⁷

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.

V rámci nutričního screeningu jsou klienti pravidelně váženi. U těch, u kterých vážení není možné, je alternativně využíváno měření obvodu lýtky a paže. Ke zjištění stavu výživy klientů se také využívá nutriční test MNA-SF.³⁸ Zařízení spolupracuje s nutričním terapeutem, který nastavuje nutriční intervenci.

Někteří klienti potřebují dopomoc s podáváním stravy. Označil bych za správné, že při dopomoci klientům, kteří jedli v jídelně, pracovníci seděli, s dopomocí nespěchali a poskytovali ji podle tempa klienta. Vždy čekali, až klient sousto polkne. S klienty vlídně komunikovali, ověřovali, zda jídlo není příliš horké apod. Zaměstnankyně Kanceláře pozorovaly i podávání jídla klientům na pokojích. I zde pracovníci ke klientům přistupovali vlídně a respektovali jejich tempo. Problematické ale bylo podávání jídla jedné klientce, která má dle dokumentace problémy s polykáním. Klientka měla mixovanou stravu. V průběhu jídla vykřikovala a kašlala. Pracovnice ji naváděla k přijímání jídla. Nesprávné však bylo, že klientce sdělovala, že se jedná o jiné jídlo, než jaké to ve skutečnosti bylo (uváděla, že podávané jídlo je svíčková,

37 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. 22. září 2023]. Dostupné z http://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2-117_1_.pdf.

38 MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form) test.



ačkoliv byla hamburská vepřová kýta). Klientka na to reagovala slovy „ne“ a jídlo příliš nechtěla. Je možné, že se jednalo pouze o omyl pracovnice, **upozorňuji ale zařízení, že by pracovníci měli dbát na podávání správných informací.**

Někteří klienti potřebují mechanickou úpravu stravy. V zařízení se tak podává i krájená, mletá a mixovaná strava. Jedné z klientek byla podávána mixovaná strava, ve které bylo dohromady mixováno maso, omáčka i příloha, což tvořilo poměrně nevzhledný pokrm. Je možné, že tato úprava byla jedním z důvodů, pro které klientka jídlo spíše odmítala. **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.** K získání vhodné konzistence stravy pro polykání je možné využít také speciální zahušťovadla stravy. **Zařízení doporučuji hledat jinou vhodnou úpravu tak, aby nebyly všechny složky jídla mixovány dohromady.**



Obrázek 10: Oběd s mletým masem



Obrázek 11: Mixovaný oběd

Z dokumentace vyplynulo, že některým klientům může být strava podávána i stříkačkou. V pokynech pro pracovníky v přímé péči bylo zaznamenáno, že u klienta E se používá injekční stříkačka typu Janette, pokud nezvládá přijímat stravu lžící. Po použití měli pracovníci dle pokynů stříkačku umýt a občas potřít gumové těsnění olejem, neměli ji dávat do myčky na nádobí. Dle pověřené expertky z oboru zdravotnictví takový postup není správný, neboť pouhé umytí není dostatečné pro sterilizaci stříkačky, navíc neodpovídá návodu výrobce. **Zařízení musí zajistit podávání stravy bezpečným způsobem.**

V zařízení se podává pouze jedna varianta jídla, která má více dietních úprav. Klienti nemohou volit z více nabízených jídel. Dle personálu v zařízení funguje stravovací komise, které se mohou účastnit klienti z DS i DZR. Některí oslovení klienti ale uváděli, že do stravování mluvit nemohou. **Doporučuji zařízení, aby klientům připomínalo možnost jejich participace na tvorbě jídelníčku. Stejně tak by zařízení mohlo klientům umožnit volbu z více nabízených jídel.**

Opatření:

- 13) Při mechanické úpravě stravy upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (průběžně).
- 14) Zajišťovat podávání stravy bezpečným způsobem (průběžně).



12. Bolest

U klientů s pokročilou demencí není vždy snadné rozpoznat bolest. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,³⁹ může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, případně může vést k poruchám chování (vnímaných 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 zvládnul pečující personál.⁴⁰ Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Dle sdělení personálu není k zjišťování intenzity, popřípadě typu bolesti, v domově používán žádný test nebo škála. Personál pozná, že klienta něco bolí z pozorování (podle výrazu tváře, bolestivých reakcí, sténání, polohy v lůžku apod.), popřípadě to klient sám řekne. V takovém případě je podána předepsaná medikace na bolest.

Ačkoliv pracovníci klienty znají a mohou u nich vypožorovat projevy diskomfortu, nejedná se o objektivizované poznatky. Prosté pozorování projevů klienta navíc vyžaduje značné množství času, který pracovníci vždy nemusejí mít. **Proto považují za potřebné využívat dostupné škály pro zjišťování bolesti, její intenzity a efektu podaných analgetik, jež byly sestaveny pro seniory s demencí, a vést pečlivé záznamy.**

Opatření:

- 15) **Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (do 1 měsíce).**

13. Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,⁴¹ často se však opomíjí a zaměňuje s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese, v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

Veškerá psychiatrická péče i diagnostika je na lékaři z oboru psychiatrie, který dochází pravidelně do zařízení. Ze sdělení personálu vyplynulo, že v zařízení nepoužívají žádnou škálu na určení deprese. Pokud pracovníci v sociálních službách zpozorují změnu nálad klienta, informují zdravotní sestry a ty psychiatra.

39 Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: 2014 [cit. 25. září 2023]. Dostupné z <https://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>.

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

41 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.



Z dokumentace vyplývá, že depresi má klientka C a je v péči psychiatra. Dokumentace obsahuje opakované zápisy o jejím depresivním stavu, smutku, odmítání aktivit apod. Dle záznamů personál klientce C stále nabízí účast na aktivitách, které se v zařízení pořádají. Ta se někdy účastní, jindy nechce. Pokud klientka o aktivitu nestojí, aktivizační pracovníce to respektuje. Zároveň nabízí alternativy, které by klientce mohly vyhovovat. Například, když se klientka nechtěla účastnit společné konzumace moučníku, který spolu s dalšími klienty pekla, aktivizační pracovníce jí alespoň donesla dílek na pokoj. Když si klientka nebyla jistá, zda se chce účastnit jiné společné aktivity, uzavřely s aktivizační pracovnící dohodu, že se zkusí zúčastnit, může však sedět stranou kolektivu, a pokud nebude chtít setrvat do konce, doprovodí ji pracovníce do jejího pokoje. Z dokumentace je zřejmé, že se personál klientku snaží drobnými krůčky do aktivit zapojit, zároveň zaznamenává, jak na ně klientka reaguje.

Nabyl jsem dojmu, že pracovníci jsou citliví k náladám klientů. Svědčí o tom záznamy z aktivního zjišťování spokojenosti, záznamy péče či denní hlášení. Jsem si ale zároveň vědom toho, že posoudit míru deprese objektivně je velmi obtížné a nemusí stačit pouze pozorovat náladu klientů. **Proto k tomu, aby mohlo zařízení detekovat klienty s depresí a včas zprostředkovat péči psychiatra, doporučuji, aby zařízení využívalo vypovídající způsob posuzování deprese, jako je např. geriatrická škála deprese, a s tím dále systematicky pracovalo.** U klientky C jsem dospěl k závěru, že personál s její diagnózou pracuje, a oceňuji citlivý přístup k jejím potřebám. Zároveň ale **doporučuji zvážit zprostředkování psychologické či psychoterapeutické podpory, která může být prospěšná nejen klientce C, ale i jiným klientům.** Je žádoucí, aby klienti s depresí nebyli odkázáni pouze na farmakologickou léčbu.

Opatření:

- 16) U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda nemají depresi (průběžně).**



Zajištění důstojné a individualizované péče

14. Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny patří mezi základní lidské biologické potřeby. Pravidelná osobní hygiena udržuje kůži v dobrém stavu a brání vzniku možných komplikací (infekcí, dekubitů). Pocit čistoty zároveň navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Zajištění podmínek pro osobní hygienu či dopomoc při osobní hygieně jsou jednou ze základních činností, které je domov povinen klientům zajistit.⁴²

Ranní hygiena⁴³ u klientů, kteří potřebují podporu právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,⁴⁴ večerní hygiena⁴⁵ zase každý večer.⁴⁶ Taktéž je zásadní provádět každý den intimní hygienu.⁴⁷ Je rovněž důležité, aby personál domova u klientů zajistil i tzv. **celkovou koupel, a to minimálně dvakrát týdně**. Celková koupel zahrnuje umytí celého těla včetně vlasů pod tekoucí vodou, vyčištění zubů a případně oholení. Probíhá vždy v koupelně (ve vaně, sprše, na koupacím vozíku nebo vodním lůžku). Celkovou koupel nelze nahradit tzv. hygienou na lůžku, tedy omytím těla klienta žínkou a vodou nebo jinými hygienickými prostředky na jeho posteli v pokoji.⁴⁸ Účinek tekoucí vody totiž při hygieně na lůžku nelze nijak nahradit.

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

Klienti používají koupelny ve svých pokojích, ve kterých jsou bezbariérové sprchy. Pro koupel převážně a trvale ležících klientů se využívá centrální koupelna. Klienti, kteří se zvládnou koupat sami, se mohou koupat kdykoliv chtějí. U klientů, kteří potřebují dopomoc, probíhá celková koupel 1x týdně dle rozpisu a v případě potřeby.

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

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

44 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

46 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

47 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.

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



V plánech péče klientů je podrobný popis toho, jak mají PSS při hygieně postupovat. Zachycuje, co v rámci osobní hygieny klienti zvládají sami, s čím potřebují pomoc a jakou. Jako společný cíl PSS a klientů je např. nastavená podpora v zachování schopností pustit si vodu, podpora klienta při udržení schopnosti se sám vysvléknout/obléknout, podpora klienta při udržení schopnosti si sám umýt obličej a krk, sám se osušit ručníkem apod.

Je správné, že zařízení individualizuje míru pomoci při hygieně a respektuje přání klientů. **Domnívám se však, že již základní nastavení služby by mělo klientům umožňovat celkovou koupel alespoň 2x týdně.**

Opatření:

- 17) Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, umožňovat celkovou koupel nejméně dvakrát za 7 dnů (průběžně).**

15. Inkontinence a její prevence

Jedním z projevů demence může být inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet klienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu, včetně režimu mikčního. Klient by měl mít možnost se v cca 2hodinových intervalech, i častěji, vymočit. Takto nastavený režim může minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.⁴⁹

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 doprovod na WC) by neměla být důvodem pro ukončení pomoci 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 zařízení žijí klienti s různým stupněm inkontinence. Inkontinenční pomůcky se u klientů liší podle jejich potřeb. Potřeby klientů podrobně popisují plány péče, což je správné.

Ze sdělení personálu i dokumentace vyplývá, že základní nastavení výměny inkontinenčních pomůcek je 2x denně (ráno a večer) a pak dle individuální potřeby klientů. Pověřená expertka z oboru zdravotnictví hodnotila toto nastavení jako nedostatečné. **Může totiž dojít k tomu, že klientovi bude vyměněna pomůcka pouze 2x denně. Samotní výrobci ale doporučují výměnu maximálně po 8 hodinách. S vyšší prodlevou se zvyšuje riziko plenkových dermatitid. Zařízení musí dbát na to, aby k výměně inkontinenčních pomůcek docházelo v intervalech, které odpovídají pokynům jejich výrobců.**

Část klientů si dle personálu zvládá říct, že potřebuje např. pomoc s doprovodem na toaletu, některým klientům pracovníci použití toalety připomínají. Jedná se ale spíše o individuální aktivitu daných pracovníků. Pracovníci uváděli, že u žádného z klientů nemají jasné zadání, jak často ho doprovázet/připomínat na toaletu, u nikoho není vedena ani tzv. mikční

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



karta. **V zařízení tak neprobíhá systematický trénink kontinence, jehož cílem by bylo udržení nebo posílení kontinence některého z klientů.**

Jeden z oslovených klientů uvedl, že i přesto, že je schopný během dne používat toaletu, bylo mu řečeno, aby v noci močil do inkontinenční pomůcky, protože PSS nemají čas jej doprovázet na toaletu. **Domnívám se, že se zde projevuje nedostatek personálu při noční směně. V jeho důsledku může docházet k posilování závislosti klientů na podpoře personálu domova a předčasnému snížení jejich kontinence.**

V zařízení vnímám prostor pro nastavení individualizovaného mikčního tréninku u klientů, kteří si jej budou přát.⁵⁰ Zařízení tak může efektivně předcházet prohlubování jejich inkontinence, případně jejich soběstačnost v této oblasti posílit. Zařízení se také musí vyvarovat prohlubování inkontinence klientů a zajišťovat jim potřebný doprovod na toaletu.

Opatření:

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

16. Soukromí

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

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

Právo na soukromí je potřeba vyvážit s právem klientů na ochranu jejich života a zdraví, které vyžaduje zajištění bezpečného prostředí. Je tedy třeba objektivně zhodnotit schopnosti a dovednosti klientů a vždy zjišťovat, zda u konkrétního klienta manipulace s klíčem představuje bezpečnostní riziko, a na základě této úvahy rozhodnout, zda mu bude klíč předán. Tato úvaha musí mít samozřejmě odraz v dokumentaci klienta.

Většina klientů bydlí v jednolůžkových pokojích, v zařízení jsou i 3 dvoulůžkové pokoje. Klienti mohou pokoje zamykat pomocí otočných zámků, které může v případě potřeby personál zvenku odemknout. Někteří klienti mají také klíč od pokoje, aby jej mohli zamknout po dobu své nepřítomnosti. V pokojích mají klienti uzamykatelné noční stolky, kam mohou ukládat osobní věci. Šatní skříň zamykat nejde. Je správné, že informace, zda jednotliví klienti dokáží nakládat s klíči, je zaznamenána v jejich plánech péče.

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



Koupelny nejsou vybaveny otočnými zámky se systémem bezpečného odemykání zvenku, ale mají zámky na obyčejný klíč. V těch, které jsou v jednolůžkových pokojích, klíče nejsou. Klienti ale mohou zamknout celý pokoj, a zajistit si tak soukromí i v koupelně. V koupelnách dvoulůžkových pokojů klíče jsou. Klíč, který ukazovala pracovnice zařízení při úvodní prohlídce, byl ale obyčejný. Pokud se jím klient v koupelně zamkne, není možné koupelnu snadno a rychle odemknout zvenku v situaci, kdy by např. zkolaboval.

Nabyl jsem dojmu, že zařízení poskytuje dobré podmínky pro zajištění soukromí klientů. K tomu, aby bylo plně zajištěno soukromí klientů a aby zároveň nebylo ohroženo jejich bezpečí, by zařízení mělo vybavit alespoň koupelny dvoulůžkových pokojů systémem bezpečného uzamykání koupelen (např. otočnými zámky, jako mají dveře pokojů).

Opatření:

- 19) Zajistit možnost bezpečného uzamykání koupelen dvoulůžkových pokojů (do 3 měsíců).**

17. Průběh dne

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

Předávka noční a denní směny probíhá v 6:30 hod. Poté klienti postupně vstávají a začíná ranní hygiena. Personál uváděl, že ví, kdo z klientů vstává rád později, koho je třeba nechat „dospát“. Pokud chce klient spát déle, pracovníci jej přeskočí a dopomohou mu s hygienou později. Informace o tom, kdy mobilní klienti vstávají, jsou zaneseny v plánech péče. Totéž platí pro časy uléhání.

Poněkud rozporné informace uváděl personál ve vztahu k individualizaci časů denních jídel. Někteří pracovníci uváděli, že pokud by klient nechtěl jíst v době, kdy se podávají jednotlivé pokrmy, mohou mu jídlo uložit na později. Jeden z pracovníků ale uváděl, že takový postup není možný z hygienických důvodů. Je tedy možné, že personál nemá jednotný přístup. Považuji za žádoucí, aby klienti měli možnost stravovat se v časech podle svých zvyklostí.

Z rozhovorů s personálem vyplynulo, že většinu (21 z 27) klientů ukládá ke spánku ještě denní služba. Klienti tak bývají v lůžku již po večeři přibližně v 17:30 až 18:30 hod. Pouze 6 klientů ukládá noční směna. Pracovníci uváděli, že klienti bývají po večeři již unavení. Z dokumentace vyplývá, že některým z 6 klientů personál ukládání noční směnou nabízel, což je správné. Pracovníci ale také přiznávali, že za časným ukládáním jsou i provozní důvody. Na noční směně je pouze jeden PSS a není v jeho silách, aby zajistil večerní hygienu a uložení do lůžka u více klientů.

Čas uléhání by neměl ustupovat provozním důvodům, ale měl by respektovat individuální potřeby klientů a jejich zvyklosti. Věřím, že se situace může zlepšit s avizovaným navýšením personálu.



Opatření:

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

18. Aktivní prožívání dne

Klienti se syndromem demence profitují v každé fázi svého onemocnění z jiných aktivit, čemuž má odpovídat nabídka náplně dne v zařízení. Zatímco ve fázi středně pokročilé a rozvinuté demence jsou klienti schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a profitují z programových aktivit,⁵¹ osoby s těžkou demencí potřebují především individualizovanou asistenci. Účast na programových aktivitách již pro ně přínosná není, naopak jim může způsobovat diskomfort a být pro ně zatěžující.⁵² Realizace aktivit by měla probíhat na základě procesu individuálního plánování, kdy personál ve spolupráci s klientem vymezí oblasti, v nichž je potřeba posílit dovednosti klienta a kterým se bude ve spolupráci s personálem věnovat.

V DZR působí jedna aktivizační pracovnice (AP). Realizuje skupinové i individuální aktivity. O tom, jaké mají klienti možnosti aktivizací, se dozvídají při ranním hlášení rozhlasu, z nástěnky a od personálu, který jim aktivizaci nabízí.

Dopoledne v DZR probíhá skupinová aktivizace, které se zpravidla účastní soběstačnější klienti a vždy jeden klient se sníženou soběstačností. Klienti se sníženou soběstačností se pravidelně střídají. Po ukončení společné aktivizace se ještě AP věnuje klientovi se sníženou soběstačností, kdy ho vezme např. na zahradu, na kávu apod. Klienti se mohou účastnit i společných aktivit, které probíhají v DS. Náplň aktivizačních činností je poměrně pestrá. Jedná se například o procvičování paměti, jemné motoriky, pohybová cvičení, společné zpívání, kulturní program jako vystoupení souborů apod.

Odpoledne má AP vyhrazené pro individuální aktivizaci ostatních klientů. V rámci této aktivizace se využívá např. tzv. gelové světlo, aromaterapie, muzikoterapie, rozhovor, terapeutické panenky apod. Záznamy o aktivizacích jsou například v dokumentaci klientky A, která je převážně ležící. Časté jsou záznamy, že jí personál v rámci individuální aktivizace v pokoji pouští projektor s olejovými disky a hudbu nebo využívá terapeutické panenky. Je zaznamenáno, jak klientka reaguje, např. že je klidná, pozoruje, usmívá se, jindy vykřikuje. Pracovníci klientku berou i na společenské akce do společenské místnosti.

V zařízení probíhají i další aktivity. Jednou měsíčně se koná společná oslava narozenin všech klientů, kteří je měli v daném měsíci. Klienti na ni společně chystají pohoštění. AP realizuje také vítání nových klientů při posezení s bábovkou a čajem. AP ještě s klienty a jejich rodinami vyrábí tzv. reminiscenční tabulky. Jedná se nástěnný rám, kde jsou základní informace o klientech. Jsou zde např. informace o tom, jak si přeje být klient oslovován, jaké má zájmy,

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

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



zvyklosti, jaké měl povolání, kdo jsou jeho blízcí, co má klient rád apod. Pracovníci je využívají pro snazší navázání kontaktu s klientem nebo třeba v situaci, kdy potřebují odvést pozornost klienta ve chvíli, kdy začíná být neklidný. **Používání reminiscenčních tabulek vnímám jako příklad velmi dobré praxe.**

Do aktivní náplně dne se zapojují i další pracovníci. PSS například v rámci péče uplatňují prvky bazální stimulace, část z nich je na tuto techniku proškolená. Klienti také někdy mohou trávit čas s jednou z pracovnic v její kanceláři, kde mohou navlékat korálky, zatímco ona pracuje.

Celkově oceňuji snahu zařízení o zajištění smysluplné náplně dne klientů. **Záznamy v dokumentaci svědčí o velmi empatickém přístupu aktivizační pracovnice i dalších členů personálu.** Oceňuji i důkladně vedené záznamy o jednotlivých aktivizacích. V době nepřítomnosti AP je však zajištění jejího zástupu problematické. Její práci přebírají PSS dle svých časových možností, případně AP z DS. Jeden z oslovených klientů hodnotil, že v době nepřítomnosti AP je čas v zařízení velmi dlouhý. Dávám proto zařízení ke zvážení navýšení počtu aktivizačních pracovníků, z čehož by mohli klienti profitovat.



Personál

19. Přístup personálu ke klientům

Lidská důstojnost je hodnota, která musí být chráněna a respektována vždy. Zásah do ní nelze ospravedlnit ničím, rozhodně ne časovou vytížeností personálu či organizačními záležitostmi. Sebelepší péče nemůže mít zamýšlený efekt, pokud není respektována klientova důstojnost.⁵³ Personál by měl ke klientům přistupovat s úctou a respektem. Pracovníci by měli pamatovat na to, že klienti jsou lidé s vlastními přáními a potřebami, s vlastní důstojností. Při komunikaci personálu s klienty by měla být zachována zdvořilost obvyklá mezi dospělými lidmi.

Personál v zařízení přistupoval ke klientům vlídně a s respektem. Pracovníci všem klientům vykali a oslovovali je buď příjmením, nebo křestním jménem. To, jakým způsobem si přeje být klient osloven, se zachycuje v dokumentaci i v reminiscenčních tabulkách. Personál při vstupu do pokojů klientů klepal. V dokumentaci klientů se uvádí, zda dokáží na zaklepání reagovat. Pokud ano, musí personál čekat na vyzvání, pokud ne, je popsáno, jak má personál do pokoje šetrně vstupovat.

Celkově jsem v přístupu personálu ke klientům nezaznamenal žádná pochybení a hodnotím jej kladně.

20. Personální zajištění

Klientům může být kvalitní a dostatečně individualizovaná podpora namísto pouhého zajištění jejich základních potřeb poskytována pouze s odpovídajícím počtem odborně vzdělaných pracovníků. Nedostatek personálu vede naopak k tomu, že organizace péče se podřizuje možnostem personálu, a nikoliv individuálním potřebám klientů.

V době systematické návštěvy bylo průměrně na denní směně v DZR 4–6 PSS, a to i o víkendech. V noci bývá přítomen pouze jeden PSS v DZR a dva v DS.

V průběhu dne bývá ve službě 5–8 zdravotních sester. Zajišťují péči zároveň v DZR i DS. Sestry slouží ranní, odpolední i celodenní služby. Sestry, které slouží odpolední směnu, jsou v zařízení do 21:30 hod. Poté, až do příchodu denní směny v 6:30 hod., v zařízení žádný zdravotník není.

V noci PSS přebírají úkol zdravotníků, když podávají léky (viz kapitoly [Dostupnost zdravotní péče](#) a [Příprava a podávání léků](#)). **Zajištění noční směny pouze jedním PSS nevnímám jako dostatečné. Domnívám se, že jeden pracovník nemůže potřeby 27 klientů, kteří bydlí ve třech podlažích, dostatečně zajistit.** Svědčí o tom například to, že pracovník v noci nemá prostor doprovázet klienty na toaletu (viz kapitolu [Inkontinence a její prevence](#)), nebo brzké ukládání klientů do lůžka (viz kapitolu [Průběh dne](#)). Obtížné může být i zajistit polohování

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



některých klientů v noci, kdy si PSS z DZR může sice zavolat na pomoc PSS z DS, v tu chvíli ale pracovník chybí zase tam.

Ani personální zajištění přes den není zcela ideální. Nejpatrněji se promítá do nedostatků při zajištění doprovodu klientů na čerstvý vzduch (viz kapitolu [Pobyt na čerstvém vzduchu](#)). Personál také popisoval, že pokud je na denní službě v některém podlaží pouze jeden PSS, je velmi náročné práci zvládat.

Zajištění péče v noci považuji za velmi rizikové. V zařízení je v noci celkem až 142 klientů. Počet tří PSS dle mého nemůže zajistit bezpečnou péči pro všechny klienty. Pracovníci vedení zařízení si byli personálního nedostatku vědomi, sami vítali chystané navýšení úvazků v zařízení o jednu zdravotní sestru a dva PSS.⁵⁴ Nově nastoupivší sestra by měla zajišťovat právě noční služby. V noci by měl v DZR přibýt také jeden PSS. V době systematické návštěvy ale ještě nebylo zcela zřejmé, kdy nový personál služby posílí. **Žádám zařízení o sdělení, zda již personál pracuje v navýšeném počtu, jak je zajištěna péče o klienty v noci, případně kdy k navýšení dojde.** Věřím, že personální posílení umožní poskytovat klientům kvalitní a bezpečnou službu.

Opatření:

- 21) **Zajistit dostatek zdravotních sester na denní i noční službě. Zajistit, aby práci zdravotní sestry vykonával vždy pouze pracovník s dostatečnými kvalifikačními předpoklady (bezodkladně).**
- 22) **Zajistit dostatečný počet pracovníků v sociálních službách v průběhu noční i denní služby (bezodkladně).**

54 Nové úvazky zařízení získalo v rámci zavádění paliativní péče v zařízení.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• Zajistit, aby léky připravoval a klientům vydával jen zaměstnanec, který je k tomu kompetentní (opatření č. 11) • Zajistit dostatek zdravotních sester na denní i noční službě. Zajistit, aby práci zdravotní sestry vykonával vždy pouze pracovník s dostatečnými kvalifikačními předpoklady (opatření č. 21) • Zajistit dostatečný počet pracovníků v sociálních službách v průběhu noční i denní služby (opatření č. 22)
Průběžně	• Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu, stanovit individuální režim pohybu uvnitř i mimo zařízení a tato rozhodnutí řádně dokumentovat (opatření č. 1) • Zajišťovat všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně pobývat na čerstvém vzduchu (tj. v zásadě každý den) a činit o tom záznamy do dokumentace (opatření č. 2) • Opatření omezující pohyb klientů používat výhradně v souladu s právní úpravou (opatření č. 3) • Upustit od plošného zákazu používání ostrých předmětů, rizika vyhodnocovat individuálně, k restriktivním opatřením přistupovat pouze v odůvodněných případech a činit o nich záznamy do dokumentace klientů (opatření č. 5) • Systematicky evidovat a vyhodnocovat pády klientů (opatření č. 6) • Důsledně přehodnocovat rizika pádů u jednotlivých klientů (opatření č. 7) • Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 8) • K léčbě bez souhlasu klienta přistupovat pouze při splnění zákonných podmínek (opatření č. 10) • Při mechanické úpravě stravy upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (opatření č. 13) • Zajišťovat podávání stravy bezpečným způsobem (opatření č. 14) • U klientů se syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost mapování, zda nemají depresi (opatření č. 16) • Zajišťovat klientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, umožňovat celkovou koupel nejméně dvakrát za 7 dnů (opatření č. 17) • Nastavovat mikční režim klientů tak, aby nedocházelo ke zbytečnému prohlubování inkontinence a posilování jejich závislosti na zařízení (opatření č. 18) • Nastavovat denní režim tak, aby respektoval princip normality a odrážel individuální přístup ke klientům (opatření č. 20)
Do 1 měsíce	• Revidovat metodický postup pro používání opatření omezujících pohyb osob (opatření č. 4)



	• Sdělit, jakým způsobem byly a jsou podávány léky klientce D (opatření č. 9) • Sdělit, kdo aktuálně podává léky klientům v noci (opatření č. 12) • Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti (opatření č. 15)
Do 3 měsíců	• Zajistit možnost bezpečného uzamykání koupelen dvoulůžkových pokojů (opatření č. 19)