



## Sanatorium Lotos

---

### Zpráva z návštěvy zařízení

|                      |   |
|----------------------|---|
| Adresa zařízení:     | Ostředek 1, 257 24 Chocerady  |
| Zřizovatel:          | Sanatorium Lotos, s. r. o., jednatel MUDr. Alexandr Kučera                                  |
| Vedoucí:             | Mgr. Alena Dvořáková, DiS.  |
| Typ zařízení:        | Domov se zvláštním režimem  |
| Kapacita:            | 70  |
| Datum návštěvy:      | 11. – 12. dubna 2016  |
| Datum vydání zprávy: | 13. května 2016   |
| Návštěvu provedly:   | Mgr. Katarína Haukvitzová, Pavla Hýblová, Mgr. et Mgr. Romana Jakešová, Mgr. Marie Lukasová |

**Obsah**

|  |    |
|--|----|
| Úvodní informace   | 4  |
| 1. Systematická návštěva a její cíl                              | 4  |
| 2. Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení                        | 4  |
| 3. Doporučení a navržená opatření k nápravě                      | 5  |
| 4. Pojetí zprávy z návštěvy Sanatoria Lotos                      | 6  |
| 5. Právní úprava poskytování péče v zařízeních sociálních služeb | 7  |
| 6. Informace o domově  | 8  |
| 7. Průběh návštěvy   | 9  |
| Shrnutí zjištění z návštěvy                                      | 10 |
| Prostředí a vybavení   | 12 |
| 1. Vnitřní prostředí Sanatoria                                   | 12 |
| 2. Venkovní prostředí  | 15 |
| Důstojnost a soukromí  | 16 |
| 3. Pokoj jako bezpečný prostor klienta                           | 16 |
| 4. Soukromí v intimních situacích                                | 17 |
| Volnost pohybu, zajištění bezpečí                                | 19 |
| 5. Možnost opustit zařízení                                      | 19 |
| 6. Pohyb v rámci zařízení  | 19 |
| 7. Signalizace   | 21 |
| 8. Evakuace  | 21 |
| Klient jako jedinečná lidská bytost                              | 22 |
| 9. Individuální přístup  | 22 |
| 10. Specifické potřeby plynoucí ze syndromu demence              | 26 |
| 11. Přístupnost a ohleduplnost                                   | 30 |
| 12. Klient a jeho blízcí   | 31 |
| 13. Stížnosti  | 32 |
| Zdravotní potřeby klientů  | 33 |
| 14. Zajištění ošetrovatelské péče                                | 33 |
| 15. Zajištění lékařské péče                                      | 35 |

|                                   |  |    |
|-----------------------------------|--|----|
| 16.                               | Nakládání s léky   | 36 |
| 17.                               | Jednotlivá témata  | 37 |
| Strava a prevence podvýživy       |  | 44 |
| 18.                               | Strava a její podávání   | 44 |
| 19.                               | Prevence podvýživy   | 47 |
| Úhrada za služby                  |  | 49 |
| 20.                               | Faktulativní činnosti  | 49 |
| 21.                               | Úhrada za poskytovanou službu  | 51 |
| 22.                               | Vyúčtování   | 54 |
| Personál                          |  | 56 |
| 23.                               | Personální zajištění   | 56 |
| 24.                               | Pracovní podmínky  | 57 |
| Systematická návštěva v roce 2008 |  | 58 |
| Závěr                             |  | 60 |
| 25.                               | Doporučení, ke kterým požaduji přesvědčivé a podložené vyjádření do 30 dnů | 60 |
| 26.                               | Ostatní doporučení   | 61 |
| 27.                               | Špatné zacházení   | 61 |
| 28.                               | Domov se zvláštním režimem není „sanatorium“                               | 62 |
| Přehled opatření a doporučení     |  | 65 |

# Úvodní informace

---

## 1. Systematická návštěva a její cíl

Na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, provádím systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Důvodem omezení na svobodě je rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo závislost osoby na poskytované péči. Zařízení sociálních služeb představují zařízení ve smyslu § 1 odst. 4 písm. c) zákona o veřejném ochránci práv.

Cílem systematických návštěv je posílit ochranu osob omezených na svobodě před všemi formami tzv. špatného zacházení. 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 zanedbání či poškození zdraví pacienta, přehlížení bolesti, nerespektování práva na soukromí, omezování práva na volný pohyb, nebo nezajištění bezpečí.

Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv.<sup>1</sup> Pracovníky jsou právníci a experti, především z oblasti ošetrovatelství. Šetření spočívá v prohlídce zařízení, pozorování personálu při práci, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a klienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.<sup>2</sup>

Systematické návštěvy nenahrazují kontrolu podle jiných právních předpisů. Tvoří nadstavbový mechanismus ochrany práv osob závislých na péči (či jinak omezených na svobodě). Jsou zaměřeny na dodržování základních lidských práv a svobod, nejen na dodržování zákonných nároků klientů služeb. Jejich charakter (monitoring) je preventivní, s cílem působit do budoucna, a pokud možno i vůči nenavštíveným zařízením.

## 2. Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení<sup>3</sup>

Po návštěvě zařízení vypracuji zprávu o svých zjištěních. Součástí zprávy mohou být doporučení nebo návrhy opatření k nápravě. Zprávu zašlu zařízení a vyzvu je, aby se k mým zjištěním

---

<sup>1</sup> V souladu s § 25 odst. 6 zákona o veřejném ochránci práv.

<sup>2</sup> V souladu s § 21 ve spojení s § 15 zákona o veřejném ochránci práv a § 65 odst. 2 písm. m) zákona o zdravotních službách.

<sup>3</sup> Vysvětlují postup, který plyne z § 21a odst. 3 a 4 zákona o veřejném ochránci práv.

a doporučením vyjádřilo. K vyjádření stanovím lhůtu. Případně o vyjádření požádám i zřizovatele zařízení, nebo příslušné úřady.

Ve zprávě předkládám svá zjištění, hodnocení, komentáře, doporučení a návrhy opatření k nápravě. Kde je to možné, navrhuji k doporučení či návrhu opatření také termín realizace. Zařízení vyzývám a povzbuzuji k otevřenému a odůvodněnému vyjádření, které se může týkat jak učiněných zjištění, tak navržených opatření, nebo termínů pro jejich naplnění. Jsem připravena se předloženými argumenty zabývat.

Shledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující je pak vysvětlení zjištěných pochybení, nebo doložení či hodnověrného příslibu navržených opatření k nápravě.

Neshledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným, vyrozumím nadřízený úřad (případně vládu, není-li nadřízeného úřadu). Dále mohu o svých zjištěních informovat veřejnost.<sup>4</sup> Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

### 3. Doporučení a navržená opatření k nápravě

Doporučení a navržená opatření k nápravě jsou zpravidla různá svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Při jejich formulaci navrhuji také termín realizace, přičemž očekávám, že zařízení jej buď respektuje, anebo odůvodněně navrhne termín jiný.

Doporučení a opatření dělím na bezodkladná, s delší lhůtou a průběžná a pro snazší orientaci poskytuji v závěru zprávy jejich přehled.

- **Bezodkladná opatření** je třeba provést okamžitě. Je-li jejich realizace náročná, je třeba je provést v nejkratší možné době. Jako bezodkladná předkládám opatření, která považuji za naléhavá a přikládám jim velkou důležitost, anebo je považuji za objektivně snadno realizovatelná. Očekávám, že zařízení ve vyjádření ke zprávě (1) sdělí, že navržené opatření realizovalo, nebo (2) sdělí, v jakém konkrétním termínu navržené opatření realizuje, nebo (3) navrhne jeho alternativu s konkrétním termínem naplnění.
- **Opatření s delší lhůtou** je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho, tří, šesti měsíců, jednoho roku. Na realizaci opatření trvám, ale uznávám, že si vyžádá delší čas. Očekávám, že mi zařízení ve vyjádření ke zprávě (1) sdělí, že opatření realizuje v navržené lhůtě, nebo (2) sdělí, v jakém jiném konkrétním termínu opatření realizuje, nebo (3) navrhne jeho alternativu s konkrétním termínem naplnění.

---

<sup>4</sup> Tzv. sankční opatření, u kterých se postupuje obdobně podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

- **Doporučení s průběžným plněním** formulují tam, kde je třeba zavést do praxe určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že se tak stane bezodkladně a bude dbáno na uplatňování do budoucna. Očekávám, že mi zařízení ve vyjádření ke zprávě (1) sdělí, že doporučení bylo realizováno a jak, nebo (2) kdy a jak se tak stane, nebo (3) navrhne jeho alternativu.

## 4. Pojetí zprávy z návštěvy Sanatoria Lotos

Obecně vždy vítám, když je zpráva z provedené návštěvy podkladem pro konstruktivní dialog s navštíveným zařízením. Základním účelem zprávy však vždy je, v souladu se zákonem, prevence špatného zacházení, čemuž odpovídá také zaměření a způsob vedení návštěvy. Těžištěm zprávy tedy musí být popis učiněných zjištění a související hodnocení v bodech, které jsou kritické z hlediska rizika špatného zacházení. Negativní vyznění nemá znevážit náročnou práci personálu.

Do zpráv nezařazuji rozsáhlé pasáže s výkladem o právu poskytování sociálních služeb, standardech, specifikách poskytování péče seniorům obecně a lidem trpícím syndromem demence zvláště. Existuje dostatek podkladů a vzdělávacích programů. O zacházení se seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb z pohledu prevence špatného zacházení obšírně pojednává Zpráva ze systematických návštěv domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.<sup>5</sup> Na více místech této zprávy se na ni jen odkazují (dále jen Souhrnná zpráva 2015). Ve snaze o přesvědčivost hodnocení však místy odkazují na právní předpisy, případně na zdroje standardů péče, které považují za významné a vhodné k použití.

Mým úkolem je především formulovat cíle, kterých má být dosaženo k prevenci špatného zacházení, a opatření k nápravě navrhopvat. Konkrétní způsob jejich naplnění je odpovědností zařízení.

**Výsledkem uplatnění těchto principů na Sanatorium Lotos vznikl nezvykle dlouhý text. Zařízení bylo předmětem systematické návštěvy už v roce 2008, přičemž vesměs nerealizovalo doporučení ochránce. Proto bohužel nepředpokládám citlivost vedení pro otázky důstojnosti a prevence špatného zacházení a musím pojednat o všech zjištěních.**

Zpráva v neanonymizované podobě, určené pro subjekt stanovený zákonem o veřejném ochránci práv, může obsahovat osobní a citlivé údaje. Nenesu zodpovědnost za jejich případné zneužití neoprávněným šířením.

---

<sup>5</sup> Dálkově je dostupná na <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/>.

## 5. Právní úprava poskytování péče v zařízeních sociálních služeb

Základní lidská práva a svobody klientů jsou garantovány v Listině základních práv a svobod, a také v řadě mezinárodních úmluv, které jsou pro Českou republiku právně závazné a mají aplikační přednost před zákonem. Jde například o Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod<sup>6</sup> a Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením.<sup>7</sup>

Základní zákonný rámec upravující práva a povinnosti klientů, poskytovatele a personálu sociálních a zdravotních služeb představují následující předpisy:

- zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník,
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o sociálních službách),
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zdravotních službách),
- vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (dále jen vyhláška č. 55/2011 Sb.),
- vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška o zdravotnické dokumentaci),
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Při posuzování zacházení s pacienty vycházím rovněž z doporučení a standardů mezinárodních organizací, které nejsou formálně právně závazné, jsou však všeobecně přijímané a představují minimální standard ochrany základních práv a svobod pacientů. Jedná se například o Doporučení Alzheimer Europe o použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí. Zohledňuji i doporučení vnitrostátních odborných společností, například Strategii P-PA-IA České alzheimerovské společnosti.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Sdělení č. 209/1992 Sb.

<sup>7</sup> Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, č. 10/2010 Sb. m. s.

<sup>8</sup> ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence [on-line]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Revidovaná verze 2013 [cit. 22. dubna 2016]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>.

## 6. Informace o domově

Sanatorium Lotos (dále jen Sanatorium, domov či zařízení) je domov se zvláštním režimem, tedy sociální služba podle § 50 zákona o sociálních službách. Zřizovatelem je Sanatorium Lotos, s. r. o.

Domov sídlí v malé obci na Benešovsku, je v nájmu v rekonstruované budově zámku. Kapacita je dle Registru poskytovatelů sociálních služeb (dále jen Registr) 70 lůžek, fakticky je to 69 lůžek.<sup>9</sup> V době návštěvy bylo 54 obsazených. Kapacita je rozdělena do tří podlaží. Pokoje mají 2, 3 nebo 4 lůžka.

Dle informačního letáku je Sanatorium zařízení „pro duševně nemocné se zaměřením na gerontopsychiatrii“; poskytuje „komplexní péči na profesionální úrovni všem seniorům, zejména s různými typy duševních poruch, Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí“. Na internetových stránkách<sup>10</sup> se zařízení prezentuje jako zdravotně-sociální.

Zaregistrovanou cílovou skupinou jsou osoby s chronickým duševním postižením, osoby se zdravotním postižením a senioři. Vzhledem k tomuto vymezení spadají do cílové skupiny vedle seniorů i dospělí od 27 let.

Skladbu klientů v době návštěvy charakterizovala staniční sestra tak, že většina jsou lidé s 2. a 3. stupněm demence. Náročnost práce personálu tomu odpovídala. Pouze jeden klient má jinou duševní nemoc, jiný roztroušenou sklerózu a jeden mentální postižení. V loňském roce zemřelo 36 klientů, dva ukončili pobyt jinak. Řada klientů má ustanoveného opatrovníka.

Zařízení řídí vedoucí Mgr. Alena Dvořáková, DiS., titulovaná také jako „vrchní sestra“. Tým pracovníků poskytujících přímou péči fakticky řídí „staniční sestra“, která v době nepřítomnosti vedoucí Dvořákovou do jisté míry zastupuje.

Sanatorium poskytuje také ošetrovatelskou péči, přičemž některé úkony vykazuje k proplacení zdravotním pojišťovnám.

Společnost Sanatorium Lotos, s. r. o., poskytuje dle Registru také denní stacionář pro seniory s demencí v Praze, který vede přímo jednatel a majitel MUDr. Alexandr Kučera. Informační leták Sanatoria odkazuje také na Sanatorium Topas, „sítí zařízení pro seniory s různými typy organických duševních poruch, Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí“, která má téhož majitele a jednu z provozoven ve Škvorci. Pracovníci Sanatoria Lotos nejednou zmínili, že „jsou pobočka“. Sociální pracovník nebo účetní pracuje ve Škvorci, smlouva o dodávání stravy, či aktuální vyúčtování mají být rovněž tam.

---

<sup>9</sup> Respektive 68, neboť jedno lůžko se využívalo mimo režim sociální služby.

<sup>10</sup> <http://www.sanatorium-lotos.cz/>, navštíveno 22. dubna 2016.



## 7. Průběh návštěvy

Systematická návštěva proběhla ve dnech 11. – 12. dubna 2016. Šlo o nové šetření, byť zařízení bylo předmětem návštěvy už v roce 2008; závěry z ní uvádím níže, protože obsahově souvisí.

Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení. Vedoucí byla informována při jejím zahájení. Součástí návštěvy bylo noční šetření první den a brzké ranní šetření druhý den.

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen Kancelář), Mgr. Katarína Haukvitzová, Mgr. et Mgr. Romana Jakešová a Mgr. Marie Lukasová a externí expertka Pavla Hýblová, lektorka v oblasti sociální a zdravotní péče.

Zařízení poskytlo veškerou výslovně požadovanou součinnost. Šetření sestávalo z prohlídky zařízení, pozorování personálu při práci, rozhovorů s pracovníky (řada krátkých doptávání v průběhu činností i několik samostatných rozhovorů), rozhovorů s klienty (krátké interakce i několik samostatných rozhovorů), studia vnitřních předpisů, pracovních pomůcek, výkazů i dokumentace vedené o klientech, včetně zdravotnické. Součástí mého spisu je také fotodokumentace, o kterou se opírá řada závěrů.

Problematická byla součinnost, co se týká věrohodnosti poskytnutých informací. Několikrát v průběhu šetření tázané osoby změnilly své původní tvrzení pod tíhou dalších otázek a důkazů, takže se ukázalo, že poprvé byla sdělena nepravda. Anebo je nepravdivost poskytnutých odpovědí nebo dokumentů zřejmá z jiných důkazů.

V závěru návštěvy byl vedoucí a staniční sestře předložen protokol o závažných zjištěních, u nichž pracovníci Kanceláře považovali za potřebné zjednat bezprostředně nápravu. Vedoucí jej bez připomínek akceptovala. Protokol se týkal podávání a chystání léků, volného přístupu k lékům s tlumícím účinkem, péče o rány dvou klientů a zamykání jednoho klienta v pokoji.

# Shrnutí zjištění z návštěvy

---

Systematickou návštěvou Sanatoria Lotos jsem zjistila špatné zacházení, které podle mého názoru může dosahovat ponižujícího zacházení. Spočívá v zásazích do důstojnosti a integrity konkrétních klientů (zamykání v pokoji, nedbalé a bolestivé ošetřování, plošná aktivizace) a v souhrnu důsledků neodborné, rizikové a ponižující péče a režimu, kterým jsou vystaveni všichni, z toho někteří klienti po dobu let.

O svých zjištěních jsem vypracovala velmi podrobnou zprávu, kde dokládám tato tvrzení:

- Zařízení názvem i některými projevy vzbuzuje navenek dojem zdravotnického zařízení s komplexní péčí. Ve skutečnosti však nemá dostatek sester pro zajištění ošetrovatelské péče, kterou jeho klienti – křehcí senioři – nutně potřebují. Část zdravotní péče tak poskytují pracovníci v sociálních službách. V dokumentaci je to zastíráno záznamy, které podepsaly osoby, které v zařízení nepracují.
- Některé ošetrovatelské úkony Sanatorium přesto předkládá k proplacení zdravotním pojišťovně. Závažnější je však riziko špatného zacházení, když s léky běžně nakládá nezdravotnický personál a řada ošetrovatelských problémů se neřeší.
- Ošetrovatelská péče není poskytována řádně a není vedena povinná dokumentace. Dokládám konkrétní případy neřešené bolesti a nevhodného způsobu ošetřování ran, což přineslo klientům zbytečné utrpení a zhoršení zdravotního stavu.
- Sanatorium je zařízeno vkusně a vlídně. Není ale vytvořen bezpečný prostor pro péči o osoby s demencí, takže většina klientů se nemůže samostatně pohybovat ani uvnitř, ani venku.
- Omezení volnosti pohybu bylo v zařízení zjištěno jednak jako důsledek podmínek a jednak jako úmyslný čin. Jedna klientka s obtěžujícím chováním byla v době návštěvy ve dne uzamčena ve svém pokoji. Několik klientů je (na své přání) na noc uzamčeno v pokoji, aniž by si mohli sami odemknout, nebo přivolat personál.
- Zařízení chybí odbornost a přizpůsobení lidem s demencí, na které se přitom orientuje. Klienti nemají vhodný prostor pro trávení dne, ani režim. V péči se prakticky neuplatňuje individuální přístup, není respektováno tempo člověka, režim je uniformní, hromadnou aktivizaci musí snášet všichni, i klienti velmi nemocní, není nastaven režim vyprazdňování a mikce. Namísto náležité péče na základě odborného a individuálního posouzení nastupují intuitivní a svévolná opatření. Personál nezná specifika komunikace s cílovou skupinou.
- Personál rovněž neumí pracovat s problematickým chováním, které je ovšem pro demenci typické. Nehledá jeho příčiny a nerestriktivní řešení. Lékaři na základě informací od personálu

ordinují léky na uklidnění a na spaní. Řada klientů je má předepsané pravidelně, téměř každý má předpis pro nepravidelné podání v případě potřeby. Léky běžně podávají pracovníci v sociálních službách a není sledován a dokumentován jejich efekt. Personál projevoval zdrženlivost, pokud jde o použití léků s tlumícím účinkem, ale podmínky v zařízení umožňují jejich snadné a nepozorovatelné zneužití. V zařízení jich je velká zásoba a nejsou přiřazeny jednotlivým klientům. Rozpis léků, se kterým personál pracuje, obsahuje řadu nepřesností.

- Nejsou vytvořeny podmínky pro respektování soukromí člověka. Intimní úkony se běžně odvíjejí před zraky jiných. Občanské průkazy jsou uloženy na místě, které je dostupné i nepovolanému personálu a přístup k nim není omezen.
- Část jídla se mixuje, přičemž množství takto upravovaného jídla se odhaduje. Velikost a složení vydávaných porcí je výsledek laického uvážení personálu. Řada klientů hubne.
- Ve smlouvách o poskytnutí sociální služby nechává Sanatorium klienty zavázat se k plnění, které nezohledňuje 15% zůstatek z jejich příjmu a někdy i jejich příjem přesahuje. Sanatorium nebylo schopno prokázat, zda se fakticky 15 % příjmu klientům ponechává. Řada důkazů nasvědčuje tomu, že nikoli.
- U klientů z tří a dvoulůžkových pokojů přesahuje denní úhrada vyhláskové maximum za ubytování a stravu; zahrnuje údajně také platbu za fakultativní činnosti, které ale nejsou řádně vyúčtované. Předem se předpokládá odběr fakultativních služeb a mísí se dvě platby dohromady.
- Některé úkony jsou vedeny jako fakultativní služby v rozporu se zákonem.
- Pečovatelský personál nemá podporu a vedení a řeší problémy sám a neodborně. Pro individualizovaný přístup nemá podmínky. Pracovníci namnoze klienty dobře znali a chovali se přátelsky.

Pracovníci Kanceláře na místě navrhli okamžité řešení některých problémů.

Na základě celkového zhodnocení stavu doporučuji 62 opatření k nápravě. Naplnění tolika doporučení představuje velký objem práce a také dlouhý čas. Pro zajištění účinné ochrany stávajících klientů před špatným zacházením je nezbytné, aby některé kroky Sanatorium učinilo ihned. Týká se to 20 doporučení, která v závěru vyjmenovávám. V souladu se zákonem o veřejném ochránci práv očekávám do 30 dnů vyjádření, které vyhodnotím podle jeho přesvědčivosti a adekvátnosti učiněných kroků.

# Prostředí a vybavení

## 1. Vnitřní prostředí Sanatoria

Klientům slouží tři podlaží – přízemí a dvě patra. V rámci chodeb je jedno větší posezení a v přízemí je jídelna personálu. Klienti tráví společně čas ve společenské místnosti v přízemí a ve velkém sále v prvním patře, které zároveň slouží jako jídelny. Pokoje jsou ve všech třech podlažích, přičemž ubytování konkrétního klienta vychází z toho, jaké místo se uvolnilo (podlaží nejsou specializovaná). Některé pokoje jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením (někde sdílí koupelnu dva pokoje), obyvatelé zbývajících pokojů využívají společná sociální zařízení přístupná z chodby.

Kromě provozního zázemí a skladů jsou v zařízení kancelář vedoucí a pracovna pečujícího personálu, označovaná jako sesterna. V budově zámku je kaple; jeden klient je v neděli dovážen na bohoslužbu.

Vnitřní prostředí je vkusné, ale místy ošuntělé (narušené linoleum, otlučené rohy), či nepřizpůsobené (nízká sedačka). Místy nejsou v oknech kliky, nebo jsou okna opatřena visacím zámekem, ale větrání bylo možné.

### 1.1 Z interiéru Sanatoria plyne nebezpečí pádu

Na chodbě 3. podlaží je poměrně šero. Madla k zajištění bezpečnosti pohybu (a nácviku chůze) jsou na mnoha kritických místech, ale ne všude: chybí v jedné koupelně a na více místech na chodbách; na jednom místě bylo madlo téměř vytrženo ze zdi. Na chodbách jsou v průběhu dne ponechávány kompenzační pomůcky (vozíky) a pomůcky personálu (vozík na prádlo), což představuje riziko pro člověka s omezenou hybností. Některé kusy nábytku jsou na kolečkách, která nelze zajistit.



Obrázek č. 1 a 2: Chodba v přízemí se zaparkovanými vozíky a zástěnou; stolky na kolečkách

K pokoji č. 27, který je stranou od ostatních, je možný dvojitý přístup – přes jídelnu personálu a pak nebezpečnou „zkratkou“ přes kout s uskladněnými věcmi.



Obrázek č. 3 a 4: Cesta do pokoje 27, kterou používají klienti

Po celou dobu návštěvy v zařízení značně lepila podlaha a z rozhovorů s personálem plyne, že je to normální; někdo spekuloval, že je to dáno způsobem práce s úklidovými a desinfekčními prostředky.

V noci je na chodbě ve 2. patře tma (údajně jeden klient zhasíná). To je velmi nebezpečné. Klienti nemají žádnou signalizaci a pracovní personál je v 1. patře. Řešením mohou být světla s čidly na pohyb v kombinaci s trvalým nočním osvětlením.

## 1.2 Zařízení je bezbariérové pouze částečně

V Sanatoriu, kde je značný počet osob odkázaných při pohybu na vozík, je snaha o bezbariérovost. Nicméně pouze některé prostory jsou pro vozíčkáře přístupné bez pomoci. Chodby jsou členité a místy úzké, s úrovněmi schody. Dveře mají standardní pokojovou šířku.



Obrázek č. 5 a 6: Úrovně nerovnost na chodbě v 2. patře; narušené povrchy ve velkém sále

### 1.3 Orientace člověka s demencí není dostatečně podpořena

Specifickým problémem syndromu demence je narušení či ztráta orientace v realitě.<sup>11</sup> Sanatorium pracuje s některými osvědčenými prvky: barva výmalby a podlahy, výzdoba interiéru, označení dveří, fotografie klientů u dveří jejich pokoje. Celkově však tato opatření nejsou dostatečná: cedulky u dveří jsou relativně malé a pro některé klienty zcela chyběly, použité symboly se opakují, z dálky jsou dveře do pokojů nerozlišitelné a s fotografiemi se navíc nepracuje důsledně; některé důležité dveře nebyly označeny vůbec (sál v 1. podlaží) nebo jen nápisem; žádná směrovka na klikaté chodbě nenavede do společenské místnosti, k výtahu či na toaletu.



Obrázek č. 7 a 8: Správně označená společná koupelna; pokoj a sál bez podpory orientace

### 1.4 Člověk s demencí nemá bezpečný prostor, kde by se mohl pohybovat

Zdá se, že samostatná orientace ani není žádoucí, neboť personál má snáze klienty pod kontrolou, když je stále všude rozváží a „navádí“. Dispozice a členění prostor Sanatoria jsou takové, že dezorientovaný člověk (s demencí) ani nemůže být ponechán bez bezprostřední kontroly: 2. patro je nepřehledné, s úzkými chodbami a bez místnosti využívané k řízeným denním aktivitám; 1. patro je rovněž členité a má nezabezpečené hlavní schodiště; osou přízemí je chodba využívaná i technickým provozem. Správné je vytvořit bezpečné prostředí, ze kterého člověk s demencí nemá potřebu odcházet, kde jsou nablízku a bez překážek pokoj, obývací prostory, jídelna i sociální zařízení.

### 1.5 Pokoje jsou převážně vlídné, ale existují výjimky

Míra individualizace pokojů se různí. Převážně jsou vlídné: barevně vymalované, s obložením zdi u lůžka, s obrazy, poličkami, záclonami, dekorací. Místy mají klienti na očích a v dosahu osobní předměty a fotografie. Vybavení pokojů se různí. Stůl a židle jsou jen v některých. Někteří klienti mají

---

<sup>11</sup> Pro informaci o potřebných opatřeních odkazují na Souhrnnou zprávu 2015, str. 16 a násl.

polohovatelná (nemocniční) lůžka, jiní běžné postele. Skříně jsou uzamykatelné všechny, noční stolky jen některé. U řady lůžek není lampička, a když je, ne vždy funguje.

Pokoj jedné klientky je doslova vybydlený – opatřený základním nábytkem (poškozeným) a okno je zamřížované. Jde o klientku s obtěžujícím chováním, u které bylo zjištěno zamykání přes den.

## 1.6 V zařízení byla cítit moč a místy byl nepořádek

Čichový vjem je do značné míry subjektivní, nicméně všechny pracovnice Kanceláře cítily v zařízení pach moči. Pozorovaný nepořádek: v pokoji klienta, kde právě pracuje personál, je ponechána močová lahev na nočním stolku hned vedle hrnku a Nutridrinku; špinavé polohovací pomůcky a kolečková křesla; v sále ve 2. podlaží je špína v ledničce a na nábytku. Místy je porušená podlaha a povrch nábytku, takže není možné zcela uklidit, nebo dezinfikovat.

## 1.7 Doporučuji

- 1) odstranit prvky rizika pádu z interiéru, opravit a doplnit madla (do 6 měsíců),**
- 2) pořídit do interiéru dostatečné orientační prvky (do 6 měsíců),**
- 3) provádět důkladně úklid a dbát, aby podlaha nelepila (průběžně).**

## 2. Venkovní prostředí

### 2.1 Venkovní prostředí je pro samostatný pohyb klientů nebezpečné

Zařízení v informačním letáku nabízí „rozsáhlou zahradu s parkovou úpravou“. Zahrada je skutečně velká a mohla by se stát pěkným parkem, nyní je však zanedbaná a pro samostatný pohyb klientů nebezpečná. Personál rozložil venku křesla a lavičky, ale posezení není možné využívat bez dozoru. Venkovní povrch je nerovný, volně jsou ponechány zbytky stavebního materiálu. Bezprostředně sousedí provoz prádelny, s velkou dírou vedoucí do technického prostoru. Oplocení areálu je pouze částečné a brána je dokořán.

Popsaný stav je politováníhodný, protože lidé trpící demencí v pokročilém stadiu nemohou být ponecháni, aby sami opustili bezpečný prostor. Nyní jsou klienti odkázáni na individuální doprovody, a tedy na dobrou vůli a volný čas pracovníků, nebo návštěv. Přitom pobyt na vzduchu působí terapeuticky a aktivizačně a přístup ven by měl být součástí bezpečného prostoru vytvořeného pro péči o osoby s demencí. Společenská místnost v přízemí má výstup na venkovní schody do parku, ale není přizpůsoben osobám s omezenou hybností, a tak jde jen o další nevyužitou příležitost.

# Důstojnost a soukromí

---

## 3. Pokoj jako bezpečný prostor klienta

### 3.1 Zařízení se snaží chránit vlastnictví klientů

V domácím řádu je uvedeno, že Sanatorium neručí za věci uživatelů; to však neodpovídá odpovědnosti podle občanského zákoníku. Základní opatření pro chránění majetku klientů je učiněno – pokoj a skříň klienta mohou být uzamčeny.

### 3.2 Soukromí klientů je velmi omezené

Zamykání pokojů, když jsou prázdné, se jeví být namístě, byť je to z hlediska poskytování péče velmi nepraktické (a v průběhu návštěvy to nebylo pozorováno). V době návštěvy se totiž domem samostatně pohybovala poštovní doručovatelka a je to běžné také pro návštěvy (návštěvní místnost není zřízena). Bohužel dispozice Sanatoria neumožňuje oddělit vnější a vnitřní část, aby soukromí klientů nebylo neustále všem k dispozici. Personál má centrální klíče a do pokojů klientů a do skříní se dostane téměř každý.

### 3.3 Klient většinou nemá přímý přístup ke svým věcem

Oficiálně mohou klíčem od pokojů a od skříně disponovat také klienti. V době návštěvy neměl klíč od pokojů žádný (jen pomocník personálu, který obývá jeden z pokojů), klíč od skříně mělo několik klientů. V první den návštěvy byla většina skříní zamčená (později už ne). Klienti mohou využívat i noční stolky (většinou neuzamykatelné), které byly namnoze prázdné.

Sanatorium jako by usilovalo o respektování práv klientů: dává k podpisu dokument o převzetí klíče (vstupní dveře, pokoj, skříň). Skutečností je ale plošné nevydávání klíčů a podpisy jsou čistě formální. Vedoucí pracovnice uvedla, že rozhodující pro to, kdo jaký klíč dostane, je výsledek testu kognitivních funkcí (MMSE). Bylo ale ověřeno, že to není pravda,<sup>12</sup> praxe je skutečně plošná.

Řada klientů se už o své věci nezajímá a mít klíč od své skříně již pro ně není důležité. Pro časně stadium demence to však neplatí (je i běžné, že postižený stále něco hledá a podezírá okolí z krádeží a ztrát a potřebuje mít své věci pod kontrolou). Zařízení musí být schopno individuálně reagovat

---

<sup>12</sup> klient s výsledkem 29 bodů (z 30, pásmo normálu) má pouze klíč od skříně; klient s výsledkem 11 (spodní hranice středně těžké kognitivní poruchy) dostal k podepsání protokol o předání vnitřních a vchodových klíčů a klíčů od skříně



na potřeby klientů. Řešení nespočívá ve výsledku testu, ani v plošném opatření, či v libovůli personálu. Klient má právo na soukromí i na přístup ke svým věcem a zařízení musí reagovat individuálně. Že klíč nemá nikdo krom dvou klientů, nasvědčuje tomu, že spíše je vše nastaveno k pohodlí personálu, opatrovníků a příbuzných.

#### **Doporučuji:**

- 4) zavést individuální vyhodnocování zájmu a schopnosti klienta používat klíč od pokoje a skříně (do 6 měsíců).**

### 3.4 Občanské průkazy všech jsou v úschově, ale nezabezpečené proti zneužití

Občanské průkazy klientů jsou uloženy v obálce ve zdravotnické dokumentaci. Několik výjimek tvoří případy, kdy má občanský průkaz opatrovník klienta. Obálky nejsou zalepené, nepořizuje se záznam o použití průkazu, zdravotnická dokumentace je v zamykatelných zásuvkách na sesterně, přičemž například v době nočního šetření byly v zámčích klíče. Sesterna je personálu běžně dostupná. Nelze zaručit, že občanské průkazy nebudou zneužity.

#### **Doporučuji:**

- 5) neodebírat občanské průkazy klientům plošně (průběžně),**
- 6) pro případ, že klient předá zařízení do úschovy své osobní doklady, zavést jejich uchování tak, že budou uloženy v samostatném uzamykatelném prostoru, bude stanoveno oprávnění k přístupu a zavedena evidence přístupů (do 3 měsíců).**

## 4. Soukromí v intimních situacích

### 4.1 Chybí zajištění soukromí v koupelně

V koupelnách chybí závěsy nebo jiné zastínění sprchy, takže kdo vstoupí, vidí vše. Žádná koupelna nemá mechanismus (zámek/zástrčku), který by umožnil zajistit zevnitř dveře. Toto vše se týká i koupelen společných a přístupných ze dvou pokojů. Jedno ze společných sociálních zařízení má zvenku na dveřích ceduli volno/obsazeno.

### 4.2 Při intimních úkonech je klient vystaven pohledům ostatních

V zařízení byly v době návštěvy po ruce dvě mobilní zástěny na chodbách. Nicméně pozorování a rozhovory ukázaly, že nejsou používány vždy. Považuji za nutné zajistit soukromí člověku, který používá toaletní křeslo, či je přebalován.

#### 4.3 Doporučuji

- 7) zajistit uzamykání koupelen a toalet mechanismem, který zároveň umožňuje otevření dveří zvenčí (do 6 měsíců),**
- 8) přijmout opatření k ochraně soukromí při provádění osobní hygieny a při používání toaletního křesla, např. používáním zástěn (do 6 měsíců).**

# Volnost pohybu, zajištění bezpečí

---

## 5. Možnost opustit zařízení

Vstupní dveře do Sanatoria jsou uzamčeny. Nikdo z klientů nemá klíč a zařízení tak má jejich pohyb pod kontrolou.

## 6. Pohyb v rámci zařízení

### 6.1 Výtah byl v době návštěvy odemčený, v noci však bývá vyřazen z provozu

Všechna tři podlaží propojuje výtah. Mezi přízemím a prvním patrem je otevřené schodiště. Do druhého patra se lze dostat pouze výtahem, protože schody jsou tam velmi strmé a vstup je na obou koncích zamezen zamčenou ohrádkou. Žádný klient nemá od branky klíč.

Výtah byl v době návštěvy volně k dispozici. Technicky je možné jej zamknout a personál má klíč. Že by se výtah zamykal, zjištěno nebylo. Dle slov personálu se ale v noci, po půlnoci, ponechávají dveře výtahu pootevřené, aby jej nebylo možné přivolat. Důvodem má být ochrana klientů.

#### Doporučuji:

- 9) buď zajistit, že používání výtahu nebude omezeno, nebo zřídit stanoviště noční služby také v přízemí a ve 2. patře (do 3 měsíců).**

### 6.2 Jednu klientku personál přes den zamykal v jejím pokoji

První den návštěvy po obědě byla jedna klientka uzamčena ve svém pokoji. Pokoj má poničené vybavení (vytrhané šuplíky), je bez sociálního zařízení, jen s toaletní židlí, vchází se do něj přes jiný pokoj a je dost „zastrčený“. Z doptávání u personálu i klientů jasně vyplynulo, že zamykání je běžné. Klientka má rušivé projevy – nahlas sprostě a negativisticky mluví, v noci buší na dveře, někteří klienti se jí bojí (údajně napadla jiného klienta). Když nebyla zamčená, byla aktivní, upravená, chodila po zařízení, sledovala personál, nadávala a komandovala. V době návštěvy neměla tendenci nikoho napadat, byla „naštvaná“ a znechucená. To je sice frustrující, ale bylo možné to slovně odklonit a zklidnit.

Zařízení, které se specializuje na klienty s demencí, a tedy i s poruchami chování, musí být schopno pracovat i s takovou klientkou bez omezování. V individuálním plánu není zmínka o poruchách chování – z počátku je poznámka o hanlivé mluvě, ale dle posledních záznamů je klientka

adaptovaná, společenská, ráda komunikuje s ostatními klienty a nehrozí žádná rizika. Nenalezneme ani záznam, který by podpořil tvrzení personálu, že pokoj klientky je vybydlený proto, že všechno zničí, nebo má snahu sníst.

Případ se jeví jako začarovaný kruh – žena je nespokojená, že je jí bráněno v pohybu, sleduje personál a nadává. Personál ji vnímá jako problematickou, na její projevy reaguje napomínáním a pak uplatňuje restriktce. Nelze tedy hovořit o promyšleném přístupu ke klientovi s problematickým chováním – věc je vyřešena zamčením.

Pokud má personál informaci o tom, že se této klientky bojí žena, jejímž pokojem se musí projít do pokoje zamčené, pak s ní nikterak nepracuje. Pokud tuto informaci nemá, je to nezáměr a neschopnost zjišťovat potřeby klientů a dále s nimi pracovat. Při volné kapacitě nelze pochopit, proč náročnou klientku neoddělit lépe od těch, kdo se jí bojí.

Vedení uvedlo, že o zamykání neví. Neví také o tom, že klientka je ubytována vedle ženy, která se jí bojí. Zdá se být typické, že pečovatelský personál nemá podporu a vedení a řeší problémy sám a neodborně.

Pracovníci Kanceláře na místě požádali vedení, aby se ustalo se zamykáním klientky. Popsaná praxe je naprosto nepřijatelná, a to jak ve vztahu k zamykané klientce, tak i ve vztahu k ostatním, kteří z ní mají strach.

#### **Doporučuji:**

**10) nikdy nezamykat klienta v pokoji (průběžně),**

**11) změnit ubytování klientky, která byla v době návštěvy zamykána, aby žádný klient nemusel žít ve strachu (bezodkladně).**

### 6.3 Několik klientů je v noci zamčeno v pokoji, aniž by si mohli odemknout, nebo přivolat personál

Při nočním šetření pracovníci Kanceláře diskrétně „vzali za kliku“ u dveří od části pokojů. Tři byly zamčené. V jednom případě šlo o pokoj bez sociálního zařízení. Někteří ze zamčených klientů jsou chodící. Zdůrazňuji, že v zařízení není žádná signalizace a klienti nemají klíč od pokoje.

Personál vysvětloval, že někteří klienti si přejí být na noc zamčeni. V dokumentaci takové přání podchyceno není (personál si to řekne mezi sebou), jeden klient takové přání potvrdil. Chápu, že někdo upřednostňuje spát za zamčenými dveřmi, zvláště pokud se stává, že klienti bloudí a mohli by se vzájemně rušit. Je to oprávněný požadavek, který by zařízení opravdu mělo řešit. Není však možné bez dalšího zamknout klienta v místnosti.

Část personálu zamykání v pokojích popřela. Je zjevné, že alespoň někdo je pocit'uje jako nevhodné. Zároveň ale zařízení nenalezlo jiné řešení.

**Doporučuji:**

- 12) zajistit, aby dveře pokoje zamčeného na noc bylo možné odemknout zevnitř, například pevným klíčem, a pokud klient není schopen sám zámek ovládat, pokoj nezamykat (bezodkladně).**

## 7. Signalizace

U žádného lůžka není signalizace a není ani na jiných bodech. Klienti jsou údajně pravidelně kontrolováni, informace o tom se však lišily. Objektivní zadání není a personál tedy postupuje dle svého uvážení a časových možností.

Signalizace v zařízení, kde klienti mají narušené kognitivní funkce, je složité téma, které na tomto místě nebudu rozpracovávat – odkazuji na Souhrnnou zprávu 2015 (str. 61).

**Doporučuji:**

- 13) zřídit signalizaci u lůžek a na sociálním zařízení (do 6 měsíců).**

## 8. Evakuace

Výtah není označen jako požární či evakuační, vedení ho však jako evakuační uvádělo. Evakuační plán vyvěšený v prvním patře s ním jako s evakuační cestou nepočítá. Výtah je z roku 1990, doplněné vnitřní dveře se při provozu nezavírají. Evakuační prostěradla nebo matrace (pro záchranu imobilních osob) v zařízení nejsou. Přesto jsou klienti s problémy s chůzí a na vozíku ubytováni i v 1. a 2. patře.

**Doporučuji:**

- 14) revidovat režim výtahu pro případ požáru a evakuace (do 6 měsíců),**
- 15) provést nácvik evakuace a na jeho základě posílit bezpečnost klientů vhodnými organizačními a technickými opatřeními (do 1 roku).**

# Klient jako jedinečná lidská bytost

---

## 9. Individuální přístup

Základní zásadou poskytování sociálních služeb (§ 2 odst. 2 zákona o sociálních službách) je, že pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit aktivně a motivačně. Je povinností poskytovatele [§ 88 písm. f) zákona] vycházet z osobních cílů, potřeb a schopností osob, vést individuální záznamy o průběhu poskytování služby a hodnotit je. Lidé, na které se Sanatorium především orientuje, mají řadu specifik především zdravotních, často mají narušenou kognitivní a volní složku osobnosti a většina z nich očekává, že v Sanatoriu svůj život dožije. To nic nemění na tom, že každý z nich potřebuje individuální přístup, jinak jako člověk trpí – duševně, nebo i fyzicky.

### 9.1 Práce s osobním cílem je formální

Každá nahlédnutá smlouva o poskytnutí sociální služby (dále jen smlouva) odkazuje v článku I odst. 3 na individuální plán a vytyčuje čtyři osobní cíle. Ty jsou ve všech smlouvách stejné a s ohledem na typ služby a klientelu jsou příléhavé. Dále se do smlouvy dopisuje cíl stanovený uživatelem; ve smlouvách se vyskytuje některý z těchto cílů: zachování soběstačnosti, zvýšená rehabilitační péče, zapojení do denních aktivit, dosažení lepší verbální komunikace.

Ujednání ve smlouvě nemá vliv na poskytování služby. Dokládám na příkladech:

- Například několik klientů sjednalo zvýšenou rehabilitační péči. Dle sdělení vedení ji zajišťují pracovníce v sociálních službách („ergoterapeutky“). V čem zvýšená rehabilitační péče spočívá, není nikde stanoveno a ani se realizace nijak nedokumentuje (v nahlédnutém individuálním plánu toto téma nefiguruje). Zda bude klient ten den rehabilitovat, záleží dle slov vedoucího pracovníka na tom, zda se sám rozhodne, protože „zařízení ctí přání klienta“. Pracovnice se ho mají zeptat. Nikdo v přímé péči ale neví, kdo z klientů si daný cíl smluvil a koho se tedy ptát, a všechny nabízené aktivity se týkají všech klientů.
- Jeden klient má mít dle smlouvy rozšířenou logopedickou péči. V důsledku nemoci nemluví a vyjadřuje se jen kýváním a posunky. Dle sdělení vedení s ním pracovníce v sociálních službách individuálně cvičí výslovnost, k čemuž však není ani plán, ani záznam. Externista do Sanatoria nedochází. Žádná pracovníce nemá související vzdělání a dotázané nepotvrdily, že by s někým pracovaly individuálně.

## 9.2 Práce s individuálním plánem je formální

Individuální plánování má na starost klíčový pracovník, rozpis existuje. Dle vedení je klíčový pracovník zodpovědný za plnění plánu, vedoucí se každé tři měsíce podílí na vyhodnocování.

Nahlédnuté individuální plány, které již na rozdíl od smlouvy mohou a mají být pracovní pomůckou umožňující a zakládající konkrétní individuální přístup ke klientovi, na osobní cíl nenavazují a nepředstavují nástroj pro nastavení a dokumentování péče. Jsou sice většinou vyplňovány pečlivě a obsahují postřehy o chování a potřebách klienta, ty však nejsou využity k naplánování něčeho podstatného z hlediska osobního cíle a každodenního života klienta. Spíše klíčový pracovník sám sobě plánuje jeden úkol na kvartál.

Pro příklad uvádím:

- Plán klienta, který si ve smlouvě sjednal zvýšenou rehabilitaci, se tomuto tématu nevěnuje. Jako vizi (čeho chce dosáhnout) na čtvrtletí uvádí návštěvu zbývajících podlaží Sanatoria pomocí výtahu v doprovodu pracovníka. Přičemž je třeba podotknout, že v době návštěvy se tento klient pohyboval po zařízení samostatně, bez doprovodu.
- Plán jiného klienta opakovaně konstatuje, že je mentálně postižený. Jako vizi pro jednotlivá čtvrtletí uvádí to, že pracovnice udělá klientovi radost a vezme ho na vyprávěcí procházku krajinou (posezení pod lípou), nebo že mu bude vyprávět o výletě, který podniknou ostatní, nebo že si s ním bude vyprávět při zdobení nástěnky.
- V kolonce „další přání klienta“ je vždy vypsáno, že občanský průkaz a kartičku pojištěnce si přeje ponechat na sesterně. I tam, kde klient není schopen podpisu, nebo má mentální postižení.
- U jednoho klienta se v plánu důsledně pracuje s jeho přáním sledovat televizi, takže když jiný klient tu svou odnesl z pokoje, personál mu pomohl u příbuzných obstarat vlastní. Pak několik kvartálů není co realizovat. Jedná se o klienta, který má ve smlouvě rozšířenou logopedickou péči. Ta v plánu nefiguruje; v adaptaci je uvedeno, že komunikuje bez problémů, následně že komunikuje pokývnutím hlavy a že rozumí.

Bylo by zapotřebí dobrého vedení, aby klíčoví pracovníci své úsilí nevynakládali jen na papír. Zjištěné potřeby a výsledek pozorování mají být podkladem pro další plán, se stanovením relevantních nástrojů. K tomu je však zapotřebí znát specifika daná syndromem demence nebo mentálního postižení, či duševní nemoci. Konečně také v organizaci práce a poskytování péče by musel existovat prostor pro individuální práci, což není (viz níže).

### 9.3 Denní režim je jednotný pro všechny a nedává prostor pro individuální tempo

Průběh dne a provádění běžných činností (jako je osobní hygiena, oblékání, změny polohy i prostředí, stolování, odpočívání, trávení času s dalšími lidmi, pobyt venku) jsou prvky důležité pro každého, i pro člověka s demencí. Bez ohledu na přítomnost postižení každý potřebuje, aby bylo respektováno jeho tempo a také přání a potřeby. Syndrom demence nebo jiné postižení klade nároky na odbornost pečujících, aby je respektovat dokázali.

V Sanatoriu Lotos se den téměř každého klienta odehrává podle nepsaného harmonogramu práce personálu a času výdeje jídla. Výjimku tvoří zhruba dva klienti (bez demence); jinak ji zakládá vážný zdravotní stav klienta, anebo pokud se personálu nepodrobí a narušení je tolerováno.

Den začíná ranní hygienou (pro část klientů od končící noční směny, takže ještě před 7. hodinou; v době návštěvy už před 5:30 hod.). Domácí řád slibuje „návčik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu“, nicméně práce dle harmonogramu obnáší vykoupání více než deseti klientů do 9. hodiny ranní (koupání jednou za týden podle rozpisu). To vylučuje individuální přístup. Bylo pozorováno, že cílem personálu je mít ranní hygienu hotovou před snídaní – je hotovo, když všichni klienti sedí v jídelně připraveni ke snídani. Špatně pohybliví klienti se tam dostanou na kolečkovém křesle, které pak už neopustí. Po snídani následuje společný program („ergoterapie“) a čekání na oběd. Část personálu má volný prostor pro úklid pokojů a převlékání postelí. Oběd proběhne rychle, klienti jsou odvedeni nebo odvezeni do pokojů a v oblečení uloženi do postele. Domácí řád počítá s poledním klidem v době mezi 12. a 14. hodinou. Po klidu klienti sedí ve společenské místnosti a sledují televizi, případně jsou v pokojích, nebo jdou s doprovodem ven. Večeře dle domácího řádu probíhá mezi 17. a 18. hodinou. Fakticky se podává před pátou a klienti jsou pak postupně ukládáni do lůžka.

Realizace individuálních přání jednotlivých klientů závisí na tom, jestli má personál čas a vůli. Klient se tak dostává do pozice, kdy stále žádá, pokud nerezignuje. Týká se to umožnění kouření, pozdějšího ulehnutí („je to tu jako doma – zeptají se mě po televizi: sestřičko, můžu si jít lehnout?“), otevření skříně a podobně.

### 9.4 Individuální potřeby klienta nejsou dobře rozpoznány a naplňovány

#### 9.4.1 Klientka upoutaná na vozík nemá bezbariérové prostředí

Paní C. D. má roztroušenou sklerózu, bez demence, je schopná se sama pohybovat na vozíku, je kuřačka, má klíč od skříně. Její vozík byl v době návštěvy čerstvě porouchaný. Naplnění individuálních potřeb klientky není dobré: Bydlí ve 2. patře, takže pro pohyb po zařízení se musí potýkat s klikatými chodbami, nerovnostmi, výtahem. Nemá klíč od budovy, takže zajistit kouření je problém; když požádá, tak jí personál umožní dostat se ven, jinak existuje tichá dohoda o kouření v koupelně. Místo aby se udělalo maximum pro rozvoj samostatnosti klienta (základní zásada sociálních služeb), je



závislý na pomoci personálu i v momentech, které zvládne sám. Sanatorium by mělo paní D. nabídnout úpravu individuálního plánu tak, aby – pokud si to přeje – mohla bydlet v přízemí a mohla kouřit venku a být tak co nejsamostatnější.

#### 9.4.2 Klient s potřebou zvláštního lůžka je nakoupil bez příspěvku na zvláštní pomůcku

Zařízení loni objednalo panu A. B. elektrické polohovací lůžko. Dostal je k úhradě, přičemž i s matrací zaplatil (skrze veřejného opatrovníka) 15.360,- Kč. Klient trpí neurodegenerativním onemocněním X. a lůžko je u něj základním prostředkem pro poskytování péče. Z poskytnutých informací plyne, že nečerpal příspěvek na zvláštní pomůcku (jako dávku pro osobu se zdravotním postižením). Koupě proběhla v roce 2015 a zpětně již není možné dávku získat. Nicméně pro náležité zhodnocení případu a i poučení do budoucna žádám vyjádření zařízení, proč klient dávku nečerpal, resp. jaké byly okolnosti jejího vyřizování.

#### 9.4.3 Nový klient se slabým zrakem je ponechán zcela dezorientovaný

Klient je v adaptační fázi pobytu, kdy si má zvykat na nové prostředí a orientovat se v něm. Orientaci má ztíženou, protože velmi špatně vidí. V době návštěvy bydlel na jiném podlaží, než je společenská místnost, kde má trávit den, a ještě daleko od výtahu, ke kterému se jde kolem otevřeného schodiště. Klient svou situaci hodnotí tak, že ho vždycky někam vezmou a zavedou, neví proč a kam, pořád bloudí. Bylo pozorováno, jak ho takto vedl jiný klient, který ho zanechal na půli cesty a odešel. Pokoj klienta není výrazně označen – klient ho například v noci nerozpoznal a bloudil (pozorováno). Není určen žádný pracovník, který by měl klientovu adaptaci na starost. Popsané představuje zbytečné zvyšování závislosti klienta na pomoci personálu, která není zajištěna tak, aby klient netrpěl úzkostí.

### 9.5 Organizace práce, počet personálu a způsob dokumentace individuální přístup neumožňuje

Předkládám důkazy, že poskytovaná péče není postavena na individuálním přístupu. Ráda bych zdůraznila, že příčinu neshledávám na straně pracovníků v sociálních službách. Příčiny jsou komplexní, především způsob organizace prostoru a práce, který předpokládá neustálou hromadnost všech činností a přesunů, a počet personálu, který je o víkendu za hranou únosnosti.

Dokumentace:

- Pracovníci v sociálních službách pořizují vstupní „anamnézu“ a vypracovávají plán. Průběžné záznamy nevedou, ani co se týká např. problematického chování klientů.
- Paralelně se vede ošetrovatelská dokumentace klienta. Průběžné záznamy se provádějí ručně, plán a realizace plánu v programu Cygnus.
- Další informace o klientech se vedou ve speciálních pomůckách: knize hlášení, sešitu vážení, sešitu péče o kůži, poznámkách pro lékaře a existuje rozpis nepravidelné medikace.

Jako nástroj zajištění kontinuity a průkaznosti poskytnuté péče je dokumentace nedostatečná. Jak vidno, vede se řada pomůcek, ale jen zřídka lze ve zkoumaných případech nalézt podklad pro ten který přístup personálu ke klientovi. Záznamy na sebe navenazují, ignorují důležité skutečnosti. Systém dokumentace pracovníkům neusnadňuje práci.

## 9.6 Shrnutí a doporučení

Na první pohled by se mohlo zdát, že Sanatorium respektuje zákon – individuální úpravou smlouvy a vedením individuálních plánů a masivní aktivizací prakticky všech klientů. Jde však jen o formální, respektive neodborná opatření, která nevedou k poskytování péče na základě individuálně určených potřeb osob.

Uvedené je jistě problém z hlediska poctivého plnění smlouvy ze strany poskytovatele. Nicméně závažnější je fakt, že v Sanatoriu je péče individualizovaná jen minimálně, na základě dobré vůle jednotlivých pracovníků. Výsledkem je nejen porušování základních zásad a povinností poskytovatele, zbytečné zvyšování závislosti klienta na pomoci personálu, zanedbávání klientů a zásah do jejich lidské důstojnosti.

Pro individualizovaný přístup v péči nejsou vytvořeny podmínky. Personál pracuje mechanicky, v zaběhnutých kolejkách, není respektováno tempo klienta.

### Doporučuji:

- 16) zajistit poskytování péče založené na základních zásadách sociálních služeb, co se týká denního režimu a naplňování potřeb klientů (do 6 měsíců),**
- 17) nabídnout paní D. úpravu individuálního plánu tak, aby mohla žít co nejsamostatněji (do 1 měsíce),**
- 18) sdělit, jaká je nyní situace ohledně vozíku paní D. (spolu s vyjádřením ke zprávě),**
- 19) sdělit, proč pan B. při nákupu speciálního lůžka nečerpal sociální dávku, resp. jaké byly okolnosti jejího vyřizování (spolu s vyjádřením ke zprávě).**

## 10. Specifické potřeby plynoucí ze syndromu demence

Zařízení se na internetu prezentuje jako "sanatorium pro pacienty postižené Alzheimerovou chorobou". Odkazuje se na specifické přístupy, mimo jiné také validaci. Deklaruje, že „poskytování služeb vychází zejména z potřeb uživatelů a je postaveno na jeho schopnostech, důraz je kladen na individuální přístup“. „Staráme se, aby se klienti u nás cítili jako doma.“

Provedené šetření a hodnocení vychází z pojetí péče o osoby trpící demencí, jak je rozpracováno v Souhrnné zprávě 2015 (od str. 8).

### 10.1 Aktivizace je vydávána za terapii a nevychází z potřeb člověka s demencí

Zařízení ve své internetové prezentaci deklaruje, že „pečovatelé a sociální pracovníci provádějí s klienty aktivační terapii, resocializační terapii, reedukaci, dále chodí s klienty na procházky do parku a blízkého okolí“. Sazebník naceňuje částkou 50,- Kč denně „ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii a petterapii“. Sedm pracovníků v sociálních službách je označováno za „ergoterapeuty“ a čas, který s nimi všichni klienti denně ve dvou skupinách tráví, je „ergoterapie a muzikoterapie“.

Skutečnost je taková, že pro skupinový dopolední program jsou vyčleněni zvláštní pracovníci. Celkem je jich sedm, v pondělí byli v práci tři. Nemají jinou kvalifikaci, než pro pracovníka v sociálních službách. Program nemá nic společného s terapií jakéhokoli druhu, nemá žádný plán, ani záměr. Je rozlišen tím, že klienti jsou do společenských místností rozřazeni podle mentální úrovně. Pozorovaná činnost sestávala ze zpívání, čtení denního tisku a listování ve starých časopisech a pasivního sezení za stolem a čekání na jídlo. Pracovnice dále uváděly společenské hry, nebo cvičení (kdo je obtížně pohyblivý, tak jen na vozíku). Pracují intuitivně. Zvukovou kulisu z rádia označila pracovnice za muzikoterapii.

Materiál pro „ergoterapii“ představuje dle smlouvy fakultativní službu. Ve skříni na pomůcky bylo několik stolních her, štetců a barev, omalovánky. Na nástěnce byly vymalované obrázky.

### 10.2 Namísto citlivého přístupu skupinové trávení času

Způsob, jakým jsou klienti aktivizováni, je uniformní a až necitlivý. Do společenské místnosti musí každý, kdo není vyloženě nemocný. V zařízení není žádný ležící klient, všichni jsou „sedící“. I klientka s mnohočetnými dekubity musí strávit celé dopoledne v kolečkovém křesle. Společný program probíhá ve velkých skupinách (30 a 20 osob). Individuální komunikaci personál navazuje jen velmi krátkou, ve formě povelů a komentářů.

### 10.3 Personál namnoze nedokáže vhodně s klienty komunikovat

Domnívám se, že jde o výsledek neznalosti, ne necitlivosti. Mnohdy byly vidět trpělivé interakce a oznamování, co se bude dít. Mnozí pracovníci dokázali rozumět i signálům nemluvicích klientů, čist jejich neverbální projevy. Na druhou stranu, bylo možné pozorovat naprosto nevhodně formulované pokyny, složité otázky a vysvětlování, povely namísto trpělivosti, napomínání za společenské prohřešky, které nemocný nemá pod kontrolou. Bez přípravy a uklidnění pracovníci velmi rychle manipulovali s lidmi na vozíku, ledabyly je usazovali, s nohama mimo opěrky; klienti byli ztuhlí, nebo protestovali. S klienty je těžká domluva, a tak není jejich ústní projev (např. „nechutná mi to“) brán

vážně. Personál vysvětluje, že klienti jsou nemocní a komunikace je tedy těžká. Pro pojednání o specifikách komunikace s lidmi s demencí odkazují na Souhrnnou zprávu 2015, str. 11 a násl.

#### 10.4 Nepřiměřené spoléhání na rozhodnutí klienta

V několika situacích se personál včetně vedoucích pracovníků odkazoval zcela neadekvátně na přání klienta. Klient si řekne, že chce rehabilitovat. Klient si řekne, že chce doprovodit na toaletu. „Půjdeme po schodech, nebo raději výtahem?“ Klient si řekne, že má žízeň, nebo že dnes nebude jíst. Považuji to za typický příklad neodbornosti přístupu, který může mít i vážné důsledky pro klienta. O autonomii vůle a managementu potřeb pojednává Souhrnná zpráva 2015 od str. 21.

#### 10.5 Zvládání poruch chování a neklidu

„Demence způsobuje poruchy chování, které ztěžují péči a mohou pacienta ohrozit. Omezovací prostředky je možné používat jen tam, kde je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta. (...) Vždy je třeba pátrat po příčinách problémového chování, po bolesti, po nepohodlí, vedlejších účincích léků, stresu, špatném vztahu mezi pečujícími a pacientem, jiném onemocnění a podobně. (...) Před preskripcí léku, který by mohl pacienta tlumit, je třeba zvážit a aplikovat nefarmakologické metody managementu demencí.“<sup>13</sup>

##### 10.5.1 V Sanatoriu není rozvinutá práce s problematickým chováním klientů

Projevy klientů odpovídají závažnosti jejich stavu: nejenže jsou dezorientovaní, ale řada jich nespoulupracuje, hlasitě mluví a vykřikuje, manipuluje s jinými klienty a jejich věcmi, dělá nepořádek, má potřebu chodit, bloudí do cizích pokojů. Tyto projevy jsou nesporně velmi obtěžující a kladou vysoké nároky na pečující. Co bylo pozorováno v reakci na poruchy chování, je domlouvání. Záznamy v dokumentaci případně konstatují, že domluva nepomáhá. I klienti, jejichž projevy jsou velmi frustrující, jsou přes den součástí aktivit pro 30 lidí, kde nelze individuálně upravit podmínky.

##### 10.5.2 Více než polovina klientů má předepsané tlumicí léky pro nepravidelné podání

Celkovou situaci v Sanatoriu mohou odhadovat podle pracovní pomůcky personálu pro vydávání léků pro nespavost, úzkost a neklid. Lék na neklid či úzkost (pracovní pomůcka to nerozlišuje) má pro nepravidelné podání (při potřebě) předepsáno 33 klientů. Jde o tablety i injekce.

##### 10.5.3 Lékař léky ordinuje na základě tvrzení personálu, které nemá oporu v záznamech

V dokumentaci jednoho klienta nalezen záznam psychiatra MUDr. Kučery: „Ublížíje spolupacientkám, krade, slovně agresivní vůči personálu i blízkým příbuzným.“ Nasazen lék Risperen dvakrát denně.

---

<sup>13</sup> ALZHEIMER EUROPE. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí. Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Praha: EV public relations, 2007, 101-106. ISBN 978-80-254-0174-3.

Tomuto zásahu nepředchází žádná zmínka v dokumentaci sester u daného klienta. Fakticky patrně někdo z personálu (standardně s lékařem komunikuje staniční sestra) sdělil lékaři tyto informace; nenese za to přitom žádnou odpovědnost a na učiněná pozorování nenavazuje žádný pokus o nefarmakologické řešení.

#### 10.5.4 Předepsaný je i lék, jehož podání by vždy představovalo opatření omezující pohyb

Dále má uvedený klient předepsán Tiapridal 1 amp. i. m. „při agresi a neklidu“, přičemž s ohledem na nahlédnuté záznamy musí být ordinace starší než 10 měsíců. Nezdá se, že by personál tuto ordinaci využíval. Nicméně ani nebylo možné dohledat nějaký plán zvládnutí problematického chování, a tak není jasné, proč tato fakultativní ordinace stále v přehledu léků figuruje. Upozorňuji, že její využití bez přítomnosti lékaře by představovalo porušení zákona.

#### 10.5.5 Použití léků na spaní a pro neklid je velké

Podle názoru externí expertky byli ráno klienti k neprobuzení, ani na fyzický dotek, a byli spaví i při sezení dopoledne ve společenské místnosti. Slovy personálu jsou klienti při ranní toaletě „hadroví“.

#### 10.5.6 Shrnutí tématu zvládnutí poruch chování a neklidu

Péče v Sanatoriu nezahrnuje hledání příčin problematického chování a nerestriktivního řešení. Prohlašuje předávání informací lékařům, kteří ordinují léky na uklidnění a na spaní, ale není průkazné. Záznamy personálu o problematickém chování jsou totiž jen sporadické. Řada klientů má klidnicí léky předepsané pravidelně, téměř každý má předpis pro nepravidelné podání v případě potřeby. Personál projevoval zdrženlivost, pokud jde o jejich použití, ale podmínky v zařízení umožňují jejich snadné a nepozorovatelné zneužití. Vůbec není zavedeno, že by se u antipsychotik a benzodiazepinů pravidelně přehodnocovalo, zda je pokračování v terapii nezbytné.

### 10.6 Doporučuji

- 20) zajistit pracovníkům pravidelné školení v tématu komunikace s klientem s demencí (do 3 měsíců),**
- 21) zajistit pracovníkům pravidelné školení v tématu péče o klienta s demencí (do 3 měsíců),**
- 22) péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobit stádiu, ve kterém se syndrom demence nachází (do 6 měsíců),**
- 23) ustat s plošnou aktivizací u osob, které jsou ve třetím stádiu demence (bezodkladně),**
- 24) začít odborně správně pracovat na zvládnutí poruch chování klientů, s promyšleným využíváním nefarmakologických nástrojů (do 6 měsíců),**

- 25) sdělovat lékařům jen objektivní informace, podložené zdokumentovaným pozorováním (bezodkladně),**
- 26) ustat s používáním léků předepsaných pro nepravidelné podání pro případ neklidu, dokud nebudou předpisy lékaře specifikované, co se situace týká (bezodkladně),**
- 27) žádat u lékařů pravidelné přehodnocování, zda je u klienta nezbytné pokračování v terapii antipsychotiky a benzodiazepiny, a poskytovat jim při tom součinnost (průběžně).**

## 11. Přístupnost a ohleduplnost

### 11.1 Personál namnoze klienty dobře znal a choval se přátelsky

Vzhledem k tomu, že personál postupuje ve vztahu ke klientům převážně intuitivně a ve chvatu, považují za projev lidskosti a opravdového zájmu to, že mnohé pracovnice uměly o klientech vyprávět a znaly je v mnoha ohledech.

### 11.2 Rezervy v korektnosti přístupu ke klientům

Oděv personálu je značně různorodý. Někteří pracovníci neměli přes den žádné, nebo zřetelné jmenovky. Pokud jim překážejí, je třeba to řešit (způsob připevnění, který nebude při práci vadit).

Pokud jde o oslovování klientů, kolektivní přístup a chvat personál kompenzoval vlídností a laskavostí, které se projevovaly zdobnělinami, přezdívkami, beruškami počínaje, šišláním, tykáním a hlazením nekonče. Bohužel to vše bez dostatku klidu na navázání kontaktu a individualizace. Oslovování a přístup nad rámec společenské konvence tak není projevem nadstandardního vztahu dvou blízkých lidí a ohledu na specifické potřeby klienta. Pozorovaná familiárnost se pak jeví až jako projev neúcty a moci personálu.

Běžně personál o klientech mluvil pomocí (odhadovaných) diagnóz.

#### **Doporučuji:**

- 28) revidovat způsob označení personálu jménem, aby byl pro klienty viditelný a pro personál prakticky (do 6 měsíců),**
- 29) připomínat personálu, že je nezbytné chovat se ke klientům s respektem jako k dospělým lidem a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (průběžně).**

### 11.3 Zjištěná narušení pohody klientů a nočního klidu

Vstupní dveře do Sanatoria dělají velký hluk, pokud se nechají zavřít „samy“ a ručně se úplně nezavřou.

Domácí řád stanoví: „Noční klid je v sanatoriu stanoven od 22 do 6 hodin. V době nočního klidu nesmí být uživatelé rušeni s výjimkou podávání léků, nebo poskytnutí nutné lékařské či ošetrovatelské péče.“ Ve skutečnosti je většina klientů uložena ještě denní směnou před 19. hodinou a řada jich usíná. Během nočního šetření pracovnice roznášely do pokojů prádlo. Klienti už spali, přesto pracovnice vždy rozsvítily světlo v pokoji, anebo v předsíni, a na chodbě mluvily nahlas. Klienti se budili, byli zmatení.

#### **Doporučuji:**

- 30) opravit zavírání hlavních dveří, aby bylo nehlukné (bezodkladně),**
- 31) zabezpečit nerušený spánek klientů (bezodkladně).**

## 12. Klient a jeho blízcí

### 12.1 Návštěvy nejsou omezené

Zařízení neklade překážky kontaktu s rodinou; návštěvy jsou možné každý den v týdnu od 8:30 do 17:00 hodin.

### 12.2 Přání rodiny na prvním místě

Rodina klienta je pro Sanatorium důležitý partner a je to pochopitelné. Bohužel někdy zaznívalo „na přání rodiny“ jako zaklínadlo:

- Klient, který netrpí demencí, má cigarety na přiděl – personál mu denně uvolní krabičku. Jde o výsledek domluvy s rodinou. Klient by sice chtěl kouřit více, ale uvědomuje si, že službu platí rodina. Ta je v tomto případě partnerem pro personál a klient je odkázaný na jeho laskavost.
- Jen výjimečně má klient klíč od skříně v pokoji. Skříně spravuje personál a jsou často zamčené – to bylo pozorováno a pracovníci sdělili, že si to tak přeje rodina, aby ve skříních byl pořádek a klienti z nich netahali věci. Zařízení si nechalo od klientů podepsat, že souhlasí s úklidem skříně ve své nepřítomnosti.
- V minulosti Sanatorium umožnilo společné bydlení páru, který si to přál. Pracovník hned dodává: „ale rodina s tím souhlasila“.

Blízcí klienta mohou pomáhat rozumět jeho projevům, zvykům, životnímu příběhu a potřebám. Mohou se podílet na péči a hájit jeho zájmy. Právem a úkolem opatrovníka je právně jednat. Odpovědnost za poskytování péče podle základních zásad sociálních služeb je však úkolem poskytovatele sociálních služeb. Blízcí ani opatrovník klienta nemohou omezovat realizaci jeho práv, a pokud se o to snaží, poskytovatel jim to nesmí dovolit. Pro výklad o autonomii vůle klienta s demencí a o práci s jeho přáním odkazují na Souhrnnou zprávu 2015 (od str. 21).

**Doporučení:**

- 32) nezakládat realizaci práv klienta na přání rodiny nebo opatrovníka, nýbrž pracovat s jeho přáním a zájmem a odborně realizovat základní činnost „pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (průběžně).**

## 13. Stížnosti

Oficiální materiály povzbuzují k podávání stížností: na webu je ke stažení formulář pro písemnou stížnost, je možné použít elektronický formulář a komentovat kvalitu poskytovaných služeb, v zařízení jsou umístěny schránky. Evidence stížností zahrnuje 3 podněty, poslední z roku 2011.

Na každém podlaží je na chodbě schránka „Stížnosti, podněty, připomínky“. Schránky jsou označeny nenápadně, drobným písmem a pro člověka sedícího na vozíku jsou umístěny vysoko.



# Zdravotní potřeby klientů

---

Zařízení ve své internetové prezentaci deklaruje, že „zdravotní péče je zajišťována zdravotnickým personálem 24 hodin denně“. Jednatel zřizovatele a lékař prezentuje službu jako „hospitalizaci“ – ze zprávy pro veřejného opatrovníka, o zdravotním stavu klientky k 5. 2. 2016: „je hospitalizovaná v Sanatoriu LOTOS (...). Pacientka je hospitalizována a léčena pro závažnou a progredující chorobu (...).“ Podepsán MUDr. Kučera jako „primář“.

Jako druhy péče Sanatorium veřejně uvádí arteterapii, ergoterapii, fyzioterapii, muzikoterapii, petterapii, psychoterapii, reminiscenční terapii. Takto o některých aktivitách personál hovořil i při návštěvě. V zařízení je na odpočívadle jedné chodby ptáček v kleci. Výše v textu „terapie“ rozebírám a tak zde jen konstatuji, že slibovaná péče není zajištěna.

Část péče poskytované personálem Sanatoria má povahu zdravotních služeb (ošetřovatelská péče). Některé úkony jsou vykazovány zdravotním pojišťovnám, které je proplácejí.<sup>14</sup> Krajský úřad nicméně neviduje žádné oznámení o poskytování zdravotních služeb.<sup>15</sup>

## 14. Zajištění ošetřovatelské péče

### 14.1 Není zajištěna stálá přítomnost sestry

Odbornost všeobecné sestry má:<sup>16</sup>

- Vedoucí zařízení, která z pochopitelných důvodů nefiguruje v rozpisu služeb.
- Staniční sestra, která pracuje zpravidla ve všední dny (7:00–15:30 hod.); je vedoucím pracovníkem, rozhoduje řadu otázek, a protože zastupuje vedoucí, podílí se i na řadě úkonů sociálního pracovníka.

---

<sup>14</sup> Toto jsem ověřila namátkovým dotazem u Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

<sup>15</sup> V souladu s § 11 odst. 8 zákona o zdravotních službách. Informace z Krajského úřadu Středočeského kraje ze dne 4. května 2016.

<sup>16</sup> Nadto v aktuálním popisu personálního zajištění figuruje jako všeobecná sestra také E. F., jejíž vzdělání však neodpovídá poznatkům z on-line registru zdravotnických pracovníků, <http://www.nconzo.cz/web/guest/on-line-nahled>, nahlédnuto 10. května 2016.

- Dále poskytnuté dokumenty dokládají, že v zařízení pracují další dvě všeobecné sestry, a to na dohody o provedení práce a o pracovní činnosti; například v první polovině dubna pokryly denní službu ve 3 dnech a jednu noční, v březnu to byly 4 denní a 2 noční.

Je tedy doloženo, že všeobecné sestry, které mohou pracovat bez odborného dohledu, nejsou v zařízení přítomny 24 hodin denně. Domácí péče do zařízení nedochází. Vedoucí a staniční sestra uvádějí, že zůstávají i mimo pracovní dobu v dosahu, na zavolání. To však není řešení pro rutinní úkoly, jako je aplikace léků včetně injekcí, nebo převazy.

#### 14.2 V ošetrovatelské dokumentaci figurují sestry, které v zařízení nepracují

V realizaci ošetrovatelského plánu některých klientů figurují další jména. U záznamů, které v programu Cygnus provedla staniční sestra (ostatní nemají do programu přístup), jsou podepsány všeobecné sestry, které v zařízení nepracují. Dotázaní pracovníci se dohadovali, že jde patrně o zaměstnance ze Škvorce. Vedoucí přítomnost pracovníků nedohledala ve výkazech provedené práce. Poté připustila, že s nimi Sanatorium nemá smlouvu. Tomu odpovídají i informace z Registru poskytovatelů sociálních služeb: podepsaní pracovníci pro Sanatorium oficiálně nepracují (a nepracovali minimálně ani v uplynulém půl roce). Jsou zde dvě možnosti – buď do zařízení skutečně docházejí a poskytují péči načerno, anebo pouze podepisují záznamy.

#### 14.3 Ošetrovatelská dokumentace je neúplná a částečně fiktivní

- I další podpisy se zdají být nevěrohodné: V realizaci ošetrovatelského plánu je podepsána všeobecná sestra (oficiálně zaměstnaná), která podle výkazu v den provedení úkonu nebyla v práci. U úkonů z jednoho data lze dohledat podpisy tří různých sester.
- Záznamy o realizaci ošetrovatelského plánu se v dubnu 2016 neprováděly bez zbytečného odkladu, nýbrž nazpět.
- Ošetrovatelský plán je také jen formální – představují ho ošetrovatelské problémy vygenerované programem, které se týkají jen podávání léků. Jiné oblasti nezahrnuje.
- Průběžné záznamy o vývoji stavu klienta (dekurz) se provádějí jen někdy. Jejich kvalita a četnost je různá – někdy i záznamy několik dnů po sobě, ale obecně jsou strohé. Níže na příkladech ukazují, kdy ignorují důležité zdravotní aspekty klientů (pád, ošetrování rány, neklid, bolest). Nedokumentuje se také řada drobných poranění (klienti mají odřenyiny, modřiny).
- Podstatné informace se zapisují také do neformální dokumentační pomůcky – sešitu poznámek pro lékaře, když do zařízení přijede. Vedení Sanatoria sešit zapřelo, předtím ale byl příznán a jiní pracovníci jeho existenci potvrdili. Pokud existuje, jde o nenaplnění nároků

na vedení zdravotnické dokumentace. Pokud neexistuje, jde v řadě případů o pochybení, co se týká poskytované péče (neprůkaznost, nezajištění kontinuity, nemožnost předat lékaři důležité informace), protože záznamy v sesterském dekurzu chybí a neposkytnutí informací lékaři představuje zanedbání pečovatelské práce.

#### 14.4 Shrnutí a doporučení

V Sanatoriu není zajištěna stálá přítomnost všeobecné sestry. Organizace práce není omezeným zdrojům přizpůsobena – v určitých časech jsou na pracovišti až 3 pracovníci s daným vzděláním, jindy není v zařízení žádný.

Ošetrovatelská péče není poskytována řádně. Fakticky neexistuje ošetrovatelský plán a jeho realizace. Řada důležitých problémů klientů se ignoruje, anebo řeší situačně a neprůkazně. Část ošetrovatelských záznamů je podepsána neznámými lidmi. Týká se to úkonu aplikace léků dle ordinace lékaře, které jsou následně v nějaké míře propláceny zdravotními pojišťovkami.

Považuji tento stav za velmi vážný. Když je zdravotní stav klientů dobrý, zdánlivě se nic neděje. Ovšem v případě křehkých seniorů se řada vážných až fatálních zdravotních komplikací rozvine velmi rychle, zvláště když jsou zanedbávány ošetrovatelské aspekty úkonů, které jinak spadají do náplně práce pracovníků v sociálních službách (polohování, výživa, prevence pádu, neklid, sledování symptomů). O zdravotních potřebách klientů něco svědčí, když průměrně 3 za měsíc umírají. Případy ran (viz níže) už představují riziko, které se proměnilo v konkrétní zdravotní problém se závažnými důsledky pro klienta.

#### **Doporučuji:**

- 33) zajistit dostatečný počet všeobecných sester tak, aby pokrývaly potřebnou ošetrovatelskou péči (bezodkladně),**
- 34) zajistit poskytování ošetrovatelské péče v souladu s pravidly ošetrovatelského procesu a řádné vedení zdravotnické dokumentace (do 3 měsíců).**

## 15. Zajištění lékařské péče

Klientům zařízení je lékařská péče dostupná až nadstandardně:

- Lze říci, že Sanatorium má ústavního lékaře. Na základě mandátní smlouvy mu A., s. r. o., poskytuje „konsiliární služby praktického lékaře“. Smluvní ujednání je nad rámec stanovení předmětu smlouvy a odměny značně nejasné a nelze z něj vyvodit nic, co by specifikovalo práva a povinnosti ve vztahu lékaře a klienta Sanatoria. Zdá se, že jde o standardní péči praktického lékaře. Nebyl zjištěn žádný klient, který by měl jiného praktického lékaře.

Záznamy lékaře A., s. r. o., jsou opatřené firemním razítkem, ale často nelze poznat, kdo jmenovitě je učinil (podle internetu pro poskytovatele pracují dva lékaři).

- O klienty pečuje také majitel Sanatoria, psychiatr MUDr. Kučera. Z nahlédnutých záznamů je zřejmé, že neřeší jen psychiatrickou problematiku, ale i běžné zdravotní problémy (bronchitida, alergie, vyšetření po úrazu, ošetřování dekubitu).
- Dále do zařízení dojíždí internistka, zhruba každých 14 dnů.

Z rozhovorů plyne, že lékař komunikuje se staniční sestrou, která mu předkládá případy k řešení. Někdy lékař klienta shlédne, někdy ne; ze záznamů to často nelze určit.

## 16. Nakládání s léky

### 16.1 Některé léky jsou dostupné nepovolanému personálu

Léky byly v Sanatoriu zjištěny na dvou místech – ve skladu, do kterého má přístup pouze vedoucí, a pak na sesterně. V sesterně jsou léky především v zamykatelné skříni a zásuvkách, které v průběhu návštěvy byly zamčené. Jeden pracovník uvedl, že klíč od skříně je v šuplíku. Klíč od zásuvek s psychiatrickými léky má však jen staniční sestra, která dbá, aby nebyly přístupné.

Některé léky jsou volně dostupné: na lékovém vozíku a v lednici. Sesterna je přístupná veškerému personálu, včetně údržbáře. Zvláště závažné je, že takto dostupné jsou i tlumící léky. Možné zneužití je nevysledovatelné, protože léky se neevidují, nejsou nadepsané jménem a nepravidelná podání se nezaznamenávají vždy. Ve větším množství se k lékům dostane pracovník v sociálních službách, který v neděli chystá léky do dávkovače.

### 16.2 Léky se neskladují pro každého klienta zvláště, ale hromadě

Uložení léků je společné, ne podle klientů. Některé krabičky byly popsány příjmením klienta, řada ale ne. Při společném ukládání a hospodaření zařízení zcela opomíjí fakt, že klienti za léky zaplatili na doplatcích nemalé částky.

### 16.3 Léků s tlumícím efektem je velká zásoba a uchovávají se bez možnosti výsledování použití

V Sanatoriu je sklad, kde jsou vedle různých hygienických potřeb a pochutin uskladněny zdravotní pomůcky a některé nikomu nepřirazené léky. Vedení uvedlo, že jde o léky předepsané klientům. Takto jsou v zařízení desítky a desítky krabiček nepřirazeného léku Tiaparan, Buronil, Dithiaden, Dormicum; přístup k nim má pouze vedoucí. Když jsou léky nepřirazené, lze jen obtížně sledovat jejich spotřebu.

## 16.4 Některé léky nejsou uchovávány v originálním balení

Tablety jsou vymačkané a sesypané z originálních balení do náhradních (různě přelepených) lahviček. Mimo jiné není možné zkontrolovat expiraci.

## 16.5 Shrnutí a doporučení

Způsob uchovávání a dostupnost léků v Sanatoriu Lotos nemá obdoby. Pracovníci Kanceláře na místě požádali, aby se nenechávaly volně žádné léky, které mají tlumící efekt.

### Doporučuji:

- 35) zamezit přístup nezdravotnického personálu k lékům (bezodkladně),**
- 36) uchovávat léky – majetek klientů – odděleně pro každého klienta (do 6 měsíců).**

## 17. Jednotlivá témata

### 17.1 Podávání léků

#### 17.1.1 V době nepřítomnosti sester podávají léky pracovníci v sociálních službách

Tato skutečnost byla v zařízení důkladně zdokumentována. Z rozpisu služeb plyne, že téměř vždy o víkendu a téměř vždy večer a v noci není v zařízení všeobecná sestra. O „aplikaci léků dle ordinace lékaře“ třikrát denně jsou sice vedeny záznamy v realizaci ošetrovatelského plánu v návaznosti na ordinaci lékaře (viz Poukaz na vyšetření/ošetření ORP), ale ty jsou zjevně fiktivní (obsahují podpisy sester, které nebyly ve službě, nebo v zařízení nepracují; jsou pořizovány zpětně – například 11. dubna ještě dubnové záznamy nebyly podepsány, nebo ani vytištěny). Ostatně vedení potvrdilo, že v době nepřítomnosti všeobecné sestry obstará vydání léků ústně pověřený pracovník v sociálních službách (aneb poznámka jednoho pracovníka v sociálních službách: „s léky ještě nedělám“). Týká se to i injekčně podávaného léku na srážení krve. O podání léků pracovník nepořizuje záznam (ověřeno u Fraxiparinu, antibiotik); když jsou právě na pracovišti dvě sestry, je jen větší situační domluvy, že se léky nepodají dvakrát, anebo vůbec. Nicméně o podávání depotních injekcí jednomu klientovi záznamy učiněny jsou.

#### 17.1.2 Téměř každý klient má naordinované léky pro podávání dle potřeby; o podání rozhodují také pracovníci v sociálních službách

Řada klientů má kromě pravidelných léků na spaní předepsanou také dávku pro případ trvající nespavosti a léky pro případ neklidu nebo úzkosti. Lze to poznat z přehledu léků vytištěných z programu Cygnus, nicméně pro každodenní práci si personál pořídil výpis. Lék na nespavost má pro nepravidelné podání (při potřebě) předepsáno 51 klientů (a pro pravidelné podání ve 21 hodin

celkem 25 klientů). Lék na neklid či úzkost (pracovní pomůcka to nerozlišuje) má pro nepravdělné podání (při potřebě) předepsáno 33 klientů. Jde o tablety i injekce. Všechny tyto léky jsou k dispozici na lékovém vozíku. Staniční sestra trvala na tom, že pracovníci v sociálních službách by sami lék nepodali, vždy by telefonem volali ji. Další pracovník to potvrdil. Proč pak existuje uvedený výpis? Při šetření nevzniklo podezření, že by personál s léky nějak svévolně manipuloval. Považuji však za zřejmé, že se s jejich používáním počítá.

### 17.1.3 Nepravdělné podání tlumících léků je stanoveno vágně „pro případ neklidu“

Ani v rozpisu, ani v individuální dokumentaci není žádná specifikace, jak má „neklid“, nebo „velký neklid“ vypadat.

### 17.1.4 Pracovní pomůcka pro vydávání léků obsahuje řadu chyb

Porovnání pracovní pomůcky personálu s přehledem vytištěným z programu Cygnus, provedené u 16 klientů, přineslo velmi vážné zjištění: u 7 klientů se rozpisy neshodovaly! Ve dvou případech šlo o drobnosti, dvakrát o záměnu léku, třikrát něco chybělo. Rozpis není datován a obsahuje řadu doplnění a retuší.

### 17.1.5 Pravidelné léky se podávají z dávkovačů, které běžně chystá pracovník v sociálních službách

Léky se nechystají na základě originální dokumentace, ale z lékové karty vedené v programu Cygnus;<sup>17</sup> za její aktuálnost dle ordinace lékaře ručí staniční sestra. Vedoucí pracovník uvedl, že léky se do dávkovačů chystají na týden, vždy v neděli v noci. V tom čase ale zpravidla neslouží všeobecná sestra a vedoucí pracovník potvrdil, že chystání pak obstarává pracovník v sociálních službách. Není jasné, proč léky nechystá sestra.

### 17.1.6 Některé léky se drtí a hmoždíř byl opakovaně pozorován nevymytý

### 17.1.7 Shrnutí a doporučení

Pokud jde o správný postup při nakládání s léky a pro konkrétní kroky k naplnění doporučení odkazují na Souhrnnou zprávu 2015 (od str. 53).

### Doporučují:

**37) zajistit, že s léky bude pracovat pouze všeobecná sestra (bezodkladně),**

**38) přestat používat výpis nepravdělné medikace, nýbrž pracovat s řádnými lékovými kartami (bezodkladně),**

---

<sup>17</sup> tiskne se ve formě Poukazu na vyšetření/ošetření ORP, který mají všichni klienti vystavený a potvrzený lékařem minimálně pro úkon aplikace léků per os

**39) nastavit systém bezpečného nakládání s léky a řádné dokumentace (do 3 měsíců).****17.2 Pitný režim**

Domácí řád stanoví: „Kdykoliv během dne může uživatel požádat o nápoj – čaj, vodu, kávu apod. a personál mu je připraví“. Situaci v Sanatoriu tím lze charakterizovat. A také tím, že personál vnímá zavodnění klientů jako svůj úkol, ale není stanoven žádný systém k jeho naplnění. Není stanovena odpovědnost za zajištění zavodnění a za sledování, kolik kdo pil. Všichni se starají o všechny a nic se na objektivní úrovni nesleduje. Personál zavodnění vnímá jako důležitou věc, „opravdu se snažíme“. Nicméně důsledkem stávající organizace práce je rozmlžení odpovědnosti s možnými nebezpečnými důsledky. Pro poučení o potřebném standardu odkazují na Souhrnnou zprávu 2015 (od str. 43).

Ve společenských místnostech jsou várnice na sladký a hořký čaj – na obou místech jsou stejné a neoznačené. Většina klientů nemá snahu sama se obsloužit, několik jich ale iniciativně pomáhá nápoje rozlévat – nelze zajistit, že se nespletou.

**Doporučuji:****40) stanovit, u kterých klientů má být sledován příjem tekutin, a zajistit sledování pomocí objektivizovaných ukazatelů (do 3 měsíců).****17.3 Vyprazdňování a mikce**

Naprostá většina klientů má celodenně inkontinenční pomůcky (převážně pleny) – jedná se o tvrzení personálu a odhad, protože z individuální dokumentace nelze tuto skutečnost zjistit. I zde jde o oblast péče, která nemá žádné objektivní zadání a promyšlený individuální přístup. V Sanatoriu není podpořena orientace klienta k nalezení toalety. Toaletu není možné zajistit proti vpádu zvenčí. V průběhu pozorování nebyl nikdo z iniciativy personálu vysazován na toaletu, leda klient požádal. Takto to personál i charakterizoval – „když si řeknou“. Pozorován byl i případ nevyslyšeného požadavku. U nikoho z klientů se nezaznamenává, zda byl na stolici.

Popsala jsem jednak prvky ztěžující soběstačnost klientů a jednak nepřiměřené ponechávání kompetence člověku s demencí s možným závažným důsledkem pro jeho důstojnost. Každý klient, který není samostatný v tomto ohledu, musí mít zpracovaný režim mikce a vyprazdňování. Pro poučení o potřebném standardu odkazují na Souhrnnou zprávu 2015 (od str. 51).

**Doporučuji:****41) poskytovat pomoc a péči na základě řádně stanoveného mikčního režimu (průběžně).**

#### 17.4 Není zavedena standardní prevence pádu a dekubitů a používání postranic

Hodnocení rizika pádu, používání kompenzačních a fixačních pomůcek, polohování – to jsou ošetrovatelské úkony, ke kterým nebylo možné dohledat žádné záznamy. Standardní prevence pádu, založená na hodnocení rizika, stanovení opatření a dalším hodnocení, neprobíhá. Po pádu se vyplňuje protokol, ale dále se s ním nepracuje. (Nelze tak ani odhadnout četnost pádů.) Na řadě lůžek jsou postranice a používají se. Styl práce s nimi charakterizoval jeden pracovník – „řekneme si, kdo by mohl spadnout“. Až na výjimky o tom nejsou vedeny téměř žádné záznamy – o případném rozhodnutí týmu, souvisejícím vyhodnocení rizika pádu, nastavení režimu používání postranic, prevenci zhoršení inkontinence, či imobilizačního syndromu. Převážně jde tedy o vlastní uvážení a také individuální odpovědnost jednotlivých pracovníků v sociálních službách. Pro poučení o potřebném standardu odkazují na Souhrnnou zprávu 2015 (od str. 57).

##### Doporučuji:

**42) zavést standardní proces prevence pádu včetně používání postranic (do 6 měsíců).**

#### 17.5 Zvládání bolesti je nedostatečné

Samotné zvládání bolesti člověka je předmětem lékařské péče. Povinností pečujícího je dbát, aby signály o bolesti nemocného nebyly přehlédnuty, a lékařskou péči zajistit. V tomto ohledu jsem zjistila pochybení vedoucí k poškození klientů (viz níže). Pracovníci nemají zadání projevů bolesti si všimnout. Pokud jsou učiněna pozorování, nezaznamenávají se. Závažnost tohoto hodnocení není umenšena tím, že personál byl také pozorován i při pozitivním přístupu – když například u sestry vyžádal mast na bolest klienta.

##### Doporučuji:

**43) zavést sledování a vyhodnocování bolesti a zajištění péče lékaře v návaznosti na ně (do 3 měsíců).**

#### 17.6 Vývoj a ošetřování ran jsou neprokazatelné

V zařízení byly v době návštěvy dvě klientky s ránou – paní G. (viz níže) a paní Ch.

Paní H. Ch. (nar. xxx) má v době návštěvy defekt kůže na lýtku pravé nohy. Pohybuje se za pomoci vozíku, na který jí pomáhá personál. O původu, vývoji a ošetřování defektu lze prokazatelně zjistit toto:

- **Lékařské záznamy.** Záznam z 11. 9. 2015: „Pacientka má defekt na PDK, uhodila se o inval. vozík...“ Dle záznamů z října a listopadu lékař ordinuje pokračovat v péči o defekt (3. 11.: „Rána se nezhoršuje, ale ještě není zcela zhojena. Základní dg. ... zpomaluje proces hojení ran



na DK.“). V únoru je pacientka objednaná na kožní vyšetření, které proběhlo v březnu. Lékařské záznamy jsou zhruba každý měsíc.

- **Záznamy sester.** Ošetrovatelská dokumentace vznik rány vůbec nezaznamenala. Průběžné záznamy sester v dekurzu ani nepopisují její ošetřování.
- Záznamy sester v realizaci ošetrovatelského plánu<sup>18</sup> ošetřování rány zahrnují. Rána je menší a menší a 17. prosince 2015 byla téměř zhojena a už se jen pomazává a sleduje.
- Záznam sestry z 1. 4. 2016 sděluje, že po telefonické domluvě s lékařem odeslána pacientka na chirurgickou ambulanci; defekt na lýtku pravé nohy ve zprávě z chirurgie popsán jako s nekrotickou spodinou velikosti cca 8x4 cm, předepsáno ošetřování a antibiotika. Kontrola proběhla 8. 4. a další byla plánována na 13. 4.

Klientka má tedy v dubnu velkou ránu, o které se neví, kdy a jak vznikla (rána ze září 2015 měla být už v prosinci zhojena, lékařské záznamy v mezičase žádnou ránu nekomentují). Vzhledem k tomu, že není tvrzen opak, vznikla rána v Sanatoriu. Patrně je to tedy již několikátý defekt. Ani v jednom případě neodpovídaly záznamy o ošetřování běžnému standardu.

#### **Doporučuji:**

- 44) vést řádnou ošetrovatelskou dokumentaci o vývoji kožních defektů a jejich ošetřování (průběžně),**
- 45) poskytnout kopii zdravotnické dokumentace komentující aktuální zdravotní stav paní H. Ch. (spolu s vyjádřením ke zprávě).**

## 17.7 Klientka trpí neřešenou bolestí a její rány nejsou vhodně ošetřovány

### 17.7.1 Zvládání bolesti

Vedení Sanatoria byl předložen k okamžitému řešení případ klientky I. G. s mnohačetnými dekubity, která při ošetřování peroxidem vodíku a při přesunu na vozík projevovala velké bolesti. Z pravidelně podávaných léků u paní G. směřují na léčbu bolesti 1 paralen večer a 1 ibuprofen ráno. To je zjevně zcela nedostatečné – bolest tohoto druhu přitom je možné efektivně zvládat. Rovněž je možné zvolit ošetření rány, které vyžaduje méně časté převazy.

Personál konstatoval, že klientka je někdy plačtivá, ale když klidně sedí, tak je klidná. Na řešení bolesti klientky není možné s tímto konstatováním rezignovat! V dokumentaci klientky je přitom

---

<sup>18</sup> denní záznamy o ošetrovatelských úkonech, nejčastěji o aplikaci léků dle ordinace lékaře, tisknuté pomocí programu Cygnus

záznam MUDr. Kučery téměř každých 14 dnů, naposledy 17. 3., tedy měsíc před návštěvou. To byly příležitosti požádat o výraznější léčbu bolesti. Zmínka o bolesti se v záznamech lékaře objevuje dvakrát, ovšem v souvislosti s pohybem, ne ošetřováním rány.

### 17.7.2 Ošetřování ran

Klientka (nar. yyy) trpí Alzheimerovou chorobou. Do zařízení nastoupila v září 2015 jako chodící a bez léků. Ještě v dubnu 2016 je schopná projeviti nevoli či bolest. Od nástupu do Sanatoria lze v ošetřovatelských záznamech dohledat popisy obtěžujícího chování a neklidu (chodí, manipuluje věcmi a ruší klienty), záznamy o kvalitě spánku a změně léků. V listopadu 2015 byla pro zlomeninu nohy v krčku v nemocnici – k tomu v dokumentaci existuje záznam o pádu. Z nemocnice se v prosinci vrátila s proleženinou na boku.

V Sanatoriu má klientka lůžko s antidekubitní matrací. Ošetřování personál ještě v dubnu realizuje podle ordinace lékaře ze 17. prosince: peroxid vodíku a Betadine na čtverec a sterilní krytí. Oproti stavu v prosinci (jeden dekubit na boku 1–2 cm) je v dubnu rána větší a přibyly další (dekubit na levém boku má cca 4x4 cm a asi 5 cm do hloubky s černou spodinou, další dekubity na noze).

Ke způsobu ošetřování je třeba ještě uvést, že, podle názoru lékaře – experta Kanceláře, není nejvhodnější z hlediska odborného a zbytečně zatěžuje klientku bolestí. Dále je problém, že klientka nemá nastavenou nutriční péči (pozn. nutriční stav výrazně souvisí s hojením ran). To jsou závažné poznatky na vrub lékařské péče. K ošetřování musím dodat, že antidekubitní pomůcku na nohu nepoužíval personál Sanatoria vždy. V dokumentaci se nepodařilo dohledat plán ošetřování vč. polohování, ani průběžné záznamy. Rozsah rány a průběh hojení nejsou vůbec zdokumentované.

Popis ran není ani v záznamech lékaře. Mohu se jen dohadovat, že klientku fyzicky spíše **neviděl** – to by vysvětlovalo, že neaktualizoval sestřám zadání a stále se praktikuje ošetřování nastavené v prosinci, když rány jsou v dubnu mnohem větší a hlubší. Podle rukopisu záznamů soudím, že celou dobu ordinoval pouze psychiatr MUDr. Kučera, i když řada záznamů byla opatřena razítkem A., s. r. o.

### 17.7.3 Shrnutí

Zdravotní potíže klientky byly v době návštěvy vážné a odpovídají stavům řešeným hospitalizací. Lékařem a personálem (a rodinou?) je „ponechána“ v podmínkách zařízení sociálních služeb, kde je vystavena zbytečné bolesti a postupně se zhoršují její rány, které jsou ošetřovány nevhodně. Poskytovaná péče je převážně neprokazatelná (což jde k tíži poskytovatele služeb), stejně jako podíl jednotlivých pečujících na ní.

Pracovníci Kanceláře na místě navrhli, aby Sanatorium pro klientku zajistilo kontrolu lékaře, požádalo o pomoc při zvládnutí bolesti a vedlo řádnou ošetřovatelskou dokumentaci o vývoji defektů a jejich ošetření.

**Doporučuji:**

- 46) poskytnout kopii zdravotnické dokumentace komentující aktuální zdravotní stav paní I. G. (spolu s vyjádřením ke zprávě).**

**17.8 Ležící klient**

V zařízení nejsou ležící klienti. Ale asi 26 klientů bylo v době návštěvy imobilních: jsou vysazováni do kolečkových křesel a takto se účastní společné aktivizace až do oběda. Kladu si otázku, zda toto plošné vysazování neznámá zásah do integrity klienta, jehož zdravotní stav již indikuje polohování (například paní J.), nebo péči o umírajícího. Toto téma je však vysoce odborné a nebylo předmětem podrobnějšího šetření.

# Strava a prevence podvýživy

---

## 18. Strava a její podávání

Domácí řád deklaruje, že „strava je podávána po domluvě s uživateli ve společenské místnosti, nebo na pokojích uživatelů“. V době návštěvy jedli všichni klienti ve společenských místnostech, jak to odpovídá společnému režimu aktivit. Doba výdeje stravy neodpovídala domácímu řádu. Oběd je vydáván už před 12. hodinou, večeře před 17. hodinou.

Domácí řád deklaruje „poskytování celodenní stravy odpovídající věku a potřebám dietního stravování“ a stanoví, že „při určení diet lékařem je uživateli doporučeno toto dodržet“. Pokud jde o dietu, v době návštěvy byly v zařízení diabetici. Jejich dieta spočívala v nahrazení cukru v běžných jídlech umělým sladidlem, v podávání sladkého pečiva vhodného pro diabetiky a v podávání druhé večeře. Jiné úpravy stravy, nebo opatření nebyly provedeny.

### 18.1 Strava se dováží a v době návštěvy byla zajištěna improvizovaně

Stravu dodává externí subjekt (Almed Servis, s. r. o.), dvakrát týdně ji zchlazenou naváží v gastronádobách. Pracovník Sanatoria má uvařit přílohy a zchlazený pokrm ohřát.

Konvektomat, který se k tomu používá, byl v době návštěvy 10 dnů mimo provoz. Vařit bylo možné na „stoličce“ a sporáku se sklokeramickou deskou, která byla prasklá. Maso se ohřívalo ve vyhřívaném výdejovém vozíku. Almed Servis, s. r. o., má stejného majitele jako Sanatorium Lotos, s. r. o.

Na internetu deklaruje, že připravuje 12 diet a dodává stravu více než 20 subjektům. Není jasné, proč majitel takového provozu ponechal padesát křehkých seniorů v provizoriu.

V chladničce jsou potraviny uloženy mimo původní balení – majonéza v kyblíku od masoxu.

Několik klientů a pracovníků dávalo najevo, že jídlo není dobré. Po obědě bylo mnoho zbytků (více klientů vracelo, než snědlo vše).

#### **Doporučuji:**

- 47) sdělit, jak je nyní zajištěno ohřívání jídla a poskytnout o tom důkazy – například fotografii, či fakturu o opravě konvektomatu (spolu s vyjádřením ke zprávě).**

## 18.2 Klienti nemají v jídlu na výběr a jídelní lístek není zveřejněný

Že není jídelní lístek v zařízení zveřejněný a je pouze v kuchyni, je v rozporu se smlouvou i běžnými zvyklostmi. Je irelevantní, že je zveřejněn na webu dodavatele. Někteří klienti si navykli chodit do kuchyně se ptát. Není možné zvolit si z širší nabídky.

## 18.3 Mechanická úprava stravy vychází z intuitivního zhodnocení a odhadu množství; všechny složky se mixují dohromady

V době návštěvy se v kuchyni na oběd část masa pomlela a část jídla se mixovala. Dle vyjádření personálu se běžně mixují všechny složky jídla dohromady (včetně polévky), leda je druhý chod dostatečně kašovitý sám o sobě. Množství jídla k mechanické úpravě se odhadne. Pracovník na základě odhadu namixuje 2/3 malé gastronádoby a namele odhadem nějaké množství masa, aniž by věděl, kolik lidí není schopno danou stravu sníst v původní formě. V době návštěvy zhruba třetina obědového mixu zbyla (nevydala se a vyhodila). Kdo bude jíst jídlo bez úpravy, kdo mělněné a kdo mixované, záleží na situačním uvážení pracovníků, kteří podávají stravu. Bylo pozorováno, že jeden klient dostal k jídlu mix, a když pak byl talíř odnesen, jiný pracovník mu přinesl jídlo znovu, tentokrát bez mechanické úpravy.

## 18.4 Porce se vydávají „od oka“

Týká se to ne jen mixu, ale i ostatní stravy, kterou personál vydává na talíř skutečně od oka (vydávající ani neví, komu bude talíř odnesen). Není stanovena porce a pracovníci vydávají různě, a pokud zbude, jídlo se rozdává, nebo vyhodí. V době návštěvy zbylo několik kompletních porcí.

## 18.5 Jídlo se odbývá ve spěchu a ruchu a přístup pracovníků je intuitivní a chaotický

Není vytvořena atmosféra příjemného stolování. Podmínky stolování neumožňují respektovat tempo klienta, těžit z rituálu, motivovat, udržet pozornost a chuť k jídlu:

- Klienti jedí v nevětrané místnosti, kde předtím měli dopolední „ergoterapii“. Půl hodiny před jídlem jen sedí za stoly či přešlapují, pospávají, čekají. Je jich mnoho, takže než se vydá poslednímu, dlouho se čeká.
- Klienti mají na stole příbory a papírovou utěrku, jedí z porcelánového nádobí. Tím kultura stolování končí. Všichni pijí z plastových hrnků a jedí z hlubokých talířů lžící.
- Jídlo probíhá ve velké skupině, takže každý jí v podstatě sám – kdo dojedl, už je odvážen do pokoje, ačkoli vedle sedící ještě jí. Pracovníci od krmení odcházejí, takže klient musí čekat.
- Krmení probíhá rychle bez respektu k tempu klienta, někdy pracovník krmí i více lidí naráz, část pracovníků nad klientem stojí a podává jídlo z výšky. Několik pracovníků se snaží

o důvěrnější interakci s klientem, tiše povzbuzuje a pokouší se o rozhovor, udržuje oční kontakt. Kulisou je ale hluk zmateného vykřikování, kterým někteří klienti neustále ruší ostatní, a stručné povely ze strany pracovníků.

V sále, kde s podáváním stravy pomáhalo 5 i více pracovníků, zjevně nebylo rozděleno, kdo za koho zodpovídá. U jednoho klienta se vystřídají i tři pracovníci. Chaos umožňuje, aby někdo jídlo ani nedostal, nicméně pozorovaná byla opačná situace – jeden klient dostal polévku a dvakrát hlavní chod. Někteří klienti jsou zjevně nároční – odcházejí od jídla, odmítají. Není stanoveno, kdo je má na starost a jak k nim přistupovat; několik pracovníků se opakovaně o něco bezradně pokouší.

U podávání stravy je empatie a intuice skvělý předpoklad dobré péče, nicméně důležité je základní zaškolení. Bylo patrné, že pracovníci je nemají a každý postupuje po svém. Jeden umožnil klientům jíst rukama, jiný je okřikl. Je pravděpodobné, že probíhající kontrola personál stresovala, nicméně podávání stravy je úkon, který musí být proveden vždy řádně.

V průběhu jídla přijde sestra rozdat polední léky. V jednu chvíli od nich sestra odešla odvést klienta do pokoje a léky zůstaly v jídelně s klienty bez dozoru.

## 18.6 Doporučuji

- 48) zveřejňovat jídelníček způsobem přizpůsobeným osobám s demencí (průběžně),**
- 49) s jídlem zacházet tak, aby každý klient dostal porci dle normy – tj. mimo jiné informovat vždy personál kuchyně o tom, kolik porcí je třeba mechanicky upravit (průběžně),**
- 50) zaznamenávat rozhodnutí o mechanické úpravě stravy v dokumentaci klientů – kdo rozhodnutí přijal, kdy a jaké byly důvody (průběžně),**
- 51) pokud je nutné stravu mechanicky upravit, upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (průběžně),**
- 52) zajistit pro pomoc se stravováním dostatek personálu a času a zorganizovat práci tak, aby péče byla individualizovaná (do 3 měsíců).**

## 19. Prevence podvýživy

### 19.1 Nutriční screening není prováděn, sleduje se váha či obvod paže

Pro sledování váhy je vyčleněn zvláštní sešit, vážení probíhá jednou za měsíc. V loňském roce provedla v zařízení nutriční terapeutka školení, které se odrazilo v tom, že u imobilních klientů se sleduje obvod paže. Záznamy se vedou podle měsíců a nikam se dále nepřenášejí, takže vysledovat trend u konkrétního klienta dá práci. Takto bylo vysledováno hubnutí u řady klientů. Poznatky vzešlé z měření se dále nevyhodnocují, nenavazuje sledování množství sněžené stravy, úprava jídelníčku, žádný klient nemá nutriční plán a dekurz.

### 19.2 Nesleduje se množství sněženého

Zbytky vyhazují soběstační klienti sami, ostatním personál. Nikdo nesleduje, jakou část porce klient nesnědl. To uvádím, přestože vedoucí pracovník řekl, že se nahlašuje, pokud klient nedojí. Pracovníci uváděli něco jiného a opakovaně pozorovaná skutečnost byla také jiná a v záznamech se nic neobjevilo – v době návštěvy, ani dříve.

### 19.3 U klienta s demencí se nesprávně postupuje „co sníte, to sníte“; u řady klientů není zajištěna řádná výživa

Pokud jde o zajištění nasycení, personál má snahu, ale nepostupuje správně. Klienty sice povzbuzuje („za maminku, za tatínka“), ale velmi často rezignuje, nebo nechává na klientovi s demencí, aby rozhodoval. „Dáte si to sladký mlíko?“ ptal se bezradně pracovník klienta, který nesnědl oběd a který je naprosto dezorientovaný (pozn. pracovník patrně měl na mysli Nutridrink). „Půjdete si sednout ke stolu? Ani to nepůjdete zkusit?“ „Nechcete alespoň maso do ruky?“ otázka směřuje na klienta, kterému pracovník odnáší nedojedené jídlo. To je nepřiměřené ponechávání kompetence člověku s demencí.

Personál jakoby nabízí nějaké možnosti, nebo chce hledat řešení, ale pak nic neudělá. Fakticky se nezjišťují příčiny, proč klient nedojedl, ani se nehledají alternativy, nebo úprava stravy, která by například zajistila příjem důležitých živin v menším objemu. Anebo jsou příčiny patrné (pracovníci uvádějí, co klient má a nemá rád, nebo že jí toto a nic jiného), ale nevede to k přijetí opatření (úprava jídelníčku). Bylo to ověřeno u konkrétních klientů, kteří v době návštěvy nesnědli téměř nic a personál to komentoval jako normální stav. Řada pracovníků spontánně zná řadu detailů – je vidět, že by individuální přístup zvládli. To je správná cesta, ne jídlo prostě vnutit, jak bylo také pozorováno.

Jedna klientka nejí „nic jiného než piškoty; syn je přiveze, abychom jí měli co dát“. Personál uváděl, že do ní nelze dostat teplé jídlo, ale jí třeba chleba, loupáky a puding. V individuálním plánu žádná zmínka, žádná snaha individuálně upravit jídelníček, aby klientka měla potřebnou výživu.

V době návštěvy nedojedlo oběd hodně klientů. To je v kombinaci s popsáním neodborným přístupem velký problém, protože u lidí s demencí představuje nedojídání rizikový faktor podvýživy.

#### 19.4 Individuální nutriční péči Sanatorium slibuje, ale neposkytuje

Smlouva uvádí, že „v případě potřeby poskytovatel zajistí stravování podle individuálního dietního režimu uživatele, vypracovaného nutriční terapeutkou“. Žádný individuální režim nebyl dokumentován a rozhovory bylo zjištěno, že nastavován ani není. Nutriční terapeut údajně pracuje pro dodavatele stravy, do zařízení ale nedochází, a tak nezná individuální potřeby klientů.

To neznámá, že by pracovníci přistupovali stran výživy ke všem klientům stejně. Několika se nepodává polévka (na jejich přání), někomu se podává jídlo mechanicky upravené, někomu se jídlo nenutí, někdo jí jen některé potraviny. Nic z toho však není promyšleno a zaznamenáno.

Smlouva dále uvádí, že „při malnutrici a zvláštním dietním režimu jsou podávány přípravky typu Nutridrink, Diasip, Fortimel, Cubitan apod.“ U klientů, u kterých personál učiní závěr o riziku podvýživy, Sanatorium zprostředkovává konzultace u internistky, která klienta shledne v zařízení a předepisuje Nutridrinky. To je správný postup. V zařízení však není zajištěna návazná péče. Na pokojích a v jídelně skutečně byly pozorovány lahvičky kalorické výživy k popíjení s vysokým obsahem energie a bílkovin. Personál uváděl různé informace, pokud jde o její používání – zdá se, že je nahodilá a že někdy se podá místo jídla a někdy navíc. Personál nebyl schopen říct, komu se má nápoj dát – odkazoval na sestry. Sestry žádný rozpis nemají a podání nápoje se nikam nezaznamenává; intuitivně a nahodile hospodaří s výživovými nápoji, které jsou k dispozici. Ostatně jsou také uskladněny hromadně.

#### 19.5 Shrnutí a doporučení

Pro požadovaný standard a rozbor kroků, které vedou k jeho naplnění, odkazují na Souhrnnou zprávu 2015 (od str. 41).

##### **Doporučují:**

- 53) stanovit, u koho má být sledován příjem stravy, a pořizovat objektivizované záznamy, ze kterých bude zjevné, zda klient snědl celou porci, polovinu, čtvrtinu, a informace předávat lékaři klienta (bezodkladně),**
- 54) zavést standardní proces prevence podvýživy (do 6 měsíců).**



# Úhrada za služby

---

## 20. Faktulativní činnosti

Rozlišení služeb na základní a fakultativní vychází ze zákona o sociálních službách a Ministerstvo práce a sociálních věcí je dále vysvětluje v doporučeném postupu č. 4/2013 a zveřejněných odpovědích na otázky. Rozlišení služeb je důležité z hlediska jejich zpoplatnění (úhrada nad rámec příspěvku na péči), přičemž z perspektivy prevence špatného zacházení je podstatné, zda chybné účtování nepřináší kritickou závislost na poskytované péči, či nezbytnou péči neodnímá.

Odběr fakultativních činností se v Sanatoriu zakládá už smlouvou o poskytnutí sociální služby, když se v článku V formou odpovědi na otázku ANO/NE klient vyjadřuje k 10 předepsaným položkám. Případně se připíší další, přičemž „poskytování těchto činností bude dohodnuto individuálně“. Dále fakultativní služby figurují v sazebníku, na který smlouva odkazuje, přičemž jejich výčet se zcela neshoduje (v sazebníku je bohatší).

### 20.1 Zmatené ujednání ANO/NE

Nad nahlédnutými smlouvami vedoucí uvedla, že fakultativní činnost není smluvena, když je zatrženo ANO, ale když je zatrženo NE. To je matoucí, respektive to neodpovídá písemnému vyjádření.

### 20.2 Některé služby jsou nesprávně vedeny jako fakultativní

Mezi vyjmenovanými položkami je také doprovod k lékaři (80,- Kč za den), který podle výkladu ministerstva představuje službu základní, tedy bez možnosti zpoplatnění nad rámec příspěvku na péči. Dále v sazebníku figuruje „výstupní poplatek“ 500,- Kč za činnosti, které jsou standardní součástí procesu ukončení právního vztahu s ohledem na obsah péče dle základních činností („zpracování vyúčtování pobytu klienta, předání osobních věcí, administrativní ukončení pobytu klienta, zajištění lékařské zprávy“). Vstupní poplatek zařízení neúčtuje, protože „je součástí našeho marketingu“ (viz sazebník).

Jako fakultativní služby jsou ve smlouvě uvedeny i výdaje, které nesouvisí se sociální službou. Jde o regulační poplatky a doplatky za léky a zdravotní pomůcky. To je nesprávné, ale poškození klientů to nezakládá.

### 20.3 Zmatky kolem služeb kadeřníka a pedikúry

Zařízení ve své internetové prezentaci o poskytované službě deklaruje, že „součástí je i péče o osobní prádlo, manikúra, pedikúra, kadeřnické služby“. Informace při příjmu nového uživatele uvádějí, že

„kadeřnictví je v budově sanatoria a jeho služby jsou součástí pobytu“ a „pedikérka dochází jednou v měsíci, tato služba je taktéž součástí pobytu“. V domácím řádu jsou tyto služby označeny jako fakultativní (kadeřnice, pedikúra, masáže, osobní doprava, individuální nákupy) a na jiném místě se uvádí, že Sanatorium vytváří podmínky pro další poskytovatele služeb – odborné lékaře, pedikúru, fyzioterapii, kadeřnictví.

Služba kadeřníka a pedikúra je nicméně vedena jako fakultativní služba. Zajišťují ji pracovníci zařízení, které ji mají v náplni práce.

#### 20.4 Aktivizace naceněná jako terapie

V ceníku figuruje položka „ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, petterapie“ v ceně 50,- Kč za den. Ve smlouvě není uvedena jako fakultativní služba, ale vedoucí uvedla, že arteterapie a muzikoterapie je součástí paušálu za den (který zahrnuje také péči, bez specifikace). Jak je popsáno výše, ve skutečnosti se jedná o hromadné činnosti zajišťované pracovníci v sociálních službách nevybočující podle mého názoru ze základních činností (aktivizační činnosti).

#### 20.5 Paušální platba 150,- Kč jednou za rok

Ve všech nahlédnutých vyúčtováních je počátkem roku naúčtováno 150,- Kč, jako „vyúčtování FS“ (a to i u klientů, kteří jinak žádné fakultativní služby účtované nemají). Částka se shoduje s tím, co je v sazebníku uvedeno jako „jednorázový administrativní poplatek“. Jeví se mi to jako ničím nepodložená platba.

#### 20.6 Shrnutí a doporučení

Stanovení fakultativních činností je v několika ohledech protiprávní. Jejich smlouení je nejasné.

##### **Doporučuji:**

- 55) vypracovat nový ceník služeb a v něm jasně a správně vyznačit, které činnosti jsou fakultativní (do 1 měsíce),**
- 56) vypracovat novou pasáž návrhu smlouvy o poskytnutí sociální služby, která se týká fakultativních služeb (do 1 měsíce),**
- 57) informovat klienty a jejich zástupce o tom, že dosavadní stanovení fakultativních služeb bylo vadné, a nabídnout vyrovnání (do 3 měsíců),**
- 58) účtovat už jen fakultativní služby sjednané podle nového smluvního ujednání (průběžně).**

## 21. Úhrada za poskytovanou službu

### 21.1 Úhrada je stanovena zmateně a výsledný závazek klienta je nezákonný

Smluvní ujednání o úhradě je koncipováno takto: Nejprve je vyznačeno, které fakultativní služby bude klient odebírat. Následně je stanoveno, že úhrada za stravu činí 170,- Kč a za ubytování 210,- Kč za den (bez ohledu na druh pokoje, toto ustanovení je ve všech smlouvách stejné). Konečně v článku VIII odst. 7 je uvedena výše denní platby jako konkrétní částka za den. Ta ale byla v nahlédnutých smlouvách různá, bez zjevné logiky. Bylo zapotřebí podrobného výkladu vedoucí a práce s dokumenty, aby se vyjevilo následující:

- Vedoucí uvedla, že jsou tři základní výše úhrad: 468,-/501,-/533,- Kč denně v závislosti na počtu lůžek na pokoji (4/3/2); částka má zahrnovat krom ubytování a stravy poskytnutí některých z fakultativních služeb, arteterapii, muzikoterapii a příplatek za kapacitu pokoje.

Poznámka: Které fakultativní služby jsou v paušálu zahrnuty, není nikde prokazatelně stanoveno. Vedoucí sdělila, že jde o kadeřníka, pedikúru, materiál na ergoterapii. Ve smlouvě je naopak ve vztahu ke všem fakultativním službám uvedeno, že se platí dle sazebníku (tedy by vlastně podle smlouvy mohly být účtovány ještě i zvlášť).

- Pokud klient nechce mít tyto služby zahrnuty v základní úhradě, tvoří úhradu údajně rozdíl mezi měsíčním číslem (31 x 468,- Kč kupříkladu) a částkou 3.000,- Kč; fakultativní služby se pak účtují zvlášť.

Poznámka: Jak zařízení došlo k částce 3.000,- Kč za fakultativní služby, není jasné.

- Blízcí klientů uzavírají dohodu o přistoupení závazku, kterou se dokrývá částka, na kterou příjem klienta nestačí.

#### 21.1.1 Příklad 1

Klient ze čtyřlůžkového pokoje, který si nepřál mít fakultativní služby zahrnuty ve smlouvou stanovené výši úhrady, má ve smlouvě částku 371,- Kč úhrady na den. Vzhledem k jeho příjmu se zdá, že jde o výsledek uvedeného odpočtu 3.000,- Kč. Výsledek sice nepřekračuje vyhláškové maximum (380,- Kč denně), ale měsíčně to přesahuje jeho příjem o 1924,- Kč (a 85 % jeho příjmu o 3355,- Kč). Ve smlouvě není žádné ujednání o tom, kolik tedy ve skutečnosti má platit s ohledem na zákonný zůstatek 15 %, jenže výše úhrady je 371,- Kč denně. Příbuzný se zavázal dohodou o přistoupení k závazku na klienta dopláct, ale sjednaná je částka 1.924,- Kč. Je tedy zřejmé, že podle smlouvy nemá klientovi zůstat žádná částka z příjmu. Ba co hůře, zavazuje se k plnění, které jeho příjem překračuje. To je nezákonné.

Poznámka: Na dohodu o přistoupení k závazku je odkazováno jako na nedílnou přílohu smlouvy, nicméně její znění je zmatené, a pokud k něčemu zavazuje, tak k zaplacení částky, která 15% zůstatek neumožňuje.

### 21.1.2 Příklad 2 a 3

Jiný klient ze čtyřlůžkového pokoje má také ve smlouvě částku 371,- Kč. Je tedy zřejmé, že vznikla obecným vzorcem, bez přihlédnutí k výši příjmu. Rovněž to dokládá, že 15% zůstatek nehraje při stanovování úhrady roli. Jiná klientka má denní částku dle smlouvy 372,- Kč; není jasné, čím je korunová odchylka dána.

## 21.2 Zmatené ujednání o přistoupení k závazku

Smlouvy odkazují jako na svou nedílnou přílohu na dohodu o přistoupení k závazku dle § 533 a násl. starého občanského zákoníku (přístupitel se stává dlužníkem vedle původního dlužníka a oba jsou zavázáni společně a nerozdílně).

Nahlédnutá dohoda má zmatený obsah. V článku I se stanoví, že jde o ručení za splnění závazku klienta v případě, kdy „nebude moci z nějakého důvodu svým závazkům ze smlouvy dostát, nebo by uživateli po úhradě jeho závazku zůstalo méně jak 15 % jeho měsíčního příjmu. V takovém případě uhradí přístupitel rozdíl mezi celkovou výší úhrady a částkou, kterou zaplatí uživatel.“ Potud v pořádku. Nicméně následuje ujednání o povinnosti hradit konkrétní částku (která má být vypočítána podle platného sazebníku). Má jít dle dohody o úhradu, kterou je klient povinen platit. Přitom vepsaná částka odpovídá jen rozdílu mezi abstraktním výpočtem a příjmem klienta.

Dohoda není jen zmatená, ale dokládá, že způsob stanovení úhrad a další smlouvy nezohledňují zákonný nárok uživatele služby na 15% zůstatek z příjmu.

### 21.3 Smlouva jde proti zákonu, pokud jde o 15% zůstatek z příjmu klienta

Podle zákona musí po úhradě za ubytování a stravu klientovi zůstat alespoň 15 % jeho příjmu (§ 73 odst. 3 zákona o sociálních službách).

Smlouva o poskytnutí sociální služby, kterou Sanatorium uzavírá s klienty, obsahuje odlišné ujednání. V článku VIII odst. 2 stanoví: „Pokud by uživateli po zaplacení úhrady za ubytování a stravu podle odst. 1 tohoto článku za kalendářní měsíc nezůstala částka ve výši alespoň 15 % jeho měsíčního příjmu, **může** poskytovatel, zejména v případě, že uživatel nemá příbuzné, výši úhrady přiměřeně snížit, ledaže se zvláštní *Dohodou o přistoupení k závazku podle § 533 OZ* zaváže osoby blízké uživatele uhradit případný rozdíl mezi výší částky za úhradu služeb a finančními možnostmi uživatele po přihlédnutí k ustanovení § 73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění.“ Zůstatek řeší také odst. 10 uvedeného článku, opět s tím, že poskytovatel **může** výši úhrady přiměřeně snížit.

Smluvní ujednání na dvou místech je poněkud matoucí. Nicméně § 73 odst. 3 zákona představuje kogentní ustanovení. To znamená, že se k němu nejen přihlíží, nýbrž platí vždy, bez ohledu na jiné smluvní ujednání a bez ohledu na případné platby z dohod o spoluúčasti. (Z toho plyne, že v uvedené části jsou smlouvy neplatné.) Zahrnovat do smluv pravidlo odporující zákonu je chyba poskytovatele a nekorektnost vůči klientovi, která zjevně může založit jeho finanční poškození.

#### 21.4 Klientům nezůstává 15% zůstatek z příjmu

Smlouva se upravě úhrady tak, aby byl ponechán zákonný zůstatek z příjmu, vyhýbá. Výše jsem na příkladech doložila, že stanovení úhrad a spoluúčasti se zůstatky rovněž nepočítá. Podezření, že Sanatorium porušuje zákon a neponechává řádný zůstatek z příjmu, nerozptýlilo vyúčtování. Žádné přehledné vyúčtování nebylo v Sanatoriu k dispozici, bylo pouze ve složkách některých klientů, převážně loňské. Z něho pak není patrné, že by byl z úhrady odečten nějaký zůstatek. V Sanatoriu dále v dokumentaci klientů většinou nebyly žádné informace o příjmu klientů, takže ani tímto způsobem nebylo možné podezření rozptýlit.

#### 21.5 Klienti dostanou peníze, pokud personál to uzná za vhodné

Sanatorium nevyplácí klientům peníze ve smyslu kapesného.<sup>19</sup> Podotýkám, že ze smlouvy jsou klienti povinni platit více, než 85 % svého příjmu.

Pokud klient potřebuje nějaké peníze, vydá mu je vedoucí na základě svého uvážení. Vydaná částka je pak jako osobní potřeba zahrnuta do fakultativních služeb. Z předložených vyúčtování nevyplývá jediné takové poskytnutí peněz, takže jde patrně o hypotetickou situaci. Další šetření nepřineslo poznatek, že by někdo měl peníze u sebe.

Že jsou klienti zcela bez prostředků (v hotovosti a z hlediska zůstatku z příjmu), je jedním z prvků prohlubování závislosti na poskytované službě a nerovnoprávného a nedůstojného postavení člověka – klienta.

#### 21.6 Shrnutí a doporučení

##### **Doporučuji:**

- 59) vypracovat novou pasáž návrhu smlouvy o poskytnutí sociální služby, která se týká výše úhrady a způsobu jejího placení, včetně způsobu vyúčtování (do 1 měsíce).**

---

<sup>19</sup> jako peníze, které představují 15 % z příjmu a které by se ocitly na účtu zařízení na základě neupravené výše úhrady, stanovené paušálně ve smlouvě

Jedině jasné a prokazatelně věrohodné vyúčtování by rozptýlilo mé hodnocení, že klientům nezůstává zákonný zůstatek z příjmu a nejsou tedy okrádáni. Pokud by Sanatorium bylo schopné takové vyúčtování poskytnout, žádám je pro klienty A. B., K. L. a M. N. za měsíce leden až duben 2016.

### **Jinak doporučuji:**

- 60) informovat klienty a jejich zástupce o tom, že dosavadní stanovení úhrad neodpovídalo právním předpisům, a nabídnout vyrovnání (do 3 měsíců),**
- 61) nabídnout klientům či jejich zástupcům snížení úhrady, pokud sdělí výši svého příjmu, a účtovat úhradu maximálně ve výši 85 % jejich příjmu (do 3 měsíců).**

## 22. Vyúčtování

Žádné přehledné vyúčtování (pro všechny klienty, aktuální i nazpět) nebylo v Sanatoriu k dispozici. Pouze ve složkách některých klientů byla starší vyúčtování uložena. Vyúčtování je údajně zasíláno čtvrtletně a jako roční sumarizace, a to buď klientovi, nebo přístupiteli, nebo členovi rodiny, pokud je ve smlouvě uveden jako zástupce. Po podpisu se vyúčtování vrací a je uloženo ve Škvorci.

Vyúčtování zahrnuje základní částku úhrady stanovenou ve smlouvě. Dále obsahuje vyúčtování fakultativních služeb, které nejsou rozepsány, ale jde pouze o souhrnnou částku. Jednotlivé položky ze sloupce „úhrady“ nejsou rozlišené tak, aby bylo zřejmé, z jakého účtu či od jakého plátce přišly. Výše příjmu klienta z vyúčtování není patrná.

### 22.1 Poskytování fakultativních služeb je neprokazatelné; je možné, že stanovená úhrada překračuje maximum stanovené vyhláškou za ubytování a stravu

Z výše uvedeného výkladu plyne toto základní rozdělení:

- Někteří klienti nemají ve smluvené úhradě žádné fakultativní služby; jejich čerpání se účtuje zvlášť.
- Jiní klienti mají ve smluvní částce zahrnuty některé fakultativní služby (není zcela jasné jaké) a jen část se jich účtuje zvlášť.
- Všech klientů se může týkat doplatek za léky, nebo regulační poplatky – pokud je za ně Sanatorium uhradí, jsou jim účtovány.

U klientů z dvou a třílůžkových pokojů paušální denní částka přesahuje vyhláškové maximum za ubytování a stravu. Pro určení, zda platba nezakládá porušení zákona, je tedy nutné jasně doložit,

že paušál obsahuje také péči nad rámec základních činností a že tyto služby jsou skutečně poskytnuty, anebo je příslušná část platby (přeplatek) vrácena.

V Sanatoriu toto doložit nelze:

- V zařízení nebyly k dispozici doklady o skutečně odebraných fakultativních službách, které by mohly sloužit jako podklad pro individualizované výpočty. Když byly požadovány, vedoucí pracovníci nabízeli nevěrohodná vysvětlení, jako že zadání k provedení fakultativních služeb se dává ústně, každý den, a že pracovníci si úkony pamatují a měsíčně je nahlásí.
- Doplatky za léky jako zvláštní položka na vyúčtování nefigurují, což je další komplikace při snaze vyúčtování rozklíčovat.

## 22.2 Vyúčtování se provádí mimo zařízení

Vedoucí sdělila, že vyúčtování je úkolem účetní, která pracuje na jiné adrese, v zařízení ve Škvorci, jehož zřizovatel má stejného majitele a jednatele jako Sanatorium. Další informace byly poněkud rozporuplné, mimo jiné údajně nemá účetní se Sanatoriem Lotos žádnou smlouvu.

### Doporučuji:

- 62) poskytnout dodatečné vyjádření, na jakém podkladě účetní pro Sanatorium Lotos pracuje – pokud jde o písemné ujednání, žádám jeho kopii (spolu s vyjádřením ke zprávě).**

# Personál

---

## 23. Personální zajištění

Je obtížné charakterizovat přesně personální situaci v zařízení, neboť podklady poskytnuté na místě vedením se rozcházejí s tím, co bylo pozorováno a zjištěno rozhovory. V průběhu šetření údajně zmizel z nástěnky rozpis služeb, který tam pracovníci jindy mají. V přehledu služeb, který vedení poskytlo, chyběl pracovník, který byl ráno pozorován v práci (a to nemám na mysli pana J. H.), počet pracovníků „ergoterapeutů“ v rozpisu se lišil od pozorovaného stavu. Druhý den návštěvy se dotázaný pracovník zmínil, že jich je v práci více než obvykle.

Dohaduji se, že po formální stránce není v personálním zajištění vše v pořádku, a proto nebyly poskytnuty reálné údaje. Toto je charakteristika z poskytnutých písemných podkladů:

- Zdravotničtí pracovníci: někdy bývá v přímé péči zdravotní sestra; k jejich zastoupení viz níže.
- Pracovníci v sociálních službách: v dubnu slouží ve všední dny 4, 5 nebo 6 pracovníků (7:00-19:00 hod.) a o víkendu slouží 4; v noci slouží 2 (jedenkrát 1 a 3); v březnu byla situace mírně lepší a v únoru mírně horší.
- Pracovníci v sociálních službách – ergoterapeuti: v dubnu slouží ve všední dny 4, nebo 7 pracovníků (7:00-15:30 hod.) a o víkendu 3 (7:00-18:00 hod.).

### 23.1 Na počet personálu se zajištění péče jeví být dostačující

Podle nejaktuálnějších informací z Registru poskytovatelů sociálních služeb pracuje v zařízení 23 pracovníků v sociálních službách na 22,2 pracovního úvazku.

### 23.2 Zajištění práce všeobecné sestry neodpovídá potřebám klientů

V noci je v Sanatoriu sestra výjimečně (v březnu dvakrát), stejně tak o víkendu.

### 23.3 V zařízení nepracuje sociální pracovník

Jednání se zájemci o službu, hodnocení jejich sociální situace z hlediska cílové skupiny, uzavírání smlouvy a kontakt s rodinami obstarává vedoucí Sanatoria, případně ji v konkrétních úkonech zastupuje staniční sestra. Nejsou to sociální pracovníci. Sanatorium nedoložilo, že by nějaký sociální pracovník v zařízení pracoval, neplyne to ani z aktuálních informací v Registru poskytovatelů sociálních služeb.



Domnívám se, že tím nejsou zajištěny řádně všechny činnosti, které pro sociální službu zákon předepisuje, protože část z nich<sup>20</sup> je vázána na odbornost sociálního pracovníka dle § 109 zákona o sociálních službách [a odvozeně také § 116 odst. 1 písm. d)].

Specifikaci personálního zajištění sociální služby přesným vyjádřením úvazků právní předpisy sice nestanoví, ale skrze vymezení základních zásad a základních činností lze vyložit, jaké personální zajištění je naprosto nezbytné pro naplnění personální podmínky registrace a jejího udržení. Podle mého názoru nyní Sanatorium registrační podmínku nesplňuje.

## 24. Pracovní podmínky

### 24.1 Vzdělávání personálu je zajištěno, chybí však témata související s demencí

Pracovníci Sanatoria jsou řádně vzděláváni. Předmětem kurzů a školení jsou témata blízká péči o seniory. Vzhledem k výše uvedenému mohu říci, že citelně chybí zaměření na komunikaci s člověkem trpícím syndromem demence a zvládání problematického chování.

### 24.2 Zázemí pro personál není dobré

Vedoucí předložila smlouvu o supervizi uzavřenou v roce 2009; četnost supervizních setkání je smluvena na jednou měsíčně. Personál udával, že naposledy byla supervize před 3 lety. Prezenční listiny, či jiný doklad nebyly k dispozici.

Pečující personál má jídelnu a velmi malou kuchyňku, kterou využívá jako místnost pro odložení si věcí, neboť šatna je mimo hlavní budovu.

---

<sup>20</sup> základní sociální poradenství; dohled nad aktivizačními činnostmi, zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím a při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

## Systematická návštěva v roce 2008

---

V Sanatoriu Lotos proběhla první systematická návštěva v listopadu 2008. Na vedoucích postech působili stejní lidé jako v roce 2016. Také organizace zajištění služby byla stejná, i cílová skupina.

Návštěva byla tehdy zamýšlená jen jako tematická, zaměřená na finanční a smluvní aspekty poskytování sociální služby (v kontextu série návštěv tohoto typu). Na místě však bylo nutné předmět šetření rozšířit, neboť problémy v zacházení s uživateli se ukázaly být velmi vážné.

Tehdejší veřejný ochránce práv, JUDr. Otakar Motejl, podrobil Sanatorium kritice:

- „Lze konstatovat, že služba v zařízení není poskytována v žádném případě na principu partnerství s klientem, nýbrž pouze a výhradně s jeho rodinou, která je hlavním partnerem pro zařízení. (...) Zařízení neposkytuje klientům pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tuto službu zásadně zařizuje rodina, a to i v případě, kdy jedná v neprospěch klienta, popř. zařízení přímo instruuje k porušování jeho práv“ (bod 8).
- „Zařízení neplní své základní povinnosti podle zákona, jeho jednání naopak zvyšuje závislost klienta na poskytované péči“ (bod 8).
- „Pracovníci buď neumí, nebo nechtějí poskytovat sociální službu v souladu se standardy kvality. (...) Ochránce nechce pochybovat o tom, že zaměstnanci zařízení se svoji práci snaží dělat podle svého nejlepšího svědomí a co nejlépe. Bohužel, pokud nebudou dostatečně vzděláni a vedeni, nebudou toho ani při nejlepší vůli schopni“ (bod 10).

Mimo jiné ochránce Sanatoriu vytkl (bod 16): omezování osobní svobody klientů – v rámci zařízení i mimo ně, omezování ve styku s vnějším světem; nadměrné používání tlumících medikamentů na základě málo konkrétních ordinací „pro případ neklidu“, „při nespavosti“; nerespektování individuality uživatelů, zneschopňování a zacházení jako s objekty, projevující se jednotným režimem; nepoužívání individuálního plánování; chybějící signalizaci na pokojích klientů; protizákonné znění smluv o poskytnutí sociální služby a uzavírání smluv neplatných; nesprávné účtování služeb – základních i fakultativních.

JUDr. Motejl konstatoval, že počet pochybení a závažných nedostatků byl značný, a proto nepovažoval za účelné vyjadřovat se k nim podrobně a argumentačně vyčerpávajícím způsobem (bod 18). Se vši vážností vyzval vedení zařízení k nápravě.

Protože odpověď zařízení nehodnotil ochránce jako uspokojivou (de facto nebyla přijata žádná opatření k nápravě), nechal v Sanatoriu po dvou měsících provést další šetření. Kromě nově zavedených, ale formálních individuálních plánů nedošlo k žádné změně.

Systematická návštěva byla uzavřena po jednání s jednatelem MUDr. Alexandrem Kučerou a vedoucí Alenou Dvořákovou v březnu 2009. JUDr. Otakar Motejl s nimi osobně projednal mj. tato témata:

- Na nových pracovních postupech, individuálních plánech a fakticky „novém“ pojetí poskytování služeb se musejí podílet pracovníci na všech úrovních. Aby byly změny k užitku, je nutné, aby se s nimi sžil veškerý personál, který péči o klienty zajišťuje, a aby byl nový systém nastaven tak, aby pracovníkům pomohl.
- Je nutné zavést standardní dokumentaci, individuální plány, správně vést ošetřovatelskou dokumentaci.
- Je nutné napravit práci s léky pro případ nespavosti a neklidu a pracovat s rizikovými projevy klientů; zamezit nadužívání klidnicích léků.
- Je nutné postavit se ke střetům zájmu a řešit je.
- Uzavírání smluv a stanovování úhrad musí být v souladu se zákonem.

Zprávu ze systematické návštěvy ochránce předal Krajskému úřadu Středočeského kraje, který v té době vykonával inspekci poskytování sociálních služeb. Inspekce v zařízení provedla kontrolu.

## Závěr

---

Závěrem této velmi rozsáhlé zprávy shrnuji, že jsem v Sanatoriu Lotos shledala špatné zacházení a porušení zákona. K nápravě stavu jsem doporučila 62 opatření k nápravě.

V souladu s § 21a odst. 4 zákona o veřejném ochránci práv vyzývám Sanatorium, aby se ke zprávě, doporučením nebo návrhům opatření k nápravě vyjádřilo do 30 dnů od obdržení této zprávy. Naplnění tolika doporučení představuje velký objem práce a také dlouhý čas. Pro zajištění účinné ochrany stávajících klientů před špatným zacházením je ale nezbytné, aby některé kroky Sanatorium učinilo ihned.

### 25. Doporučení, ke kterým požaduji přesvědčivé a podložené vyjádření do 30 dnů

Proto vytyčuji nejnaléhavější doporučení. Na některých problémech, jak předpokládám, Sanatorium již pracuje, neboť v průběhu návštěvy o to bylo vedení požádáno. Až budu posuzovat, zda je vyjádření Sanatoria dostatečné, vyjdu z přesvědčivosti sdělení a důkazů o nápravě v těchto nejnaléhavějších bodech:

- zamykání klientů v pokojích (doporučení 10 a 12),
- plošná aktivizace osob, které jsou ve třetím stadiu demence (doporučení 23),
- zajištění potřebné ošetrovatelské péče kompetentním personálem (doporučení 33),
- přístup nezdravotnického personálu k lékům (doporučení 35),
- ošetřování proleženin a jeho řádné dokumentování (doporučení 44),
- sledování příjmu stravy u klientů v riziku podvýživy (doporučení 53),
- poskytování a účtování fakultativních služeb (doporučení 55–58),
- stanovení a účtování úhrady za službu (doporučení 57–59).

Zároveň vyjdu také z podkladů, které žádám skrze doporučení 18, 19, 45, 46, 47 a 62.

## 26. Ostatní doporučení

Pokud se Sanatorium ve lhůtě 30 dnů nestihne vyjádřit k ostatním doporučením, po prvním vyhodnocení vyjádření je případně vyzvu k doplnění.

## 27. Špatné zacházení

**Jsem toho právního názoru, že zjištěná pochybení mohou dosahovat intenzity ponižujícího zacházení ve smyslu čl. 7 odst. 2 Listiny základních práv a svobod a čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (dále jen Úmluva).<sup>21</sup>**

Mám při tom na mysli jak zásahy do důstojnosti a integrity konkrétních klientů (zamykání v pokoji, nedbalé a bolestivé ošetřování, plošná aktivizace), tak i souhrn velmi rizikových a ponižujících „opomenutí“, kterému jsou vystaveni všichni, z toho někteří klienti po dobu let (útrapy osob s demencí držených v nepřízřívobných podmínkách, řádné nezajištění základních potřeb výživy a mikce, pouze farmakologické zvládnání poruch chování hraničící s chemickým omezováním, podávání léků podle rozpisu s chybami, široká dostupnost tlumících léků personálu a „neviditelnost“ jejich zneužití, nedostatek odborného personálu, zavazování klientů nejasnými smlouvami a odebrání veškerého jejich příjmu). Některé zásahy ochránce zdokumentoval již v roce 2008.

**V postavení obětí špatného zacházení jsou klienti zařízení – senioři většinou v pokročilém stadiu Alzheimerovy choroby, nebo s jiným typem demence, velmi závislé na poskytované péči. Podle mého názoru jsou ve zvlášť zranitelné situaci a minimálně u některých z nich není nikdo, kdo by hájil jejich práva.<sup>22</sup>**

Část z nich je formálně omezena ve svéprávnosti, většina vzhledem k pokročilému věku nikoli. Duševní porucha, fyzická křehkost, nedostupnost finančních prostředků a osobních dokladů naprostě většině z nich znemožňuje, aby se sami bránili (stížností vedoucí Sanatoria, civilní žalobou) a aby se

---

<sup>21</sup> Podle judikatury Evropského soudu pro lidská práva ponižující zacházení nevyžaduje úmysl ve vztahu k následku, tedy k ponížení; ponižující zacházení nemusí být nutně spojeno s újmou na zdraví; jde o útok na lidskou důstojnost, nikoli nutně na zdraví; jde o jednání takové povahy, které může u oběti vyvolat pocity strachu, úzkosti a méněcennosti, jež jej může ponížit či pokořit.

<sup>22</sup> srov. rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Centre for Legal Resources jménem Valentina Câmpeana proti Rumunsku ze dne 17. července 2014 č. 47848/08, par. 103, 11-113; anotace v češtině dálkově dostupná na [http://datalot.justice.cz/justice/judikatura\\_eslp.nsf/WebSearch/47E9BE22A02846D2C1257E3D004D31CD?openDocument&Highlight=0](http://datalot.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/WebSearch/47E9BE22A02846D2C1257E3D004D31CD?openDocument&Highlight=0)

před pokračováním špatného zacházení ochránili (opustili zařízení). Fakticky jsou závislí na péči poskytované Sanatoriem, v jehož moci jsou, a z hlediska hájení svých práv jsou zase závislí na opatrovnících a rodinách. Ti mají do zařízení přístup a mohli by klientům pomoci domoci se nápravy, ale jednak jako laici stěžejí mohou posoudit závažnost situace a jednak nemusí mít na věci zájem. Konečně, většina klientů Sanatoria není schopna udělit někomu plnou moc a konkrétní pokyny.

Postavení klientů Sanatoria je založeno smlouvou o poskytování sociální služby, nicméně uzavřený charakter zařízení a faktické omezení svobody jsou okolnosti zakládající rovněž stav detence, jak by mohl konstatovat soud v případném řízení o vyslovení přípustnosti držení v zařízení sociálních služeb.<sup>23</sup> Fakt detence činí z věci podle mého názoru otázku obecného zájmu související s respektováním lidských práv.

**Špatné zacházení má původ v činnosti soukromého subjektu, ale to není z hlediska Úmluvy podstatné.**

**U každého ponižujícího zacházení platí, že pokud se státní orgány o něm dozví, musí učinit vše, co od nich lze v daném případě rozumně očekávat, aby špatnému zacházení zabránily.<sup>24</sup>**

## 28. Domov se zvláštním režimem není „sanatorium“

Ráda bych závěrem podrobila kritice fakt, že sociální služba se nazývá sanatorium. Takový název je zavádějící, což je v případě Sanatoria Lotos zvláště názorné. V češtině nese cizí slovo „sanatorium“ význam léčebný ústav, zdravotnické zařízení k doléčení některých nemocí, ozdravovna. Jeho použití pro pobytovou sociální službu je stejně nevhodné, jako kdyby se domov se zvláštním režimem nazýval nemocnicí, nebo léčebnou.

V případě Sanatoria Lotos nejde jen o název. Dle informačního letáku je Sanatorium zařízení „pro duševně nemocné se zaměřením na gerontopsychiatrii“. Na internetových stránkách se zařízení prezentuje jako zdravotně-sociální s tím, že „zdravotní péče je zajišťována zdravotnickým personálem 24 hodin denně“ a jejím obsahem je řada „terapií“. Majitel, jednatel zřizovatele a lékař klientů v jedné osobě prezentuje v komunikaci s veřejným opatrovníkem službu jako hospitalizaci a klienta jako

---

<sup>23</sup> § 84 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních; jde o období omezení svobody člověka ve zdravotnickém zařízení

<sup>24</sup> srov. rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Osman proti Spojenému království ze dne 28. října 1998 č. 23452/94

pacienta. To dokumentuje snahu poskytovatele vytvořit o službě celkově zdravotnický obraz, což je nesprávné a matoucí laickou veřejností i úřední osoby.<sup>25</sup>

Mgr. Anna Š a b a t o v á , Ph.D.  
veřejná ochránkyně práv

---

<sup>25</sup>srov. povinnost poskytovatele sociálních služeb dle § 88 písm. a) zákona o sociálních službách „zajišťovat dostupnost informací o druhu (...) a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby“





# Přehled opatření a doporučení

## Opatření k nápravě

|             |  |
|-------------|--|
| Bezodkladně | <ul style="list-style-type: none"><li>• změnit ubytování klientky, která byla v době návštěvy zamykána, aby žádný klient nemusel žít ve strachu (doporučení 11)</li><li>• zajistit, aby dveře pokoje zamčeného na noc bylo možné odemknout zevnitř, například pevným klíčem, a pokud klient není schopen sám zámek ovládat, pokoj nezamykat (doporučení 12)</li><li>• ustát s plošnou aktivizací u osob, které jsou ve třetím stadiu demence (doporučení 23)</li><li>• sdělovat lékařům jen objektivní informace, podložené zdokumentovaným pozorováním (doporučení 25)</li><li>• ustát s používáním léků předepsaných pro nepravidelné podání pro případ neklidu, dokud nebudou předpisy lékaře specifikované, co se situace týká (doporučení 26)</li><li>• opravit zavírání hlavních dveří, aby bylo nehlukné (doporučení 30)</li><li>• zabezpečit nerušený spánek klientů (doporučení 31)</li><li>• zajistit dostatečný počet všeobecných sester tak, aby pokrývaly potřebnou ošetrovatelskou péči (doporučení 33)</li><li>• zamezit přístup nezdravotnického personálu k lékům (doporučení 35)</li><li>• zajistit, že s léky bude pracovat pouze všeobecná sestra (doporučení 37)</li><li>• přestat používat výpis nepravidelné medikace, nýbrž pracovat s řádnými lékovými kartami (doporučení 38)</li><li>• stanovit, u koho má být sledován příjem stravy, a pořizovat objektivizované záznamy, ze kterých bude zjevné, zda klient snědl celou porci, polovinu, čtvrtinu, a informace předávat lékaři klienta (doporučení 53)</li></ul> |
| Do 1 měsíce | <ul style="list-style-type: none"><li>• nabídnout paní D. úpravu individuálního plánu tak, aby mohla žít co nejsamostatněji (doporučení 17)</li><li>• vypracovat nový ceník služeb a v něm jasně a správně vyznačit, které činnosti jsou fakultativní (doporučení 55)</li></ul>  |

|             |   |
|-------------|---|
|             | <ul style="list-style-type: none"><li>• vypracovat novou pasáž návrhu smlouvy o poskytnutí sociální služby, která se týká fakultativních služeb (doporučení 56)</li><li>• vypracovat novou pasáž návrhu smlouvy o poskytnutí sociální služby, která se týká výše úhrady a způsobu jejího placení, včetně způsobu vyúčtování (doporučení 59)</li></ul>   |
| Do 3 měsíců | <ul style="list-style-type: none"><li>• pro případ, že klient předá zařízení do úschovy své osobní doklady, zavést jejich uchovávání tak, že budou uloženy v samostatném uzamykatelném prostoru, bude stanoveno oprávnění k přístupu a zavedena evidence přístupů (doporučení 6)</li><li>• buď zajistit, že používání výtahu nebude omezeno, nebo zřídit stanoviště noční služby také v přízemí a ve 2. patře (doporučení 9)</li><li>• zajistit poskytování ošetrovatelské péče v souladu s pravidly ošetrovatelského procesu a řádné vedení zdravotnické dokumentace (doporučení 34)</li><li>• nastavit systém bezpečného nakládání s léky a řádné dokumentace (doporučení 39)</li><li>• stanovit, u kterých klientů má být sledován příjem tekutin, a zajistit sledování pomocí objektivizovaných ukazatelů (doporučení 40)</li><li>• zajistit pro dopomoc se stravováním dostatek personálu a času a zorganizovat práci tak, aby péče byla individualizovaná (doporučení 52)</li><li>• informovat klienty a jejich zástupce o tom, že dosavadní stanovení fakultativních služeb bylo vadné, a nabídnout vyrovnání (doporučení 57)</li><li>• informovat klienty a jejich zástupce o tom, že dosavadní stanovení úhrad neodpovídalo právním předpisům, a nabídnout vyrovnání (doporučení 60)</li><li>• nabídnout klientům či jejich zástupcům snížení úhrady, pokud sdělí výši svého příjmu, a účtovat úhradu maximálně ve výši 85 % jejich příjmu (doporučení 61)</li></ul> |
| Do 6 měsíců | <ul style="list-style-type: none"><li>• odstranit prvky rizika pádu z interiéru, opravit a doplnit madla (doporučení 1)</li><li>• pořídit do interiéru dostatečné orientační prvky (doporučení 2)</li></ul>   |

- zavést individuální vyhodnocování zájmu a schopnosti klienta používat klíč od pokoje a skříně (doporučení 4)
- zajistit uzamykání koupelen a toalet mechanismem, který zároveň umožňuje otevření dveří zvenčí (doporučení 7)
- přijmout opatření k ochraně soukromí při provádění osobní hygieny a při používání toaletního křesla, např. používáním zástěn (doporučení 8)
- zřídit signalizaci u lůžek a na sociálním zařízení (doporučení 13)
- revidovat režim výtahu pro případ požáru a evakuace (doporučení 14)
- zajistit poskytování péče založené na základních zásadách sociálních služeb, co se týká denního režimu a naplňování potřeb klientů (doporučení 16)
- zajistit pracovníkům pravidelné školení v tématu komunikace s klientem s demencí (doporučení 20)
- zajistit pracovníkům pravidelné školení v tématu péče o klienta s demencí (doporučení 21)
- péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobit stádiu, ve kterém se syndrom demence nachází (doporučení 22)
- začít odborně správně pracovat na zvládnutí poruch chování klientů, s promyšleným využíváním nefarmakologických nástrojů (doporučení 24)
- revidovat způsob označení personálu jménem, aby byl pro klienty viditelný a pro personál prakticky (doporučení 28)
- uchovávat léky – majetek klientů – odděleně pro každého klienta (doporučení 36)
- zavést standardní proces prevence pádu včetně používání postranic (doporučení 42)
- zavést sledování a vyhodnocování bolesti a zajištění péče lékaře v návaznosti na ně (doporučení 43)
- zavést standardní proces prevence podvýživy (doporučení 54)

Do 1 roku

- provést nácvik evakuace a na jeho základě posílit bezpečnost klientů vhodnými organizačními a technickými opatřeními (doporučení 15)

## **Doporučení**

Průběžná

- provádět důkladně úklid a dbát, aby podlaha nelepila (doporučení 3)
- neodebírat občanské průkazy klientům plošně (doporučení 5)
- nikdy nezamykat klienta v pokoji (doporučení 10)
- žádat u lékařů pravidelné přehodnocování, zda je u klienta nezbytné pokračování v terapii antipsychotiky a benzodiazepiny, a poskytovat jim při tom součinnost (doporučení 27)
- připomínat personálu, že je nezbytné chovat se ke klientům s respektem jako k dospělým lidem a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování (doporučení 29)
- nezakládat realizaci práv klienta na přání rodiny nebo opatrovníka, nýbrž pracovat s jeho přáním a zájmem a odborně realizovat základní činnost „pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (doporučení 32)
- poskytovat pomoc a péči na základě řádně stanoveného mikčního režimu (doporučení 41)
- vést řádnou ošetrovatelskou dokumentaci o vývoji kožních defektů a jejich ošetřování (doporučení 44)
- zveřejňovat jídelníček způsobem přizpůsobeným osobám s demencí (doporučení 48)
- s jídlem zacházet tak, aby každý klient dostal porci dle normy – tj. mimo jiné informovat vždy personál kuchyně o tom, kolik porcí je třeba mechanicky upravit (doporučení 49)
- zaznamenávat rozhodnutí o mechanické úpravě stravy v dokumentaci klientů – kdo rozhodnutí přijal, kdy a jaké byly důvody (doporučení 50)
- pokud je nutné stravu mechanicky upravit, upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť (doporučení 51)
- účtovat už jen fakultativní služby sjednané podle nového smluvního ujednání (doporučení 58)

Spolu s vyjádřením ke zprávě

- sdělit, jaká je nyní situace ohledně vozíku paní D. (doporučení 18)
- sdělit, proč pan B. při nákupu speciálního lůžka nečerpal sociální dávku, resp. jaké byly okolnosti jejího vyřizování (doporučení 19)
- poskytnout kopii zdravotnické dokumentace komentující aktuální zdravotní stav paní H. Ch. (doporučení 45)



- poskytnout kopii zdravotnické dokumentace komentující aktuální zdravotní stav paní I. G. (doporučení 46)
- sdělit, jak je nyní zajištěno ohřívání jídla a poskytnout o tom důkazy – například fotografii, či fakturu o opravě konvektomatu (doporučení 47)
- poskytnout dodatečné vyjádření, na jakém podkladě účetní pro Sanatorium Lotos pracuje – pokud jde o písemné ujednání, žádám jeho kopii (doporučení 62)