



SeneCura SeniorCentrum Modřice

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Masarykova 1018, 664 42 Modřice, Brno
Zřizovatel:	SeneCura, s. r. o.
Ředitelka:	Dana Valachovičová
Typ zařízení:	domov pro seniory
Kapacita:	46 lůžek
Datum návštěvy:	14. až 15. března 2022
Datum vydání zprávy:	12. října 2022
Návštěvu provedly:	Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. Barbora Matějková, Mgr. Gabriela Mazúrová, DiS., Mgr. Lenka Rydvalová

JUDr. Stanislav Křeček
veřejný ochránce práv



Obsah

Obsah	2
Úvodní informace	3
Shrnutí	6
Prostředí	7
1. Celkový pohled na zařízení	7
2. Orientace v prostředí	7
3. Prostory připomínající běžnou domácnost	9
5. Volnost pohybu	13
6. Pády	14
Zajištění důstojné a individualizované péče	16
7. Prevence malnutrice	16
8. Mikční režim	19
9. Hygiena	21
10. Sexualita a intimita	22
11. Individualizovaná péče	23
Zdravotní péče	25
12. Podávání léků	25
13. Bolest	27
14. Paliativní péče	28
Personální zabezpečení	29
15. Výměna informací mezi pracovníky	29
Přehled opatření k nápravě	31



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 pro seniory jsou jedním ze zařízení, jež mohu 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.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Zařízení SeneCura SeniorCentrum Modřice je situováno v obci Modřice poblíž Brna. V obci se nacházejí služby běžné občanské vybavenosti. Je součástí sítě zařízení SeneCura SeniorCenter zřizovaných společností SeneCura, s. r. o. (poskytovatelem je společnost SeneCura SeniorCentrum MOPT, a. s.).⁹ Poskytovatel provozuje v budově rovněž službu domova se zvláštním režimem.¹⁰ Služby od sebe nebyly prostorově ani personálně odděleny. Klienti tak sdíleli stejné prostory (někdy byli klienti různých služeb i ubytováni na stejném pokoji, rovněž péče byla zajištěna stejnými pracovníky). Předmětem návštěvy byl pouze domov pro seniory (dále jen „domov“ nebo „služba“).

Cílovou skupinou služby jsou osoby od 55 let věku, nebo osoby, které dosáhly požadovaného věku pro přiznání starobního důchodu, jejichž potřeba sociální a zdravotní podpory je taková, že jim neumožňuje pobyt v domácím prostředí. Kapacita domova pro seniory je 46 lůžek, v době návštěvy bylo obsazeno 38 lůžek. V zařízení žijí ženy i muži; z toho 36 klientů bylo ve věku 65 let a více, 2 klienti byli ve věku 45 let a více.

Administrativně bylo zařízení rozděleno do dvou oddělení (oddělení A a oddělení B).

Jeden z klientů byl omezen ve svéprávnosti, za opatrovníka mu byl jmenován rodinný příslušník. Nikdo z klientů neměl jmenovaného opatrovníka bez omezení svéprávnosti ani jiné podpůrné opatření.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 14. až 15. března 2022 bez předchozího ohlášení. Zastupující ředitel Martin Krňávek, byl o návštěvě osobně informován při jejím zahájení. Zaměstnankyně Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“) mu předaly pověření k provedení návštěvy, vyžádaly si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Tereza Hanelová, Mgr. Barbora Matějková a Mgr. Gabriela Mazúrová, DiS. Na šetření se též podílela pověřená všeobecná zdravotní sestra Mgr. Lenka Rydvalová.

Zaměstnankyně Kanceláře navštívily veškeré prostory domova kromě pokojů, kde se nacházeli klienti s diagnostikovaným onemocněním covid-19. Hovořily s klienty a personálem domova (pracovníky v přímé péči, sociálními pracovníky, zdravotními sestrami a zastupujícím ředitelem). Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkují.

9 V České republice bylo ke dni vydání této zprávy provozováno celkem 17 zařízení společností SeneCura.

10 Celková kapacita domova se zvláštním režimem je 109 lůžek.



Shrnutí

V navštíveném zařízení jsem se nesetkal se špatným zacházením. V několika oblastech poskytované péče však shledávám prostor pro zlepšení.

Nedostatky shledávám zejména v oblasti poskytování zdravotní péče, konkrétně upozorňuji na nutnost pravidelného přehodnocování rizikových oblastí (zejména nutričních rizik), stejně jako na důslednost při vedení záznamů do zdravotnické a další dokumentace.

Dále poukazuji na potřebnost nastavení efektivního systému výměny informací (jak mezi personálem v přímé péči a zdravotnickými pracovníky, tak zdravotnickými pracovníky navzájem), kdy znalost aktuálního zdravotního stavu a specifických přání a potřeb klienta (informace o tom, jaký typ demence osoba má a v jaké fázi se syndrom demence nachází) je klíčová pro správné nastavení péče.

Rovněž doporučuji, aby zařízení věnovalo větší pozornost správnému nastavení a dodržování mikčního režimu, stejně jako vhodné péči o klienty se zavedeným permanentním močovým katetrem.

Za rizikový dále pokládám aktuálně nastavený systém podávání léků a nakládání s léčivými prostředky, kdy výslovně upozorňuji na zvýšenou potřebu opatrnosti při nakládání s léčivými, které spadají do kategorie návykových látek.



Prostředí

1. Celkový pohled na zařízení

Zařízení se nachází v rozlehlé čtyřpatrové budově. Součástí areálu domova je i zahrada s posezením. Kromě služeb poskytovaných společností SeneCura, a. s., mají v budově domova provozovny i další společnosti, konkrétně se jedná o polikliniku s několika ordinacemi a wellness centrum.

V budově se nenachází žádná recepce/vrátnice. Do budovy se dá dostat dvěma vchody, které jsou volně přístupné do cca 17:00 hodin, kdy je zamyká pracovník zařízení (více k pohybu klientů mimo zařízení viz kapitola [Volnost pohybu a zajištění bezpečí](#)). **Jako problematické vnímám, že vchody jsou společné s wellness centrem a poliklinikou. Běžně se dle sdělení personálu i klientů stává, že se návštěvníci wellness centra či polikliniky dostanou až do prostor domova, kde se následně volně pohybují.** I v průběhu návštěvy byly pracovnice Kanceláře svědkyněmi situace, kdy se návštěvník polikliniky ocitl omylem ve společenské místnosti domova pro seniory. Klienti v rozhovorech uváděli, že jim přítomnost těchto cizích osob v prostorech jejich domova není příjemná.

Doporučuji v tomto ohledu zařízení, aby zajistilo dostatečné oddělení prostor domova od ostatních prostor, a to za účelem dostatečného zajištění bezpečí a soukromí klientů služby.

Opatření:

- 1) **Zajistit dostatečné oddělení prostor domova od prostor provozoven jiných společností (do 1 měsíce).**

2. Orientace v prostředí

Specifickým problémem syndromu demence je narušení či ztráta orientace v realitě. Součástí poskytované péče musí být promyšlená podpora orientace v realitě a odbourávání jejích překážek. Prostředí zařízení by mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno klientům se syndromem demence. Neschopnost orientovat se totiž může být příčinou poruch chování, či dokonce agresivity.¹¹

Služba domova pro seniory je umístěna na čtyřech podlažích rozlehlé budovy (přízemí a tři patra). Podlaží jsou rozdělena na dvě části (část A a část B, označené jako „budova A“ a „budova B“, nebo jako „oddělení A“ a „oddělení B“). Pokoje klientů služby se nacházely na všech čtyřech podlažích, v části A i v části B. K orientaci v budově slouží rozcestníky (viz obr. 1, obr. 2), jež však obsahují pouze textový popis a které mají ve všech patrech a částech

11 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.

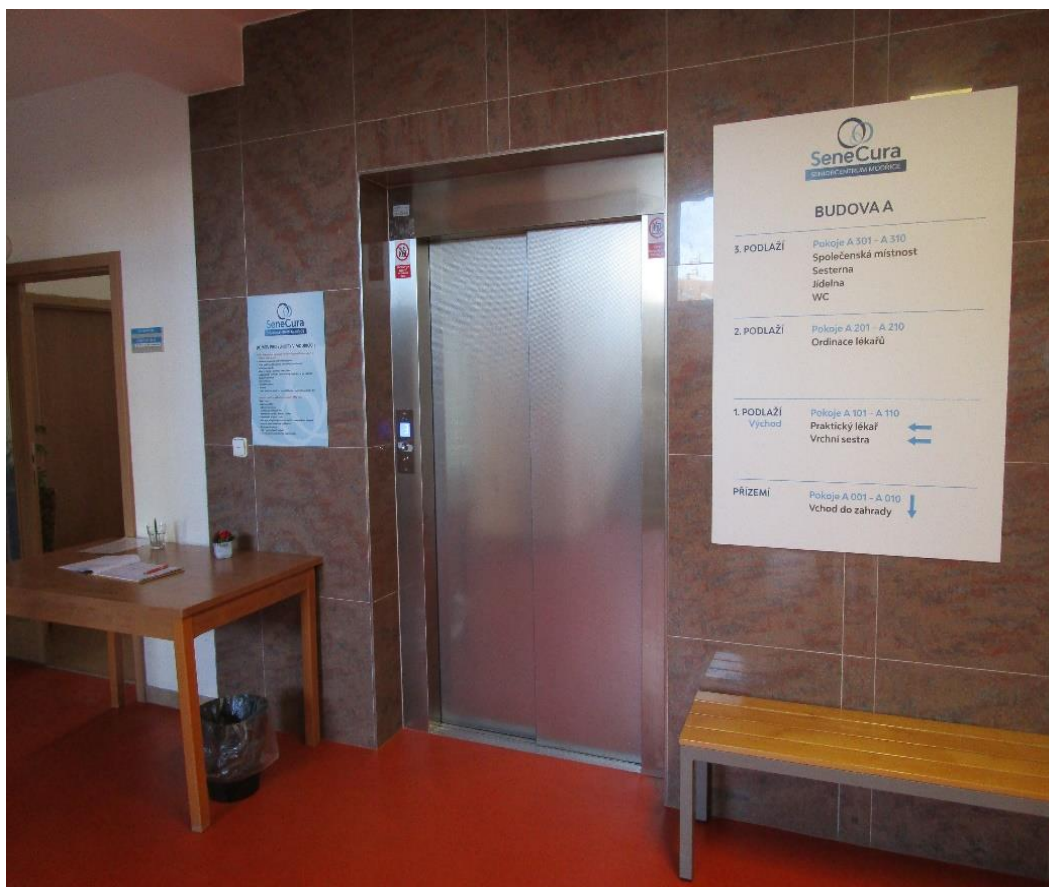


stejný design. Hlavním odlišovacím prvkem jednotlivých pater je různá barva podlahy (červená, šedá, zelená a žlutá).

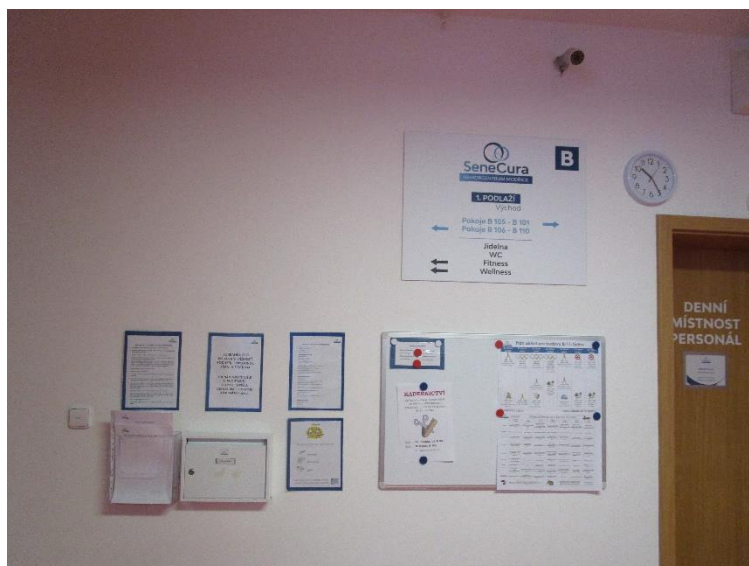
Místnosti jsou označeny slovními názvy, piktogramy se užívají minimálně. Obdobně pokoje jsou označeny pouze jmény klientů, nápomocné prvky (fotografie, obrázky) sloužící k lepší orientaci klientů se nevyužívají.

Upozorňuji zařízení, že označování místností pouze cedulkami s textem v případě klientů s demencí nemusí být vždy dostatečné. Obdobně uniformní prostředí může působit na klienty matoucím dojmem.

Jsem si vědom toho, že cílovou skupinou služby domova pro seniory nejsou primárně lidé s demencí. Doporučení však zařízení adresuji primárně s ohledem na skutečnost, že prostory domova pro seniory jsou společné s prostory domova se zvláštním režimem. Rovněž někteří z klientů domova pro seniory měli v době návštěvy prokazatelně demenci (viz kapitola [Individualizovaná péče](#)).



Obr. 1 Rozcestník u výtahu



Obr. 2 Rozcestník na stěně

Opatření:

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

3. Prostory připomínající běžnou domácnost

Domovy pro seniory jakožto zařízení poskytující pobytovou službu neslouží pouze k přechodnému pobytu klientů, ale má se co nejvíce přibližovat prostředí domova. Prostory by měly být nejvíce uzpůsobeny cílové skupině a individuálním potřebám jednotlivých klientů.¹²

Zařízení bylo původně vybudováno jako nájemní bydlení pro seniory, čemuž odpovídá stávající uspořádání bytových jednotek, ve kterých jsou klienti ubytováni (viz kapitola [Pokoje klientů](#)).

Na každém patře se nachází společenská místnost. V prvním patře se jedná v podstatě o jídelnu, která slouží jako společenská místnost, ve vyšších patrech se jedná o místnost, ve které je rozdělena jídelní část a posezení pro klienty. Ve třetím patře je v části společenské místnosti výmalba a posezení, které má připomínat prostředí kavárny (tato místnost nejvíce vybízí k posezení a odpočinku, viz obr. 3). Společenské místnosti rovněž slouží k realizaci skupinových aktivizačních činností.

V zařízení se nenachází společné koupelny, klienti využívají koupelny pouze u svých pokojů.

Bytové jednotky vybavené samostatnými kuchyňskými kouty a vlastní koupelnou s toaletou poskytují zvýšený komfort oproti uspořádání, kdy větší počet klientů sdílí společnou kuchyň

12 Bod 13 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „standards kvality sociálních služeb“). Co se týče prostředí domova, rovněž odkazují na Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 2/2016, Materiálně technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou, str. 25 a násl.



a koupelnu s toaletou. Stále však nelze říci, že by se jednalo o domácnosti v běžném slova smyslu. **Doporučuji tak zařízení, aby do budoucna směřovalo k poskytování služby v domácnostech pro menší počet osob s uspořádáním, které evokuje běžný způsob života doma. Zařízení rovněž dávám ke zvážení zútulnění společenských místností, tak aby je klienti mohli více využívat ke společnému setkávání (například nahradit alespoň část židlí pohovkami, které jsou pro delší posezení klientů pohodlnější).**



Obr. 3 Improvizovaná kavárna ve 3. patře

4. Pokoje klientů

Pokoj v pobytovém zařízení sociální služby představuje osobní prostor klienta, proto by měl v nejvyšší možné míře odrážet klientova přání a jeho individualitu. Dvojlůžkový pokoj musí mít minimálně 14 m², pro osoby s těžkým pohybovým postižením minimálně 18 m².¹³

Klienti jsou ubytováni v nově zbudovaných bytových jednotkách, které sestávají z předsíně, koupelny s toaletou a pokoje s balkónem a kuchyňským koutem. Standardně jsou pokoje vybaveny postelí s nočním stolem, nástěnnými policemi, kuchyňským stolem s židlemi a komodou s televizí. V předsíni se pak nachází šatní skříň. Klienti mají možnost si pokoj individualizovat a případně i dovybavit dalším nábytkem, čehož využívají.

Kuchyňský kout je vybaven lednicí, varnou deskou a troubou. Varná deska a trouba jsou však na všech pokojích vypojeny (dle sdělení ředitele z bezpečnostních důvodů) a nefunkční. Klienti si tak nevaří, někteří si však vybavili kuchyňský kout kávovarem a varnou konvicí, které využívají. Zde upozorňuji, že případná rizika vyvstávající z využívání aktuálně nefunkčních kuchyňských spotřebičů by u všech klientů mělo zařízení vyhodnocovat

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



individuálně. Minimálně někteří z klientů si mohou své dovednosti v oblasti přípravy stravy zachovat, případně i rozvíjet.¹⁴

Klientům je umožněn volný přístup na balkon, klienti, kteří bydlí v přízemí, mohou ze svých pokojů vstoupit rovnou do zahrady. **Vstup na balkon však není bezbariérový.**¹⁵

Většina pokojů je dvojlůžková (7 pokojů), tři pokoje jsou jednolůžkové a čtyři pokoje jsou trojlůžkové. V nejvyšším patře se pak nacházel pokoj klientů, který byl průchozí. **V této souvislosti upozorňuji, že pokoje klientů by měly plnit funkci jejich vlastní soukromé zóny, a proto není vhodné, aby jeden pokoj obývaly více než dvě osoby. Jako nevhodné vnímám i stavební uspořádání průchozích pokojů v nejvyšším patře, kdy průchozí pokoje klientům neposkytují dostatečné soukromí.**

Opatření:

- 3) Upouštět od využívání více než dvoulůžkových pokojů (průběžně).
- 4) Upouštět od využívání průchozích pokojů (průběžně).
- 5) Podporovat klienty ve využívání již funkčních prostor (průběžně).

4.1 Soukromí na pokoji

Klienti mají mít možnost chránit svoje obydlí a soukromí. Možnost uzamknout si pokoj či alespoň osobní věci je realizací základního práva na soukromí.

Klienti mají možnost si uzamknout pokoj, respektive svou bytovou jednotku. Některé z pokojů jsou však uzamykatelné pouze prostřednictvím otočného zámku. Mohou si jej tedy uzamknout, pouze pokud se nacházejí uvnitř, nikoliv při odchodu z pokoje. Pokoje klientů tak zůstávají volně odemčeny, odemčen byl například i pokoj klienta, který v době návštěvy zaměstnankyň Kanceláře pobýval v nemocnici. Na pokoji se přitom nacházely osobní věci klienta. Rovněž klienti v rozhovorech opakovaně uváděli, že jim vadí nemožnost uzamknout si pokoj, nebo alespoň osobní věci (např. do skříně), a to s i ohledem na to, že se v prostorech domova často pohybují cizí lidé (viz kapitola [Celkový pohled na zařízení](#)). Personál naopak v rozporu s tím uváděl, že klienti sami o uzamykání pokojů zájem spíše neprojevují.

Co se týče uzamykatelných prostor, tak mají k dispozici uzamykatelný trezor (v šatní skříni v předsíni). Trezor je poměrně malých rozměrů a slouží k ukládání osobních dokladů. Předměty větších rozměrů (například mobilní telefon) se do něj již nevejdou. Jiný uzamykatelný prostor klienti na pokoji již k dispozici nemají, cennosti si mohou případně uložit do centrálního trezoru zařízení u sociálního pracovníka. Z poskytnuté dokumentace

14 Individuální přístup je jednou ze základních zásad poskytování sociální služby (viz ustanovení § 2 odst. 2 a § 38 odst. 2 zákona o sociálních službách).

15 Zde upozorňuji na to, že úpravy prostředí by měly respektovat **princip univerzálního designu** ve smyslu článku 2 sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 10/2010 Sb.m.s., Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, který stanoví, že „přiměřená úprava“ znamená nezbytné a odpovídající změny a úpravy, které nepředstavují nepřiměřené nebo nadměrné zatížení a které jsou prováděny, pokud to konkrétní případ vyžaduje, s cílem zaručit osobám se zdravotním postižením uplatnění nebo užívání všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními.



vyplývalo, že personál vyplňuje s klientem při příjmu do zařízení *Protokol o předání klíčů* (dále jen „Protokol“), ve kterém se uvádí, zda si klient přeje mít klíče (od pokoje i od trezoru) u sebe, nebo je mít u personálu na sesterně. Dle znění Protokolu budou klíče, které má u sebe personál, vydány sloužící zdravotní sestrou na žádost klienta, nebo jeho rodinných příslušníků. Vydání věcí bude vždy uvedeno v záznamu péče. Dle informací sdělených personálem mohou mít klienti domova pro seniory klíče od trezorů vždy u sebe (záleží tedy na jejich přání). Klienti pak v rozhovorech uváděli, že klíče od trezorů nemají u sebe, nýbrž jsou uloženy u personálu na sesterně.

Nejenom s ohledem na informace poskytnuté klienty pak doporučuji zařízení, aby vyvinulo větší úsilí v otázce zajištění dostatečné míry soukromí klientů.

Někteří z klientů využívají na pokojích toaletní křesla, k dispozici však nemají zástěny. Ve vícelůžkových pokojích (kterých je v zařízení většina) poté nelze dostatečně zajistit soukromí a dochází k zásahu do důstojnosti klienta. Dle sdělení zastupujícího ředitele zařízení je instalace zástěn do pokojů v řešení.

Žádám tedy o sdělení, zda tyto byly klientům již zajištěny.



Volnost pohybu a zajištění bezpečí

5. Volnost pohybu

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

Klienti se mohou volně pohybovat po areálu zařízení včetně zahrady. Ohledně pohybu klientů mimo zařízení pracovníce Kanceláře dostaly rozporuplné informace. Teoreticky je odchod ze zařízení volný, vstupní dveře se zamykají až kolem 17:00 hodin a v případě pozdějšího příchodu je možné zazvonit na sloužící personál, který přijde odemknout (klienti nemají klíče od vchodových dveří). Vstupy jsou monitorovány kamerovým systémem, ten však dle sdělení není využíván v běžném režimu, nýbrž v režimu tzv. kamerových systémů doplněných technologií na rozpoznávání obličejů.¹⁶

Dle sociální pracovníce klienti služby domova pro seniory nejsou v pohybu mimo zařízení nikterak omezováni (ve smyslu zákazu), pouze v případě, kdyby to nebylo vhodné, tak by jim bylo doporučeno, aby se nepohybovali samostatně. Dle sdělení jiných pracovníků se však klienti mohou pohybovat mimo v zařízení pouze v doprovodu, pracovníci musí mít zároveň informaci o tom, kdy se klient přibližně vrátí. Obdobně klienti sdělovali, že se nemohou samostatně pohybovat mimo areál zařízení. **Zde upozorňuji, že možná rizika je nutné vyhodnocovat u všech klientů individuálně. Klientům, kteří jsou na základě zhodnocení personálu orientováni, by mělo být umožněno opustit samostatně areál zařízení.**

Opatření:

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

¹⁶ Tzv. „face recognition“ či „Face ID“. Konkrétně je tento systém využíván tak, že poskytovatel do systému nahraje fotografii klienta. Kamera následně dokáže tohoto konkrétního klienta rozpoznat a systém upozorní personál, že klient opouští budovu. Do systému však bylo dle sdělení nahráno pouze několik fotografií klientů ze služby domova se zvláštním režimem, který nebyl předmětem šetření, klientů služby domova pro seniory se kamerový systém netýkal.



6. Pády

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).¹⁷ 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 atd.). Příčiny je třeba analyzovat a hledat způsoby, jak pádům příště předejít. Do tohoto procesu by měl být zapojen celý pečující tým.

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

Zařízení má zpracován manuál, jak v případě pádu klienta postupovat. Řešení pádů, stejně jako jejich prevenci, mají na starosti zejména rehabilitační pracovníci. V případě pádu klienta o tomto sloužící personál vždy bezodkladně informuje pověřeného rehabilitačního pracovníka včetně okolností, za kterých pád proběhl. Událost se zapíše do *Protokolu o pádu* a rehabilitační pracovník zhodnotí situaci klienta spolu s možností řešení (nastavení preventivních opatření, použití kompenzačních pomůcek, rehabilitační cvičení atd.)

Rehabilitační pracovníci vedou dokumentaci o pádech klienta u sebe v písemné podobě, konkrétně *Protokoly o pádech*; seznamy klientů s hodnocením rizika pádu (mírné, značné, vysoké), užívání kompenzačních pomůcek (např. vozík), cvičení (individuální, skupinové); realizované testy (test get up and go), obecně záznamy o plánech práce s klientem v této oblasti a celkovou evidenci pádů (za jeden měsíc).

Záznamy o pádech se rovněž vedou v individuální dokumentaci klientů v systému Cygnus, zároveň se v rámci systému Cygnus vede i hodnocení rizika pádů klienta. To je však v tomto systému vyhodnocováno pouze v pravidelných časových intervalech (dle poskytnutých záznamů zpravidla 2x ročně), nikoliv v reakci na pád klienta.¹⁸ Přehodnocování rizik v návaznosti na pád klienta provádí rehabilitační pracovníci ve své dokumentaci, kterou vedou zvlášť. **Zde upozorňuji, že vedení dublované dokumentace (kterou mají navíc u sebe pouze někteří pracovníci) představuje riziko, a to zejména v oblasti předávání informací.** Rozumím tomu, že pracovníkům se například lépe vede dokumentace v písemné, nebo naopak v elektronické podobě, avšak dokumentace by měla být vedena jednotně

17 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.

18 Viz například u klientky A. byl v systému Cygnus zaznamenán dne 12. 3. 2022 pád, přehodnocení rizik v systému Cygnus však proběhlo naposledy dne 1. 2. 2022.



a na jednom nosiči. V opačném případě tak zdravotničtí pracovníci, potažmo pracovníci v přímé péči, nemusí mít informace o aktuálním zdravotním stavu klienta.

Obecně pak upozorňuji, že přehodnocení rizika pádů by mělo probíhat při každé změně zdravotního stavu, po pádu, při změně medikace a dále v pravidelných časových intervalech (minimálně jednou za 3 měsíce).¹⁹

Opatření:

8) V oblasti pádů vést jednotnou dokumentaci (průběžně).

¹⁹ Viz např. POKORNÁ, Ludmila a kol. *Metodika sledování nežádoucí události PÁD u Agentur domácí zdravotní péče (ADP)*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. [cit. 7. září 2022]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/ADP_metodika_pad_plna_verze.pdf.



Zajištění důstojné a individualizované péče

7. 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 i výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které mají syndrom demence, přímo souvisí s udržení jejich kognitivních funkcí.²⁰

Vzhledem k významu správné nutriční péče a krizikům, 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.

7.1 Nutriční screening

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces proveditelný zaškoleným pracovníkem 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, a to 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. U klientů, kteří se nepostaví na váhu, je vhodné využívat alternativních možností zjišťování hmotnosti (např. měření obvodu paže či kožní řasy). Zjištěné informace zařízení následně vyhodnotí za použití validních nutričních testů.²¹ Tento postup a vyhodnocování možného rizika by mělo zařízení opakovat v pravidelných intervalech.

Zařízení má stanovenou zdravotní sestru, která má u všech klientů na starosti oblast nutrice (k rozdělení kompetencí zdravotnického personálu viz kapitola [Zdravotní péče](#)). Zařízení rovněž spolupracuje s nutričním terapeutem, který by měl do zařízení docházet každé tři měsíce, fakticky však byl v zařízení pouze jednou.²²

Vážení všech klientů dle sdělení realizuje pověřená zdravotní sestra pro oblast výživy, a to minimálně jedenkrát měsíčně (klienti, kteří se sice nepostaví, ale mohou být váženi ve vozíku, se váží na speciální váze). Zdravotní sestra na základě výsledků vážení a vypočtené

20 NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Sledování nutričního a psychického stavu u nemocných s Alzheimerovou chorobou – vliv nutriční intervence v longitudinální studii. Disertační práce [on-line]. PK LF Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, 2009 [cit. 5. května 2022]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2-117_1.pdf.

21 Např. MNA (Mini Nutritional Assessment) test.

22 Nutriční terapeut zařízení navštívil v prosinci 2021, další návštěva byla ze strany zařízení následně zrušena. Dotazovaný personál neznal důvod.



hodnoty BMI následně zhodnotí, zda je klient v nutričním riziku. Situaci klienta dle sdělení dále konzultuje s nutričním terapeutem. **V poskytnuté dokumentaci klientů však záznamy o pravidelném převažování klientů často absentovaly.** Klientka B. měla být dle nastavených nutričních plánů ze dnů 7. 11. 2021 a 30. 1. 2022 pravidelně převažována. Přesto nebyla v období od 30. 1. do 13. 3. 2022 zvážena ani jednou.

K hodnocení nutričních rizik klienta zařízení využívá nutriční test MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form), se kterým však nepracuje dostatečně, neboť nedochází k jeho pravidelnému přehodnocování. Jako příklad uvádím hodnocení právě u klientky B., které personál nastavil dne 7. 11. 2021 nutriční plán s cílem dosažení a udržení požadované tělesné hmotnosti a zajištění pravidelné hydratace. Klientka byla následně hospitalizována a do zařízení se vrátila dne 9. 12. 2021 s dekubitem, který předtím neměla. Dne 30. 1. 2022 byl klientce nastaven nutriční plán s tím, že předcházející plán byl splněn, neboť klientka je hydratována (hmotnost klientky zůstala stejná jako v předcházejícím období).

Ke zhodnocení nutričního stavu klientky došlo až dne 9. 3. 2022, kdy bylo do systému Cygnus v rámci hodnocení plánu rizik zaznamenáno, že „klientovi jsou v průběhu dne aktivně nabízeny tekutiny, v průměru vypije 1400 ml/24 hod. Klient v průběhu sledovaného období snědl vždy alespoň polovinu porce jídla a v průběhu dne popíjel Nutridrink, hmotnost klienta je stejná jako v předchozím období“. Dne 13. 3. 2022 personál provedl nutriční test MNA-SF, z výsledku vyplynulo, že klientka má riziko podvýživy.

Péči poskytnutou klientce v oblasti nutriční hodnotím jako nedostatečnou. Kromě již zmiňované absence pravidelné kontroly hmotnosti upozorňuji na chybné vyhodnocování nutričního stavu klienta. **Nutriční stav klienta by se neměl vyhodnocovat pouze v nastavených časových intervalech (v případě dlouhodobé lůžkové péče minimálně každé tři měsíce), ale také vždy při přijetí a při změně zdravotního stavu (tedy např. právě ve chvíli, kdy se u klienta objeví dekubit). V případě klientů s dekubity a rovněž v případě, kdy dekubity nemají zlepšující se tendenci.**²³ Upozorňuji zároveň, že případné hodnocení stavu klienta pouze na základě jeho BMI není postačující, neboť hodnota BMI sama o sobě není dostatečně vypovídajícím ukazatelem o nutričním stavu a potenciálních problémech klienta. **Co se týče deklarované navázané spolupráce s nutričním specialistou, doporučuji, aby v ní zařízení pokračovalo, a to tak, aby situace klienta mohla být reálně a systematicky řešena v dostatečných časových intervalech.**

Na zvážení dávám i započít s **hodnocením dysfagie**, která bývá u seniorů a lidí s demencí velmi frekventovaná a kterou zařízení aktuálně nevyhodnocuje.²⁴

Polykací obtíže mají přitom vliv jak na přijímání stravy, tak na přijímání léků (viz kapitola [Podávání léků](#)). V případě výskytu poruchy polykání, je nutné přijmout odpovídající opatření, tj. upravit klientovi stravu do vyhovující struktury, a to pomocí zahušťovadel

23 Viz např. ŠEFLOVÁ, Lenka a kol. Dekubity v praxi. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, s. r. o., 2016; 13(5), 263–267. [06. 09. 2022]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2016/05/12.pdf>.

24 Hodnocení dysfagie je v kompetencích všeobecné sestry, kdy může využít některý z existujících testů, například screening dle Mandysové či GUSS test.



tekutin až po mechanicky upravenou stravu, tak aby vše odpovídalo nutričně, chuťově plnohodnotné stravě.

Opatření:

- 9) Důsledně sledovat a hodnotit váhu klientů a správně pracovat s validními nutričními testy (průběžně).**
- 10) Pokračovat v navázané spolupráci s nutričním specialistou (průběžně).**

7.2 Sledování příjmu stravy a tekutin

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

Příjem stravy a tekutin zaznamenávají pracovníci v přímé péči, a to prostřednictvím čárových kódů plánů péče. Záznamy o stravě odkazují na části porce (čtvrt, půl, tři čtvrtě, celá porce). Množství vypitých tekutin pracovníci odhadují podle množství zbylého čaje v konvici (konvice je určena na 1 litr tekutiny). Pokud popíjí klient vodu z vlastní lahve, opět odhadují, kolik cca mohl vypít.

U některých klientů se v dokumentaci objevují záznamy o nedostatečném příjmu tekutin, avšak bez následné intervence ze strany personálu. U klientky A. byl v systému Cygnus po několika dnech opakovaně evidován nízký příjem tekutin, riziko dehydratace zvyšoval i zaznamenaný průjem. V dokumentaci však nebylo možné nalézt záznam o návazné intervenci.

U klientky C. pak personál v rámci nutričního plánu nastavil sledování příjmu a výdeje tekutin a stravy. Ze záznamu je však patrné, že nedochází k dostatečnému příjmu tekutin; záznamy o výdeji moči a stolice klientky zcela absentují. Klientce byl přitom kromě jiného podáván přípravek Lactulosa, jenž upravuje fyziologickou činnost střev a při jehož užití je nutné užívat dostatečné množství tekutin (alespoň 1,5 až 2 litry), které klientce podány nebyly.

Opatření:

- 11) Pořizovat objektivizované záznamy o příjmu tekutin; záznamy pravidelně vyhodnocovat a adekvátně na ně reagovat (průběžně).**
- 12) Realizovat činnosti nastavené v nutričních plánech klientů (průběžně).**

7.3 Stravování

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



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

Stravování v zařízení probíhá v jídelnách, kdy na každém podlaží je jedna jídelna. Pokrmy jsou připravovány přímo v zařízení. K obědu mají klienti na výběr ze dvou jídel, přičemž výběr jídel probíhá týden dopředu. Pracovnice Kanceláře pozorovaly podávání stravy v jídelnách během obou dnů návštěvy. Personál vydávající jídla klienty znal, nachystané porce byly dostatečně velké a servírování důstojné. Klientům byla nabízena možnost přidání jídla. Zasedací pořádek nebyl přesně určen, ale klienti již měli svá oblíbená místa, kde sedávali. Stoly byly čisté, opatřeny solničkou, pepřenkou, držáky s ubrousky. Várnice s připravenými tekutinami byly volně dostupné k použití.

Soběstační klienti si jídlo vyzvedávali u výdejového okénka a stravovali se sami. Klientům, kteří nebyli schopni stravu přijímat sami, podával stravu personál. První den probíhal dle doporučených postupů, personál u klientů seděl a v průběhu podávání stravy se jim plně věnoval. Druhý den však probíhal v opačném režimu, pracovníci klientům podávali stravu vestoje a neustále odbíhali pryč, takže klientům pokrm postupně vychládal.

Klienti pak v rozhovorech uváděli, že jsou celkově se stravou v zařízení spokojeni, uvítali by však rozšířenější zařazování ovoce a zeleniny do jídelníčku.

Opatření:

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

8. Mikční režim

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 dvouhodinových intervalech, i častěji, vymočit. Takto nastavený režim může minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.²⁵

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

25 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 109.



Dle sdělení vrchní sestry u klientů, kteří využívají inkontinenční pomůcky, dochází k nácviku mikce, klienti jsou na výkon potřeby aktivně dotazováni. Z rozhovoru s ošetřujícím personálem však vyplynulo, že nácvik mikce realizován není, k dotazování a vedení klientů k močení nedochází. Rovněž v dokumentaci klientů nebylo možné dohledat záznamy o nastaveném mikčním režimu. Rozporné informace byly sděleny i k frekvenci výměny inkontinenčních pomůcek, někteří pracovníci uváděli, že k výměně dochází pravidelně 5 až 6x denně, většina pracovníků však sdělovala, že výměna probíhá 3x denně (ráno, v poledne, večer) a dále individuálně dle potřeby.

Upozorňuji, že v případě kdy by klienti užívali inkontinenční pomůcky nadbytečně, tak tato situace dále povede k postupnému oslabení schopností v této oblasti a vzniku skutečné potřeby mít inkontinenční pomůcky. Dochází tak ke zbytečnému posilování závislosti na podpoře personálu domova. Zařízení by mělo zavést systematický trénink mikce²⁶ a zajistit tak, že klientům bude poskytována potřebná míra dopomoci v této oblasti.

Část klientů má zaveden **permanentní močový katetr**. U mužských klientů jeho výměnu realizuje urolog. U žen jej vyměňují všeobecné zdravotní sestry v zařízení, a to v intervalech daných přímo výrobcem (zpravidla 21 dnů). V dokumentaci klientů však záznamy o výměně katetru často absentovaly. Například klientka B. se do zařízení navrátila po hospitalizaci dne 9. 12. 2021 se zavedeným permanentním močovým katetrem. Klientka měla katetr zaveden i v době návštěvy pracovníků Kanceláře, neboť v záznamech péče jsou údaje o výdeji moči (např. dne 14. 3. je uveden výdej permanentního močového katetru 300 ml/12hodin). **V dokumentaci však chybí záznamy o tom, zda a kdy byl klientce katetr vyměněn, není možné zjistit, kolikátý den jej má zaveden.** Dotazovaný personál si nebyl jistý, kam se datum výměny zapisuje a jak jej zjistit.

V dokumentaci obdobně absentují i záznamy o péči o katetr. U klientky B. byla péče nastavena ve frekvenci 1x denně, poslední záznam o realizované péči je ze dne 1. 3. 2022. **Zde navíc upozorňuji, že dle doporučených ošetřovatelských postupů je vhodné realizovat péči o permanentní močový katetr 2x denně.**²⁷

Kromě pravidelné výměny permanentního močového katetru je nutné zajistit i výměnu sběrného močového systému (sáčku na moč). K tomu dochází dle typu výrobku a pokynů výrobce obvykle po 3 až 10 dnech. Dle záznamů došlo k výměně sáčku na moč u klientky B. poprvé od návratu z hospitalizace až dne 7. 1. 2022, tj. téměř po měsíci. Další výměny proběhly ve dnech 12. 1. a 15. 1. 2022, poslední výměna proběhla dne 10. 2. 2022. Z uvedených záznamů vyplývá, že k výměně dochází nepravidelně a náhodně, personál zřejmě nemá jasně zavedeny postupy péče.

26 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/pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>.

27 Viz např. Národní ošetřovatelský postup katetrizace močového měchýře, str. 6: „Urogenitální oblast mýt podle potřeby vodou a mýdlem nebo speciálním sprchovým gelem nejméně 2x denně, rovněž po odstranění katétru.“ Dostupný z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40359/NOP%20Katetrizace%20mo%C4%8Dov%C3%A9ho%20m%C4%9Bch%C3%BD%C5%99e.pdf>.



Opatření:

- 14) Stanovit klientům mikční režim, vést důsledné záznamy o péči poskytované v této oblasti v dokumentaci klientů (průběžně).**
- 15) Nastavit a dodržovat pravidla v oblasti výměny a péče o permanentní močový katetr; edukovat v této oblasti personál (do 1 měsíce).**
- 16) Důsledně vést záznamy o poskytované péči, včetně výměn permanentního močového katetru, sběrného sáčku na moč a péči o permanentní močový katetr (průběžně).**

9. Hygiena

Potřeba čistoty a hygieny je základní lidskou biologickou potřebou. Pravidelná osobní hygiena udržuje kůži v dobrém stavu a brání vzniku možných komplikací (infekcí, dekubitů). Pocit čistoty zároveň navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Zajištění podmínek pro osobní hygienu či dopomoc při osobní hygieně je jednou ze základních činností, které je domov povinen klientům zajistit.²⁸

Ranní hygiena²⁹ u klientů, kteří potřebují nižší či vyšší míru podpory právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,³⁰ večerní hygiena³¹ zase každý večer.³² Taktéž intimní hygienu je zásadní provádět každý den.³³ Je rovněž důležité, aby personál domova zajistil u klientů i tzv. celkovou koupel (umytí celého těla, včetně vlasů, pod tekoucí vodou, dále vyčištění zubů a případně i oholení), a to minimálně dvakrát týdně. Tato pravidla jsou však pouze minimálním standardem.

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

Celková hygiena zahrnuje dle pracovního postupu pro pracovníky v přímé péči stříhání nehtů, mytí vlasů a foukání, promazávání celého těla, čištění uší, holení mužů i žen. Zpravidla je pak celková hygiena u klientů realizována dvakrát týdně, případně dle potřeby, což považuji za naplnění minimálního požadovaného standardu. Zde pouze zdůrazňuji,

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

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

30 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

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

32 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

33 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.



že dopomoc při hygieně by neměla sledovat provozní potřeby poskytovatele (tj. pevně stanovený harmonogram), ale vycházet z individuálních potřeb, stejně jako přání klienta.

Klienti v oblasti úpravy vzhledu využívají služeb kadeřnice a pedikérky, které do zařízení docházejí. V době návštěvy pracovníc Kanceláře však pedikérka zařízení již delší dobu nenavštívila a někteří z klientů, kteří si nehty nezvládají ostříhat sami, měli nehty v nevyhovujícím stavu (dlouhé, neupravené), přičemž pracovníci v přímé péči jim dle sdělení měli odmítnout tuto činnost poskytovat. **Upozorňuji, že součástí péče, kterou je zařízení ze zákona povinno klientům zajišťovat, je i pomoc při základní péči o vlasy a nehty.**³⁴ Tím se rozumí zkrácení nehtů běžně dostupnými nůžkami na stříhání nehtů a případné zapilování běžným nehtovým pilníkem.³⁵ Obdobně jako s jinými činnostmi v oblasti osobní hygieny by dopomoc měla být poskytována v souladu s individuálními potřebami daného klienta. Zařízení by nemělo ponechávat klienty ve stavu, který je pro ně nepříjemný a nevyhovující.

Opatření:

17) Zajišťovat klientům v oblasti hygieny dopomoc v potřebném rozsahu (průběžně).

10. Sexualita a intimita

Sexualitou a intimitou rozumíme širokou škálu vjemů a způsobů chování. Nejedná se pouze o uspokojení sexuálního pudu, ale také o naplnění potřeby blízkosti, doteku atd. Opomíjení této základní potřeby každého člověka (nevyjímaje osoby staršího věku) se může negativně projevit v duševním zdraví klientů, v jejich sexuální identitě, ve vztazích, přátelství, sebeúctě, povědomí o těle i emočním a sociálním růstu. Zařízení by mělo ke klientům přistupovat s respektem k jejich potřebám a napomáhat jim k zodpovědnému a důstojnému prožívání vlastní sexuality.

Personál v rozhovorech sděloval, že pro zařízení není sexualita a intimita klientů téma, neboť klienti neprojevují v této oblasti žádný zájem. V minulosti žily v zařízení manželské páry, aktuálně zde však žádné partnerské páry nepobývaly. Zařízení poskytlo zpracovaný *Protokol sexuality*, který však hodnotím jako nedostatečný. Tzv. *Protokol sexuality* nemá sice přesně stanoveny náležitosti, měl by však obecně jako metodický pokyn pro oblast sexuality a intimity klientů reflektovat způsob, jakým konkrétní zařízení s tímto tématem pracuje. Metodický pokyn zařízení (rozsahově pouze asi na necelou stranu) tak obecně připouští, že sexualita je součástí života klientů, neobsahuje však žádné konkrétnější pokyny ani postupy. Neupravuje tak například rozdělení kompetencí pracovníků zařízení (ve smyslu

34 Viz ustanovení §15 odst. 1 písm. d) bodu 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

35 Viz Ministerstvo práce a sociálních věcí. Doporučený postup č. 4/2013. Doporučený postup k zajišťování fakultativních činností při poskytování sociálních služeb. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/DP_fakultativni_sluzby_final.pdf/df2795f8-1884-8250-9d33-b08646da4a11.



poskytování informací a podpory klientům), anebo jakým způsobem bude zařízení předcházet a řešit případy nevhodného chování, ať již ze strany personálu, či klientů.

Upozorňuji zařízení, že vypracování metodického předpisu či proškolení pracovníků jsou pouze dílčími aktivitami. Práce se sexualitou jako součást poskytování sociální služby by měla být na systematické bázi, kterou je vhodné započít sestavením a sjednocením týmu v otázce přístupu k sexualitě klientů a následným zjišťováním potřeb personálu a klientů. Teprve poté by mělo následovat vypracování interního metodického předpisu a začlenění práce se sexualitou do činnosti stávající poskytované služby.³⁶

Opatření:

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

11. Individualizovaná péče

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stadia, musí být nastavena individuálně a prováděna poučeným personálem. Intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže či zbytečně působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv klienta, nebo přímo o špatné zacházení. Požadavku na zohlednění odborné stránky věci odpovídá právní povinnost poskytovatele sociální služby zajistit individuální přístup k potřebám klientů.³⁷ K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti.³⁸ 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.

Jak zmiňuji v úvodní kapitole, zařízení poskytuje službu domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, kdy předmětem návštěvy byl pouze domov pro seniory. Ve vztahu k pobytu a poskytování péče klientům s demencí bylo ze strany vedení zařízení sděleno, že diagnóza demence je u zájemců o službu indikací k umístění do služby domova se zvláštním režimem. Při zhoršení zdravotního stavu může být klient následně přemístěn z domova pro seniory do domova se zvláštním režimem, což se již v minulosti stalo. Ze strany personálu pak zaznívaly různé informace ohledně případného počtu klientů s demencí ve službě domova pro seniory. Vedoucí zdravotního úseku pracovnícím Kanceláře sdělila, že ve službě domova pro seniory nejsou žádní klienti s demencí. Další pracovníci buď sdělovali, že neví, nebo že někteří z klientů demenci mají, neboť to vyznívalo (obdobně měli vyznívat i fáze demence). V některých případech však na dotaz na jména klientů s demencí ve službě domova pro seniory uváděli jména osob, která přitom v této službě nebyla. Celkově měli pracovníci problém rozlišit, který klient je v které službě, což má zřejmě

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

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

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



souvislost s tím, že pracovníci nejsou rozděleni podle služeb, ale slouží podle pater. Klienti obou služeb spolu běžně sdílí pokoje. Ohledně rozdílu mezi péčí o klienty v obou službách pracovníci uváděli, že nad klienty služby domova pro seniory musí vykonávat větší dohled a jsou jim nabízeny odlišné aktivity (některé aktivity jsou stejné, jsou jim však nabízeny i tzv. „odlehčené verze aktivit“). **Co se týče aktuálního rozdělení personálu, tak dávám zařízení na zvážení, zda systém nepřenastaví tak, aby byli pracovníci vyčleněni pouze podle služeb, nikoliv podle pater. Domnívám se, že pracovníci by se mohli, mimo jiné, lépe orientovat v nastavení péče o jednotlivé klienty.**

Personál u klientů provádí test MMSE, který se dle sdělení každé tři měsíce přehodnocuje. Dle výsledků poskytnutých testů mají minimálně někteří z klientů demenci, konkrétně např. klient D. měl dle výsledku testu ze dne 18. 8. 2020 lehkou demenci, stejný výsledek měl i dle dalších testů (poslední test byl realizován dne 21. 10. 2021). Klientka E. měla dle výsledku testu ze dne 31. 12. 2021 středně těžkou demenci, další testy nenásledovaly.³⁹

Výsledkům testů by pak měla být přizpůsobena péče o klienty. Demence je běžná zdravotní komplikace u seniorů. I pokud však zařízení nepřijímá osoby s demencí, neznamená to, že se u některých klientů syndrom demence postupně nerozvine. Není pak důležité, zda se klient nachází v domově pro seniory, nebo domově se zvláštním režimem. Zařízení sociálních služeb, které se specializuje na poskytování péče seniorům, na ně musí být schopno reagovat, bez ohledu na typ poskytované služby. **Informace o tom, jakým typem demence osoba trpí a v jaké fázi se syndrom demence nachází, je klíčová pro správné nastavení péče.**

V tomto ohledu tedy doporučuji zařízení, aby reflektovalo specifické potřeby klientů a aby personál s nimi byl dostatečně obeznámen. Diagnóza demence nutně neznamená, že klient by měl být přemístěn do jiné služby v souladu se základními zásadami poskytování sociálních služeb (tj. poskytování služby dle individuálních potřeb klienta), avšak personál (včetně pracovníků v přímé péči) by měl mít informace o všech potřebách, které souvisejí se zdravotním stavem klienta.⁴⁰ Znalost těchto skutečností je spolu s dalšími informacemi součástí přiměřeného managementu potřeb, který je poskytovatel služby povinen klientovi s demencí zajistit.⁴¹

39 V této souvislosti upozorňuji, že přehodnocování výsledků testů by mělo probíhat obdobně jako při hodnocení jiných oblastí rizik (nutriční rizika, rizika v oblasti pádu, hodnocení bolesti atd.) by mělo probíhat v pravidelných intervalech (minimálně každé tři měsíce) a dále vždy při změně zdravotního stavu.

40 Právním podkladem je mimo jiné ustanovení § 31 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“): „Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví.“

41 Kromě diagnostikování demence lékařem a znalosti diagnózy klienta a fáze jeho onemocnění ze strany personálu se jedná, mimo jiné, i o mapování potřeb klienta, libosti/nelibosti, rizik a schopností klienta. Stanovení managementu potřeb je výsledkem rozhodnutí pečujícího týmu a má odraz v dokumentaci klienta. Viz Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem[online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 11. 3. 2022]; dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf, str. 23.



Zdravotní péče

Zařízení má navázanou spolupráci s praktickým lékařem, který sídlí ve vedlejší budově. V případě, že chce klient zůstat u svého stávajícího praktického lékaře, tak mu je zařízení dle sdělení schopno zařídit doprovod. Do zařízení dochází psychiatr, a to v intervalu jedenkrát za 14 dnů. Klienti rovněž využívají služeb urologa a gynekologa, kteří sídlí v budově zařízení.

V zařízení dále působí několik zdravotnických pracovníků (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a rehabilitační pracovníci). Stejně jako v případě ostatního personálu (zejména pracovníků v přímé péči), zdravotnický personál není určen pouze pro službu domova pro seniory, nýbrž je organizačně rozdělen podle pater, kde se nacházejí obě služby (viz kapitola [Individualizovaná péče](#)). Jednotliví zdravotničtí pracovníci pak mají mezi sebou rozděleny oblasti, které mají na starosti. Jeden zdravotnický pracovník tak má výlučně na starosti jednu „oblast“ poskytované ošetrovatelské péče (nutrice, bolest, pády, umírání a paliativní péče, mikční režim atd.).

12. 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.⁴² Podávání léků by mělo probíhat způsobem odpovídajícím pokynům výrobce a lékaře. Pracovník si před podáním léku si 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.⁴³

Léky připravuje zdravotnický personál na noční směně vždy na den až několik dnů dopředu. Léky jsou takto nachystány do označených dávkovačů, ze kterých je klientům následně podává zdravotnický personál. Několika klientům se léky podávají nadrcené, pracovníce Kanceláře však v průběhu návštěvy pozorovaly, že zdravotní sestra nečistila hmoždír mezi jednotlivými drceními léků. Nadrcené léky byly některým klientům podávány společně s čajem či s jídlem. Společně s jídlem byly ostatně podávány i léky v nenadrcené podobě. To se týkalo zejména klientů s větší potřebou dopomoci, kterým personál podával léky na lžici. Tj. všechny léky byly klientům nasypány na lžici, na které se zároveň mnohdy nacházela strava (konkrétně v době podávání oběda tak personál podával klientům léky spolu s částí naservírovaného oběda).

Tento postup skýtá několik rizik. V první řadě považuji za nutné upozornit na skutečnost, že pokud léky podává ten, kdo je nechystal, tak se zde výrazně zvyšuje riziko chybovosti.

⁴² Jedná se o registrovanou všeobecnou sestru, praktickou sestru, dětskou sestru a zdravotnického záchranáře podle ustanovení § 4 odst. 3 písm. b), § 4a odst. 2 a), § 4 b odst. 2 a § 17 odst. 2 písm. b) vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

⁴³ Ustanovení § 1 odst. 2 písm. e) bod 2 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška o zdravotnické dokumentaci“).



Pracovník, který rozdává nachystané léky, již totiž nemá žádnou možnost, jak zkontrolovat, zda skutečně podává danému klientovi správný lék. Navíc v případě změny zdravotního stavu klienta není možné, aby zdravotník okamžitě reagoval (například tak, že klientovi lék nepodá a změny bude konzultovat s lékařem). Na situace, kdy lék podává někdo jiný, než kdo jej připravoval, a rizika s tímto spojená upozorňujeme dlouhodobě.⁴⁴ Obdobně na rizika tohoto postupu upozorňuje i česká a zahraniční odborná praxe.⁴⁵

Praxi, kdy personál nečistí hmoždíř po každém jednotlivém drcení léků, a dochází tak k jejich následnému smísení, pak hodnotím jako nepřipustnou.⁴⁶

Pokud je příčinou podávání léků společně se stravou dysfagie (poruchy polykání jsou častým příznakem demence), tak doporučuji spíše než míchat lék se stravou, využít některých z volně prodejných přípravků, které polykání léku usnadní a zároveň neovlivní jeho účinnost ani vstřebávání.⁴⁷ Nad rámec výše uvedeného ještě upozorňuji, že v případě, kdy by klient nebyl informován o tom, že je mu podáván lék, tak by se jednalo o **skryté podávání medikace, tzv. „couvert medication“**. To představuje z etického hlediska vážný problém, neboť dochází k obcházení autonomie vůle jednotlivce a je vážným způsobem narušován vztah důvěry mezi klientem a personálem zařízení. Podle odborné veřejnosti je skrývání medikace, kterou pacient nechce přijmout obvyklým způsobem, špatnou praxí.⁴⁸

Opatření:

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

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

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

45 Viz např. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetrovatelství 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.**“

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

47 Např. tzv. gel pro snadné polykání léku.

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



13. Bolest

U pacientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,⁴⁹ může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, příp. může vést k poruchám chování (vnímaných jako neklid či agrese) a následnému zbytečnému nasazení psychofarmak.

V rámci poskytované péče je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost bolesti a její léčbě. Zejména v pokročilých stadiích demence, kdy již klient není schopen verbalizovat svoje pocity, je třeba, aby schopnost detekovat bolest zvládl pečující personál.⁵⁰ Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Zařízení má určenou sestru, která se věnuje sledování bolesti u klientů. Záznamy vede do tzv. deníku bolesti, který se nachází na sesterně a je volně přístupný i ostatku zdravotnického personálu. Dotazovaný personál však nevěděl, kde se deník nachází. Tyto informace, které jsou vedeny izolovaně, a personál si je předává většinou ústně, zvyšují riziko chybovosti (viz kapitola [Výměna informací mezi pracovníky](#)).

Sledování bolesti se pak týká primárně klientů, kteří mají v preskripci opiátovou náplast, a dále klientů, u kterých je stanovena analgoterapie. U ostatních klientů ke sledování bolesti systematicky nedochází. Pokud personál ví, že některý z klientů, který nekomunikuje verbálně (má omezeny komunikační schopnosti), má bolesti, jedná se o výsledek každodenního intuitivního pozorování. **V tomto ohledu upozorňuji, že spoléhat se pouze na intuici a vstřícný zájem personálu není systémové a ani spolehlivé.**

U klientky B. dochází k výměně opiátové náplasti dle ordinace lékaře každý 4. den. V jednom případě došlo dle ošetřovatelského záznamu bez ordinace lékaře k výměně o dva dny dříve, tj. již druhý den. **Upozorňuji, že tímto postupem dochází k lékařem neindikovanému navyšování dávky podávaných opiátů, neboť obsah účinné látky v náplasti obsažené se každý den snižuje a její dřívější výměnou je klientce podávána vyšší dávka.** Dále upozorňuji na zaznamenané nesrovnalosti v dokumentaci, kdy nekorelovala data uvedená v dokumentaci. Konkrétně např. v systému Cygnus v „Naplánovaných intervencích“ je výměna uvedena dne 1. 3. 2022, ostatní záznamy („Plán kontrol a vyšetření“ a ošetřovatelské záznamy) uvádí datum 2. 3. 2022 (což je správné datum dle indikace lékaře). Poslední výměna pak proběhla dne 8. 3. 2022 (v „Naplánovaných intervencích“ záznam zcela absentuje), v záznamech péče se zmínka o další výměně již nenachází (je pouze automaticky předvyplněna v „Plánu kontrol a vyšetření“). Není tedy jasné, zda a kdy k výměně došlo. Klientka přitom měla dle záznamu v medikační kartě užívání opiátové náplasti indikováno až do konce měsíce března 2022.

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

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



Opatření:

- 21) Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezeny komunikační schopnosti (bezodkladně).**
- 22) Léčivé přípravky podávat v souladu s ordinací lékaře (průběžně).**
- 23) Dbát na správnost záznamů o podávaných léčivech (průběžně).**

14. Paliativní péče

Účelem paliativní péče je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který má nevyléčitelnou nemoc.⁵¹ Osoby s demencí v pokročilém stadiu patří do cílové skupiny osob, které vyžadují paliativní péči.⁵² Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na svou odbornost.⁵³

Zařízení deklaruje, že klientům poskytuje paliativní péči. Její zajištění má na starosti zdravotní sestra určená pro tuto oblast péče. Poskytování paliativní péče spočívá dle sdělení personálu především v zajištění důstojných podmínek pro závěrečnou část života klienta a jeho komfort zejména v oblasti bolesti. Rodina je ze strany vrchní sestry informována o vývoji zdravotního stavu klienta a je jí nabídnuto ubytování v zařízení, tak aby poslední dny mohl klient strávit se svými blízkými. S mobilním ani lůžkovým hospicem zařízení nespolupracuje. U klienta bývá respektováno jeho přání (a přání rodiny) ohledně umírání, takže při zhoršení zdravotního stavu není volána zdravotnická služba a klient umírá v zařízení.

Oceňuji, že se zařízení snaží klientům zajistit vhodnou péči v závěru jejich života. Doporučuji v tomto ohledu zařízení, aby zvažilo vytvoření **plánů paliativní péče**, které zajistí její systematické a kontinuální plánování. Péči nastavenou v plánu pak realizuje multiprofesní tým, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník; členy však může být případně i fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista.⁵⁴

51 Viz ustanovení §5 odst. 2 písm. h) zákona o zdravotních službách.

52 Viz Standardy paliativní péče. Česká společnost paliativní medicíny. Ministerstvo zdravotnictví, 2013, str. 5. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf.

53 Tamtéž, str. 6.

54 Tamtéž, str. 9.



Personální zabezpečení

15. Výměna informací mezi pracovníky

Výměna informací mezi pracovníky je klíčovým prvkem pro efektivní poskytování služby. Systém výměny a sdílení informací by tedy měl být nastaven tak, aby neumožňoval špatné porozumění informacím či ztrátu potřebných faktů o klientech a podpoře, která jim má poskytnuta.⁵⁵ Zároveň by měly být v co největší míře chráněny osobní informace o klientech s ohledem na předcházení jejich zneužití.

Jak zmiňuji již v kapitole Zdravotní péče, jednotliví zdravotničtí pracovníci mají mezi sebou rozděleny oblasti ošetrovatelské péče, které má daný pracovník výlučně na starosti (nutrice, bolest, pády, umírání a paliativní péče, mikční režim atd.). Ve vztahu k tomuto systému mám výhrady zejména vůči nastavenému způsobu předávání informací. Dle poznatků z návštěvy nedochází k systematickému předávání informací mezi pracovníky, kteří mají jednotlivé oblasti na starosti. Informace si personál předává většinou ústně, dokumentace je často vedena odděleně (viz např. dokumentace k oblasti řešení bolesti) a personál, který ji nemá na starosti, do ní nenahlíží. Jednotlivé oblasti se přitom navzájem překrývají (např. paliativní péče a řešení bolesti, nebo nutriční a paliativní péče atd.), a nelze logicky zajistit, aby jediný pracovník, který má danou oblast na starosti, byl neustále přítomen na pracovišti.

Co se týče výměny informací mezi zdravotnickým personálem a pracovníky v přímé péči, tak se každý den odpoledne koná porada veškerého sloužícího personálu, která slouží k předání nejdůležitějších informací (informace provozního charakteru atd.). Pracovníci si rovněž předávají informace o průběhu dne při předávání služby (ranní a večerní služba), zvláště si však informace předávají pracovníci v přímé péči a zdravotnický personál.

Jak ostatně uvádím v předcházející kapitole, tak v souladu se základními zásadami poskytování sociálních služeb (tj. poskytování služby dle individuálních potřeb klienta) je nutné, aby personál (a to včetně pracovníků v přímé péči) měl informace o všech potřebách, které souvisejí se zdravotním stavem klienta.⁵⁶ Rovněž upozorňuji, že ve zdravotnické dokumentaci musejí být zaznamenány informace o zdravotním stavu klienta a o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb.⁵⁷ Pokud si zdravotničtí pracovníci předávají tyto informace v jiných nosičích (např. kniha hlášení), musí být informace o klientovi zapsány současně také do jeho individuální ošetrovatelské dokumentace. V opačném případě hrozí, že důležité informace o jednotlivých klientech nebude možno flexibilně v případě potřeby dohledat, a dokumentace tak nebude plnit svůj

55 Standard kvality sociálních služeb č. 10 e).

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

57 Zdravotnická dokumentace je souborem informací v rozsahu stanoveném zákonem, které se vztahují ke klientovi, o němž je vedena. Dokumentace tedy musí poskytovat v souladu ucelený přehled o klientovi [viz ustanovení § 53 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách].



účel. Současně nastavený systém tak neposkytuje dostatečné záruky zachování kontinuity poskytované péče a naopak zvyšuje riziko chybovosti a nepředání důležitých informací.

Ve vztahu k nastavenému systému kompetencí rovněž vyplynulo, že zdravotničtí pracovníci si danou oblast nevybrali, nýbrž jim byla přidělena s tím, že jsou v této oblasti proškolení a absolvují specializované kurzy. Oslovení pracovníci však proškolení v přidělené specializaci nepotvrdili, naopak měli obtíže popsat, co přesně je náplní práce jednotlivých pracovníků.

Opatření:

- 24) Zajistit dostatečný způsob předávání informací mezi jednotlivými pracovníky, tak aby byla zachována kontinuita péče (bezodkladně).**
- 25) Zajišťovat dostatečné proškolení pracovníků v oblastech poskytované péče (průběžně).**



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• Umožnit klientům, u nichž personál nevyhodnotí pohyb mimo areál zařízení jako nepřiměřené riziko, tyto prostory volně opouštět (opatření č. 7). • Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména u klientů, kteří mají omezeny komunikační schopnosti (opatření č. 21). • Zajistit dostatečný způsob předávání informací mezi jednotlivými pracovníky, tak aby byla zachována kontinuita péče (opatření č. 24).
Do 1 měsíce	• Zajistit dostatečné oddělení prostor domova od prostor provozoven jiných společností (opatření č. 1). • Nastavit a dodržovat pravidla v oblasti výměny a péče o permanentní močový katetr; edukovat v této oblasti personál (opatření č. 15).
Do 3 měsíců	• Uzpůsobit prostředí potřebám lidí s demencí, kteří mohou mít problém s orientací (opatření č. 2).
Průběžně	• Upouštět od využívání více než dvoulůžkových pokojů (opatření č. 3). • Upouštět od využívání průchozích pokojů (opatření č. 4). • Podporovat klienty ve využívání již funkčních prostor (opatření č. 5). • Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit individuální režim pobytu venku (opatření č. 6). • V oblasti pádů vést jednotnou dokumentaci (opatření č. 8). • Důsledně sledovat a hodnotit váhu klientů a správně pracovat s validními nutričními testy (opatření č. 9). • Pokračovat v navázané spolupráci s nutričním specialistou (opatření č. 10). • Pořizovat objektivizované záznamy o příjmu tekutin; záznamy pravidelně vyhodnocovat a adekvátně na ně reagovat (opatření č. 11). • Realizovat činnosti nastavené v nutričních plánech klientů (opatření č. 12). • Zajistit pro pomoc se stravováním dostatek času a personálu (opatření č. 13). • Stanovit klientům mikční režim, vést důsledné záznamy o péči poskytované v této oblasti v dokumentaci klientů (opatření č. 14). • Důsledně vést záznamy o poskytované péči, včetně výměn permanentního močového katetru, sběrného sáčku na moč a péči o permanentní močový katetr (opatření č. 16). • Zajišťovat klientům v oblasti hygieny dopomoc v potřebném rozsahu (opatření č. 17).



- Systematicky zavádět do praxe téma sexuality a intimity klientů (opatření č. 18).
- Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby (opatření č. 19).
- Zabránit míchání léků při jejich drcení (opatření č. 20).
- Léčivé přípravky podávat v souladu s ordinací lékaře (opatření č. 22).
- Dbát na správnost záznamů o podávaných léčivech (opatření č. 23).
- Zajišťovat dostatečné proškolení pracovníků v oblastech poskytované péče (opatření č. 25).