



Sanatorium Trutnov

léčebna pro dlouhodobě nemocné

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Novodvorská 949, 541 01 Trutnov
Zřizovatel:	Ambeat Health Care, a. s.
Ředitel:	Ing. Lukáš Knapp
Typ zařízení:	léčebna pro dlouhodobě nemocné
Kapacita:	35 lůžek
Datum návštěvy:	3. až 4. srpna 2017
Datum vydání zprávy:	7. prosince 2017
Návštěvu provedli:	Mgr. et Bc. Tereza Gajdušková, Mgr. Katarína Haukvitzová, Mgr. et Mgr. Romana Jakešová, Mgr. Veronika DiCara, MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

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



Obsah

Úvodní informace	4
A. Systematická návštěva a její cíl	4
B. Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	4
C. Navržená opatření k nápravě	5
D. Průběh návštěvy	6
E. Informace o zařízení	6
Shrnutí	7
Prostředí a vybavení	8
1. Pokoje pacientů	8
2. Koupelny a toalety	10
3. Budova	11
Udělování souhlasu s hospitalizací a poskytováním zdravotních služeb	14
4. Souhlas s hospitalizací	14
5. Souhlas s jednotlivými zákroky (úkony)	16
6. Předběžná prohlášení a dříve vyslovená přání	16
Lékařské tajemství, zachování mlčenlivosti	18
7. Vizity	18
8. Informování blízkých pacienta o jeho zdravotním stavu	18
Pravidla pobytu v zařízení	20
9. Maximální délka pobytu	20
10. Vnitřní řád	20
11. Pravidla pro vyřizování stížností	21
12. Úhrady za pobyt	21
Pacient jako partner	23
13. Oslovování pacientů	23
14. Erární oděv	23
15. Odebírání průkazů totožnosti	23
16. Soukromí na pokoji, na toaletě, při hygieně	24
Volnost pohybu, zajištění bezpečí	26
17. Omezovací prostředky	26
18. Prevence pádů	27
19. Postranice	27
20. Identifikace pacientů	28



Ošetrovatelská a lékařská péče	30
21. Prevence malnutrice a dehydratace	30
22. Podávání stravy a nápojů	31
23. Mikční režim	32
24. Zdravotnická dokumentace	32
25. Ordinance, příprava a podání léků	34
26. Dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče	35
27. Hodnocení bolesti	35
28. Deprese	35
29. Kožní defekty, dekubity	36
30. Rehabilitace, ergoterapie, aktivizace	36
31. Péče o umírající, paliativní péče	38
Sociální práce	40
Personální zajištění péče	41
32. Počet personálu na směnách	41
33. Multidisciplinarita pečujícího týmu	42
Přehled opatření k nápravě	43



Úvodní informace

A. Systematická návštěva a její cíl

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

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

B. Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení⁴

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

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

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

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

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

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



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

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

Po provedení série souvisejících návštěv vydávám tzv. souhrnnou zprávu. Tu také zveřejňuji a doručuji příslušným orgánům veřejné moci. V souhrnné zprávě bez vazby na konkrétní navštívené zařízení shrnuji svá zjištění a doporučená opatření k nápravě, navrhuji systémová doporučení, případně formuluji standard dobrého zacházení. Cílem také je, aby zpráva byla k dispozici nenavštíveným zařízením jako vodítko k odstranění nebo prevenci špatného zacházení.⁷ Zatím poslední souhrnnou zprávu z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných jsem vydala v listopadu 2017.

C. Navržená opatření k nápravě

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

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

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

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

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

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



D. Průběh návštěvy

Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 3. až 4. srpna 2017. Ředitel nebyl v době návštěvy přítomen, o jejím zahájení byl informován telefonicky. Pověření k provedení návštěvy převzala pracovnice zastupující vrchní sestru, taktéž nepřítomnou.

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. et Bc. Tereza Gajdušková, Mgr. Katarína Haukvitzová a Mgr. et Mgr. Romana Jakešová, společně s expertkami z oblasti zdravotní péče – členkou výboru České gerontologické a geriatrické společnosti, lékařkou MUDr. Boženou Juraškovou Ph.D. a členkou prezidia České asociace sester, všeobecnou sestrou Mgr. Veronikou DiCara (dále jen „pracovnice Kanceláře“).

Pracovnice Kanceláře hovořily během návštěvy s lékařkou, ošetrovatelským personálem, pacienty a jejich návštěvami. Personál zařízení poskytl pracovním Kanceláře veškerou součinnost, za což děkuje.

E. Informace o zařízení

Zařízení je součástí sítě zařízení pro seniory provozované společností Ambeat Health Care, a. s. Ředitelem je Ing. Lukáš Knapp, který však svou funkci nevykonává přímo v zařízení. Chod zařízení má dle zjištění pracovníc Kanceláře na starosti vrchní sestra.

Zařízení má celkovou kapacitu 35 lůžek, na dvou z nich poskytuje pacientům sociální služby dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“). Většina doporučení se týká také těchto pacientů.

Budova zařízení sloužila dříve jako porodnice. Dnes je rozdělena do třech pater. V přízemí se nacházejí pouze provozní prostory, v prvním a druhém patře jsou umístěny pokoje pacientů (v počtu 17 a 18).

Péči během dne zajišťují na každém patře dva pracovníci, z toho vždy alespoň jedna všeobecná sestra oprávněna pracovat bez dozoru. V noci slouží na každém patře pouze jeden pracovník, tehdy postačuje, pokud je alespoň jeden z nich všeobecnou sestrou oprávněnou pracovat bez dozoru. Lékařskou péči zajišťují dva lékaři s částečným úvazkem, kteří do zařízení docházejí v odpoledních hodinách, údaje o četnosti návštěv se liší, pravděpodobně se jedná o dvou až třídní intervaly. Zařízení spolupracuje s nutričním terapeutem, se kterým konzultuje skladbu jídelníčku.



Shrnutí

Zařízení působí velmi rozporuplně.

Na jedné straně v něm pracuje velmi ochotný a přívětivý personál, který se snaží co nejvíce času trávit u lůžek pacientů. Vztahy mezi pacienty a personálem byly pracovníci Kanceláře hodnoceny jako velmi dobré. Pacienti jednotlivé členy personálu znali a těšili se z jejich přítomnosti.

V zařízení jsem přesto shledala značný počet pochybení.

Část z nich je důsledkem nevhodného stavebně-technického řešení budovy. U takto vzniklých pochybení bude náprava obtížná, nákladná, ale přesto nutná.

Problémem zařízení je dále nesystémovost poskytované péče. Personál postupuje ve většině oblastí ošetrovatelské péče intuitivně a mnohdy bohužel také v rozporu s aktuálními trendy. Údaje o pacientech jsou uváděny na několika místech najednou, některé informace nejsou zaznamenány nikde, chybí bezpečný systém identifikace pacientů, úschovy léků, léky nejsou podávány dle obecně přijímané praxe apod. Kombinací těchto postupů dochází, ač neúmyslně, k nepřetržitému ohrožování zdraví pacientů. Tuto část pochybení lze zhojit systematickým vedením pracovníků, nastavením interních postupů a následnou kontrolou jejich dodržování. Ke zlepšení dosavadní praxe by mohlo vést také sestavení vzdělávacího plánu pro jednotlivé pracovníky a jejich obecná podpora v průběžném vzdělávání.

Kvalita péče v zařízení je zřetelně poznamenána také absencí některých odborných profesí. S nutričním terapeutem spolupracuje zařízení jen velmi omezeně, zdravotně-sociální pracovník a ergoterapeut v zařízení chybí zcela. Bez přizvání těchto odborníků nelze poskytovat kvalitní a komplexní dlouhodobou péči.

Velmi rozpačitá jsem z finanční stránky poskytování péče. Zařízení má nastaven systém úhrad, který je nejasný a v některých bodech zavádějící (za nadstandard jsou považovány úkony, které by měly být běžnou součástí dlouhodobé péče). Zvláštní je také způsob vykazování péče zdravotním pojišťovnám. O ten se běžně během návštěv zařízení dlouhodobé péče nezajímám, v tomto případě je však spojen s nepravdivě vedenou dokumentací pacientů, a proto na něj ve zprávě upozorňuji.

Vzhledem k tomu, že zprávu zasílám řediteli, který je za situaci v zařízení odpovědný, avšak běžně není v zařízení přítomen, žádám jej, aby s mou zprávou seznámil také vrchní sestru a další členy personálu.



Prostředí a vybavení

1. Pokoje pacientů

1.1 Velikost pokojů

Pokoj pro pacienty musí mít minimální plochu na 1 lůžko 5 m², celkovou minimální plochu 8 m² a mezi lůžky musí být dostatečný prostor pro činnost personálu, pohyb pacienta a manipulaci s přístroji, materiálem a lůžky.⁸

Některé pokoje v zařízení byly natolik stísněny, že bylo stěží možné umístit mezi lůžka toaletní křeslo. V případě, že by personál potřeboval některého z pacientů vyvézt na lůžko například do koupelny, musel by při tom manipulovat také s lůžky ostatních pacientů. To není komfortní jak pro pacienty, tak pro personál. Zvyšuje se také riziko pádu pacientů v případě, že by jejich lůžka zůstala delší dobu odbrzděna. S tímto problémem se pracovnice Kanceláře setkaly zejména v třílůžkových pokojích, jejichž kapacitu by proto bylo dobré snížit na dvě lůžka.

Opatření:

- 1) Kapacitu pokojů přizpůsobit jejich velikosti; snížit kapacitu některých pokojů tak, aby byl mezi lůžky dostatečný prostor (do 6 měsíců).**

1.2 Signalizační zařízení

Signalizační zařízení je základním komunikačním zařízením mezi pacientem a sestrou. Je povinným vybavením pokoje⁹ a slouží pacientovi k přivolání pomoci. Je proto nutné, aby bylo funkční a každý pacient v pokoji na ně mohl v případě potřeby dosáhnout.

V zařízení měli signalizační zařízení k dispozici (v dosahu) pouze někteří pacienti. Většinou se jednalo o jednoho pacienta na pokoji. Ostatní byli v případě potřeby odkázáni na něj. Personál uvedl, že dříve měli signalizační zařízení k dispozici všichni pacienti, postupně se však přístroje pokazily.

Personál v zařízení se snažil tento nedostatek nahradit svou častou přítomností na chodbě a v pokojích pacientů, což oceňuji, nejedná se však o dlouhodobé řešení. Zařízení je povinno za každých okolností zajistit možnost přivolání pomoci. Ponechání pacienta bez dostupného signalizačního zařízení je rizikové a může vést k ohrožení zdraví a života pacienta. Pokud tedy dojde k jeho poškození, mělo by zařízení neprodleně řešit jeho opravu a pouze do doby, než bude zařízení opraveno, zajistit častější kontroly pacienta personálem.

⁸ Část I, bod 3 přílohy č. 4 k vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění vyhlášky č. 284/2017 Sb. (dále jen „vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení“).

⁹ Část I, bod 3 přílohy č. 4 k vyhlášce o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.



Opatření:

2) Zajistit všem pacientům dostupné a funkční signalizační zařízení (bezodkladně).

1.3 Uzamykatelný úložný prostor

Mezi základní provozní prostory lůžkového oddělení patří šatna pro pacienty, která (pokud není zřízena) může být nahrazena uzamykatelnými skříněmi.¹⁰

Pacienti v zařízení měli k dispozici uzamykatelnou skříňku, avšak bez klíče. Někteří pacienti zde přesto měli uloženy své cennosti (přívěšek, hodinky).

Při hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných považují za standard, že má pacient u sebe své osobní věci a že je může mít uloženy na pokoji při zachování základní ochrany před ztrátou nebo krádeží.

Pokud schopnosti pacienta nedostačují na používání klíče od skřínky, měl by starost o klíč převzít personál. Tato skutečnost by měla být zaznamenána v dokumentaci pacienta. Pacientovi musí být pro něj srozumitelným způsobem a třeba i opakovaně vysvětlováno, kde jeho věci jsou, a musí být dbáno na to, aby je mohl používat.

Opatření:

3) Zajistit pacientovi na pokoji uzamykatelný prostor pro uložení osobních věcí a zajistit, je-li to s ohledem na individuální možnosti a schopnosti pacienta možné, aby od něj měl pacient klíč (do 3 měsíců).

1.4 Vzhled pokojů

Pokoj je prostor, ve kterém by se měl pacient cítit bezpečně a důstojně. Je to současně místo, kde tráví většinu dne v průběhu často delšího pobytu v zařízení. Je proto nutné se zamýšlet i nad tím, jak docílit stimulace pacienta prostřednictvím terapeutického působení prostředí jeho pokoje, protože i to je nedělitelná součást celkové léčby. Zcela zásadní pro stimulaci pacienta je, aby měl k dispozici osobní předměty jako například fotografie svých blízkých. Neméně důležité je, aby prostředí bylo čisté a bez zápachu.

¹⁰ Část I, body 1 a 12 přílohy č. 4 k vyhlášce o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.



Na stěnách některých pokojů v zařízení a také na oknech pozorovaly pracovníce Kanceláře výzdobu s dětskou tematikou. Na dotaz, zda se jedná o individuální krok směrem k potřebám, přáním a prioritám konkrétních pacientů, se dozvěděly, že ne. Mohu se jen domnívat, že se jedná o pozůstatek z doby, kdy zařízení poskytovalo péči dětem.



Vzhledem k tomu, že zařízení aktuálně poskytuje péči dospělým lidem, měla by tomu odpovídat také jeho estetická stránka. S ohledem na cílovou skupinu bych ocenila, kdyby bylo prostředí pokojů podnětnější. Důraz na podnětné prostředí by měl být kladen zejména u těch pacientů, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko, a v jejich zorném poli není mnohdy téměř nic.

Opatření:

- 4) Přizpůsobit vzhled pokojů cílové skupině pacientů, vyvarovat se infantilní výzdoby (do 3 měsíců).**
- 5) Zaměřit se na zorné pole pacientů trvale upoutaných na lůžko (průběžně).**

2. Koupelny a toalety

Pacienti v léčebnách dlouhodobě nemocných se vyznačují zvýšenou ošetrovatelskou náročností. Koupelny a toalety by proto měly být standardně bezbariérové. Bezbariérovost vede ke zvýšení soběstačnosti pacientů, snížení rizika jejich úrazu, ale také k zefektivnění práce ošetřujícího personálu. Imobilní (ležící) pacienti by měl personál sprchovat na lůžku, čemuž by měly být uzpůsobeny prostory koupelny.

2.1 Centrální koupelna

V zařízení je centrální koupelna, ve které se pacienti sprchují jednou týdně. S ohledem na její umístění však technicky není možné do ní ležící pacienty přivést na lůžko a vzhledem k jejímu vnitřnímu uspořádání není možné použít ani koupací lůžko. Ležící pacienti jsou proto převáženi a poté také sprchováni vsedě v křeslech.

Tento způsob považuji za rizikový a nepohodlný jak pro pacienty, tak pro personál, pro který musí být koupání ležících pacientů v křeslech fyzicky velmi náročné, zvláště pokud vezmeme v úvahu, že personál byl v době návštěvy čistě ženský.

Opatření:

- 6) Zajistit, aby mohli být ležící pacienti převáženi do centrální koupelny a následně sprchováni na lůžku (do 6 měsíců)**



2.2 Koupelny na pokojích

Součástí některých pokojů jsou menší, samostatné koupelny s toaletou. Ty jsou pro většinu pacientů nepoužitelné, neboť nejsou bezbariérové. Sprchový kout je oproti zbytku koupelny vyvýšen, stejně tak toaletní mísa je umístěna příliš vysoko, někteří pacienti nedosáhnou v případě jejího použití nohama na zem. Ve sprchovém koutu nejsou madla. Koupelny jsou nevhodně vybaveny zahradním nábytkem, který je částečně upraven, ale stále je příliš lehký, nestabilní, a pro pacienty tedy nebezpečný. V koupelnách chybí signalizační zařízení, prostřednictvím kterého by mohl pacient v případě potřeby přivolat pomoc.



Opatření:

- 7) Zajistit pacientům přístup k bezbariérovým koupelnám a toaletám (do 1 roku)**
- 8) Vybavit koupelny a toalety signalizačním zařízením (do 3 měsíců)**

3. Budova

3.1 Denní místnost pro pacienty

Denní místnost pro pacienty patří, je-li zřízena, mezi základní provozní místnosti zdravotnického zařízení.¹¹

V zařízení denní místnost zřízena nebyla. Pacienti trávili den na pokojích, případně na chodbě. Pokud bylo dobré počasí, bylo možné jít také ven.

Denní místnost vnímám jako prostor, který může sloužit k terapeutickým i soukromým aktivitám, k návštěvám příbuzných nebo ke společenskému kontaktu mezi pacienty (např. společnému stravování). Může zmírňovat nepohodlí pacienta způsobené větším počtem lůžek na pokoji, ale může být využit i k rehabilitačním činnostem.

Opatření:

- 9) Zřídit denní místnost pro pacienty (do 1 roku).**

3.2 Orientace v zařízení

Léčebna je pro nově příchozího pacienta neznámým prostředím. Často může být dezorientován. Tím spíše, pokud pacient trpí demencí, mezi jejíž projevy patří právě ztráta nebo narušení schopnosti orientace v prostoru. Pacient se zhoršenou schopností orientace může mít potíže s vyhledáním nejenom svého pokoje, ale i sociálního zařízení nebo sesterny. To může vést buď k permanentní úzkosti a celodennímu setrvávání v pokoji, nebo naopak k bloudění po zařízení a zmatenosti.

11 Část I, bod 1, písm. h) přílohy č. 4 k vyhlášce o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.



V zařízení by měly být použity prvky usnadňující orientaci pacientů. Prostředí bezpečné a předvídatelné pro pacienta lze vytvořit používáním vhodných pomůcek, směrovek, úprav, barevného značení či piktogramů.

Pracovnice Kanceláře během návštěvy žádné orientační prvky nezaznamenaly. Na chodbách nebyly směrovky, pokoje pacientů nebyly označeny jmény. To může stěžovat orientaci pacientům nejen s kognitivním deficitem, ale i těm bez něj, například pokud chtějí navštívit někoho ve vzdálenějším pokoji či na jiném patře. Neoznačené pokoje stěžují práci také personálu.

Opatření:

- 10) Vhodnými nástroji podpořit schopnost pacienta orientovat se v prostoru (do 3 měsíců).**

3.3 Mříže na oddělení

Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb v bezpečném, avšak co nejméně omezujícím prostředí.¹²

V zařízení byly instalovány mříže. Pacientka A byla dle personálu večer a v noci neklidná, někdy se procházela po chodbě a hrozilo dokonce, že opustí zařízení. Personál na to reagoval zvýšeným dohledem a v noci, pokud na oddělení nebyl přítomen nikdo z personálu (sestra podávala léky pacientům v jiném patře), se uzamykaly mříže umístěné při vchodu na oddělení.

Umístění mříží v léčebně pro dlouhodobě nemocné nepovažuji za vhodné. Může se stát, že jsou v zařízení hospitalizovaní pacienti, jejichž zdravotní stav spolu se špatnou orientací v realitě způsobuje, že mohou neúmyslně opustit zařízení a ohrozit tak svůj život nebo zdraví. V příjmové zprávě výše zmíněné pacientky lékař uvedl, že je dezorientovaná. Pro takové případy doporučuji opatřit východ z oddělení dveřmi, které bude sám schopen otevřít a oddělení opustit pouze orientovaný pacient (například po vytkání vyznačeného číselného kódu). Pokud si přeje zařízení opustit orientovaný pacient, vyvstává otázka, zda je jeho pobyt v zařízení dobrovolný a pokud ne, zda je jeho nedobrovolný pobyt v zařízení právně ošetřen¹³.

Opatření:

- 11) Odstranit mříže a zavést takový systém uzavření oddělení, který ve volném pohybu neomezí pacienty a další osoby, u nichž to není žádoucí (do 6 měsíců).**

¹² Ustanovení § 28 odst. 3 písm. k) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“).

¹³ Ustanovení § 40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.



3.4 Výtah

Zařízení je povinno poskytovat služby v bezpečném prostředí.¹⁴ Zařízení dlouhodobé péče by rovněž mělo být v co nejvyšší míře bezbariérové.

Součástí zařízení je výtah. V něm však není dostatek prostoru pro převoz pacienta na lůžku. To je jeden z důvodů, proč musí personál převážet ležící pacienty ke sprchování do centrální koupelny v křeslech (viz kapitola 2.1). Mohu se domnívat, že podobně probíhá přeprava ležících pacientů mimo zařízení (například na vyšetření do jiného zdravotnického zařízení).

Problematickými vnímám také pravidla, dle kterých je výtah využíván. Personál jej průběžně zamyká a klíče si nechává u sebe. Pokud si pacienti přejí výtah využít, musejí požádat někoho z personálu, aby výtah odemkl. Podobně návštěvy pacientů. Pracovnice Kanceláře byly svědkyněmi toho, kdy paní s výraznými pohybovými problémy, která přišla na návštěvu, musela pomalu a s přestávkami zdolávat schody do patra, jež vedly za jejím blízkým. Nevylučuji, že pokud by se tato paní zeptala někoho z personálu, výtah by ji odemkl. Personál se však v přízemí v podstatě neobjevuje (nejsou zde pokoje pacientů), návštěva by tedy musela mít velké štěstí. Pokud se zařízení obává, že budou tímto způsobem dezorientovaní pacienti neúmyslně opouštět zařízení, doporučuji opatřit vstup do výtahu podobným mechanismem jako východ z oddělení (viz kapitola 3.3).

Zařízení by mělo věnovat pozornost také požární bezpečnosti stavby.

Výtah dle požárního evakuačního plánu budovy ze dne 14. ledna 2006 nelze použít jako evakuační, neboť není zajištěna náhradní dodávka elektrického proudu pro jeho pohon v případě výpadku proudu. Pokud by tedy došlo k požáru, muselo by být všech 35 pacientů, mezi kterými byli také pacienti imobilní či dokonce pacienti v bezvědomí, evakuováno po schodišti.

Opatření:

- 12) Zpřístupnit výtah bez dalšího všem pacientům a jejich návštěvám; zajistit takový způsob jeho uzamčení, který ve volném pohybu neomezí pacienty a další osoby, u nichž to není žádoucí (bezodkladně).**
- 13) Vysvětlit, jakým způsobem jsou ležící pacienti přepravováni mimo zařízení a jakým způsobem by probíhala evakuace pacientů v případě požáru (do 1 měsíce).**

¹⁴ Ustanovení § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách.



Udělování souhlasu s hospitalizací a poskytováním zdravotních služeb

Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem.¹⁵

4. Souhlas s hospitalizací

4.1 Pacienti, kteří jsou schopni souhlas vyjádřit

Zákon stanoví, že souhlas s hospitalizací musí být vždy písemný.¹⁶

V zařízení pacient při nástupu k hospitalizaci neuděluje písemný souhlas s hospitalizací, ale pouze s „ošetřovatelskými úkony spojenými s hospitalizací“.

Tento postup je nesprávný. Ačkoliv se může zdát, že se jedná o pouhý formalismus a že je samozřejmé, že pokud pacient souhlasí s úkony spojenými s hospitalizací, souhlasí také se samotnou hospitalizací, není tomu tak. Pacient by měl být při nástupu k hospitalizaci informován ve smyslu § 31 zákona o zdravotních službách o svém zdravotním stavu, předpokládaném průběhu hospitalizace, její předpokládané délce apod. Teprve poté může udělit svobodný a informovaný souhlas s hospitalizací.¹⁷ Všechny ostatní postupy je nutno odmítnout.

Opatření:

14) Vyžadovat od pacientů při jejich přijetí písemný souhlas s hospitalizací (průběžně).

Praxe v zařízení je dále taková, že pokud pacient není schopen písemný souhlas (s ošetřovatelskými úkony spojenými s hospitalizací) udělit, požádá personál zařízení o udělení souhlasu některého ze členů pacientovy rodiny.

Tento postup taktéž není správný.

Pokud se jedná o pacienta, který má jistý kognitivní deficit, avšak rozumí tomu, že je v nemocnici, může souhlas udělit on sám. V takovém případě lékař přizpůsobí podávané informace schopnosti pacienta porozumět a ve formuláři okolnosti poskytnutí souhlasu zaznamená. Pacient je řádně informován pouze tehdy, pokud podané informace rozumí. Pokud pacient s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen souhlas s hospitalizací vyjádřit písemně, může jej podle zákona vyjádřit jinak.¹⁸ Tehdy lékař zaznamená nepochybný projev

15 Ustanovení § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

16 Ustanovení § 34 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

17 Ustanovení § 31 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

18 Ustanovení § 34 odst. 6 zákona o zdravotních službách.



vůle pacienta do zdravotnické dokumentace o něm vedené, uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící pacientovi ve vyjádření požadovaným způsobem; záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

Opatření:

- 15) V případě, že má pacient kognitivní deficit, avšak rozumí tomu, že je v nemocnici, požadovat souhlas s hospitalizací od něho samotného; pokud s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen souhlas vyjádřit písemně, použít alternativní možnosti jeho vyjádření (průběžně).**

4.2 Pacienti, kteří nejsou schopni souhlas vyjádřit

Pokud pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb žádným způsobem, avšak jeho stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče, lze jej hospitalizovat bez souhlasu.¹⁹ V takovém případě je poskytovatel povinen informovat o hospitalizaci soud, v jehož obvodu se zdravotnické zařízení nachází, a to ve lhůtě 24 hodin.²⁰ Soud poté určí, zda je hospitalizace pacienta oprávněná. Poskytovatel je o hospitalizaci povinen informovat rovněž osoby určené pacientem v souladu s § 33 zákona o zdravotních službách, a není-li takových osob, některou z osob blízkých, popřípadě osobu ze společné domácnosti, nebo zákonného zástupce pacienta, pokud jsou mu známy.²¹

Ve zdravotnické dokumentaci některých pacientů pracovníci Kanceláře našli místo souhlasu s hospitalizací (resp. „souhlasu s ošetrovatelskými úkony spojenými s hospitalizací“) rozhodnutí soudu o oprávněnosti držení pacienta ve zdravotnickém zařízení bez jeho souhlasu. Jedná se o rozhodnutí, která soud vydal ve chvíli, kdy byli daní pacienti hospitalizováni v některém zařízení akutní péče (než byli přeloženi do léčebny).

Upozorňuji, že souhlas s přijetím a převzetím pacienta bez souhlasu uděluje soud vždy pro konkrétní zařízení. Pokud je pacient později přeložen do jiného zařízení a stále platí, že není schopen vyjádřit souhlas s hospitalizací, je toto nové zařízení povinno znovu požádat soud o vyslovení přípustnosti převzetí a držení pacienta bez jeho souhlasu.

Opatření:

- 16) V případě, že pacient není schopen vyjádřit souhlas s hospitalizací, ale jeho zdravotní stav vyžaduje bezodkladné poskytnutí péče, informovat o tom ve lhůtě 24 hodin místně příslušný soud a dále osoby blízké pacientovi; obdobně postupovat v případě, kdy soud vydal rozhodnutí soudu o přípustnosti převzetí a držení pacienta, avšak pro jiné zařízení (průběžně).**

19 Ustanovení § 38 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách.

20 Ustanovení § 40 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách a 75 odst. 1 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů.

21 Ustanovení § 38 odst. 6 zákona o zdravotních službách.



- 17) Upravit vnitřním předpisem postup při oznamování převzetí pacienta do léčebny soudu a dalším subjektům.**

5. Souhlas s jednotlivými zákroky (úkony)

Za zdravotní služby, k nimž je vyžadován souhlas pacienta, je třeba považovat jakoukoliv zdravotní péči a další úkony definované v § 2 odst. 2 zákona o zdravotních službách. Písemná forma se vyžaduje, pokud tak stanoví některý z právních předpisů,²² nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. V této souvislosti upozorňuji na povinnost poskytovatele zpracovat seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí vyžaduje písemný souhlas.²³ I zde platí, že souhlas musí být svobodný a informovaný.²⁴

Praxe, která funguje v zařízení, kdy pacient hned v úvodu hospitalizace souhlasí s „ošetřovatelskými úkony, které s ní budou spojeny“, není v souladu se zákonem. Především není známo, které konkrétní úkony pojem „ošetřovatelské úkony spojené s hospitalizací“ zahrnuje, a pacient tedy neví, s čím souhlasí. Problém je také s načasováním. Souhlas získaný při nástupu k hospitalizaci je lehce zpochybnitelný, neboť není informovaný. Pacient by měl mít v době udělování souhlasu s poskytnutím konkrétních služeb informace o jejich účelu, povaze, předpokládaném přínosu, a možných důsledcích a rizicích. Měl by být informován také o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb a jejich přínosech a rizicích.²⁵

Opatření:

- 18) Mít zpracovaný seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí se v zařízení vyžaduje písemný souhlas (do 3 měsíců).**
- 19) Žádat souhlas pacienta [případně jiné oprávněné osoby] s poskytnutím zdravotních služeb, až když mu zdravotník navrhuje provedení konkrétního úkonu, ke kterému má být souhlas poskytnut (průběžně).**

6. Předběžná prohlášení a dříve vyslovená přání

Při poskytování zdravotních služeb je třeba umožnit pacientům vyslovit předběžné prohlášení či dříve vyslovené přání a ta poté respektovat.

Předběžné prohlášení člověk činí tehdy, očekává-li v budoucnosti vlastní nezpůsobilost právně jednat (např. vlivem postupující nemoci), a to nejen v oblasti zdravotních služeb. Jedná se o projev vůle, aby byly záležitosti, týkající se toho, kdo jej činí, spravovány určitým

22 Viz např. zákon č. 285/2002 Sb., či zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

23 Ustanovení § 45 odst. 2 písm. h) zákona o zdravotních službách.

24 Ustanovení § 34 zákona o zdravotních službách.

25 Ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách.



způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem.²⁶

Dříve vyslovené přání je institut zdravotnického práva. Pacient jej může vyslovit pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.²⁷

Oba instituty považují za dobrý nástroj v případech, kdy se pacient obává, že v budoucnu nebude pro svůj zdravotní stav schopen spolurozhodovat o podobě léčby, přestože by si to přál.

Během návštěvy pracovnice Kanceláře zjistily, že personál není dostatečně obeznámen s instituty dříve vysloveného přání a předběžného prohlášení a žádným způsobem s nimi nepracuje.

Jedná se o relativně nové instituty, které byly do české právní úpravy začleněny na základě mezinárodních závazků České republiky. Očekávám však, že je pacienti budou využívat stále častěji, a proto vedení zařízení doporučuji, aby personálu v této oblasti zajistil proškolení.

Opatření:

- 20) Seznámit personál s instituty dříve vysloveného přání a předběžného prohlášení a zajistit, aby o možnosti jejich vyslovení byli pacienti informováni (do 1 měsíce).**

²⁶ Ustanovení § 38 až 44 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění zákona č. 460/2016 Sb.

²⁷ Ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách.



Lékařské tajemství, zachování mlčenlivosti

7. Vizity

Výměna informací o pacientovi mezi personálem stejně jako informování pacienta o průběhu hospitalizace a jeho zdravotním stavu jsou velmi důležité. Stejně tak je ale důležitá ochrana jeho soukromí.

Vizity v zařízení probíhají na pokojích za přítomnosti všech pacientů. Osobní a citlivé informace o pacientovi tak běžně slyší i ostatní pacienti.

Domnívám se, že lze ke sdělování informací přistupovat šetrněji. Zdravotníci, kteří se vizity účastní, si citlivé informace o pacientovi mohou sdělit předem v soukromí pracovních a na návštěvě na pokoji se o nich již zbytečně nezmiňovat. Chodícím pacientům by taktéž měla být nabídnuta možnost probrat osobní a citlivé informace jinde než na pokoji.

Opatření:

- 21) Chránit soukromí pacienta, a pokud to okolnosti dovolí, nesdělovat před ostatními pacienty citlivé osobní údaje týkající se jeho zdravotního stavu (průběžně).**
- 22) Nabízet chodícím pacientům možnost soukromého rozhovoru pacienta s lékařem (průběžně).**

8. Informování blízkých pacienta o jeho zdravotním stavu

Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace a současně může určit, zda mohou vyslovit namísto něho souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pacient může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat.²⁸

U pacientů, za které udělovali souhlas s „ošetřovatelskými úkony spojenými s hospitalizací“ jejich příbuzní (viz kapitola 4.1), rozhodovaly stejné osoby o tom, komu mají být poskytovány informace o zdravotním stavu pacienta. Docházelo tak k situacím, kdy si tyto osoby samy určily, že jim mají být poskytovány informace, aniž o tom pacient musel vědět. Tato praxe je špatná. Pro případ, že pacient s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen určit osoby, které mají být informovány o jeho zdravotním stavu, což se může stát, zákon stanoví, že jsou těmito osobami automaticky osoby blízké. Pokud pacient je schopen

²⁸ Ustanovení § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách.



tyto osoby určit, může tak učinit pouze on sám. Dokument, který za něho podepíše rodinný příslušník či jiná osoba blízká, nemá v tomto případě žádnou relevanci.

Opatření:

- 23) Výběr osob, které mohou být informovány o zdravotním stavu pacienta, ponechávat na pacientovi, nikoliv na jeho příbuzných (průběžně).**



Pravidla pobytu v zařízení

9. Maximální délka pobytu

Právní řád délku pobytu v léčebně nijak neomezuje. Jedinou podmínkou pro úhradu péče z veřejného zdravotního pojištění je její indikace lékařem.²⁹

Během návštěvy personál zmínil, že hospitalizace pacientů v zařízení může trvat maximálně tři měsíce a poté, je-li potřeba, může být výjimečně prodloužena. Obdobná informace je uvedena také na webových stránkách zařízení. Pacient, který byl v době návštěvy v zařízení hospitalizován nejdéle, zde byl 11 měsíců.

Považuji za nevhodné, aby byl na pacienta a jeho blízké vyvíjen tlak v podobě předem avizovaného omezení délky hospitalizace na tři měsíce. Lékař by měl stav pacienta a jeho vývoj sledovat průběžně. Stejně tak by s ním a jeho blízkými měl průběžně konzultovat předpokládanou délku hospitalizace a možnosti další péče ať již v domácím prostředí, či v zařízení poskytující sociální služby. V této věci by mu měl být nápomocen zdravotně-sociální pracovník (viz kapitola věnovaná sociální práci).

Opatření:

24) Neposkytovat pacientům a jejich blízkým mylnou informaci o maximální délce hospitalizace v zařízení (průběžně).

10. Vnitřní řád

Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení.³⁰ Vnitřní řád upravuje základní práva a povinnosti pacienta ve vztahu k zařízení.

Pacienti mají možnost nahlédnout do vnitřního (domovního) řádu při nástupu k hospitalizaci, kdy také svým podpisem stvrzují, že s ním byli seznámeni. Řád se poté založí do jejich zdravotní dokumentace, jinde jej pacienti nenajdou.

Považuji za vhodné, aby byl domácí řád pacientům zpřístupněn po celou dobu hospitalizace. Je vhodné umístit jej na pokoje pacientů na takové místo, aby byl v dosahu pacientů, a ti do něj tak mohli kdykoliv nahlížet.

Opatření:

25) Zpřístupnit pacientům vnitřní řád po celou dobu hospitalizace (bezodkladně).

²⁹ Ustanovení § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

³⁰ Ustanovení § 28 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.



11. Pravidla pro vyřizování stížností

Poskytovatel zdravotních služeb má povinnost vypracovat postup pro vyřizování stížností a uveřejnit jej na veřejně přístupném místě v zařízení a na svých internetových stránkách. Stížnostní mechanismus by měl být jasný a přezkoumatelný. Další povinnosti poskytovatele spojené s postupem při vyřizování stížností upravuje zákon o zdravotních službách.³¹

V zařízení neexistují psaná stížnostní pravidla. Pokud si pacienti nebo jeho blízcí stěžují na poskytovanou péči, vyřídí se to na místě. Pokud se někdo obrací na ředitele zařízení, který sídlí v Praze, v zařízení o tom nevědí. Projektový manažer zařízení uvedl, že ředitel neobdržel za poslední tři roky žádnou oficiální písemnou stížnost.

Obdobně jako u vnitřního řádu považuji i zde za vhodné, aby byli pacienti při nástupu k hospitalizaci seznámeni se stížnostním postupem a poté, aby jim byl v písemné podobě dostupný. V souladu se zákonným požadavkem by jej měl poskytovatel zveřejnit také na internetových stránkách zařízení.

Opatření:

- 26) Zpřístupnit pacientům pravidla pro vyřizování stížností, a to po celou dobu hospitalizace (bezodkladně).**
- 27) Zveřejnit pravidla pro vyřizování stížností na internetových stránkách zařízení (do 1 měsíce).**

12. Úhrady za pobyt

Hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je pacientovi zpravidla plně hrazena ze zdravotního pojištění. V zařízeních přesto může existovat omezený počet pokojů, které budou nadstandardně vybaveny.

V zařízení existují nadstandardní pokoje, za které pacienti platí 200 Kč denně. Dle personálu se jedná o všechny jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, přičemž v ničem jiném, než je počet lůžek, dle jejich názoru nadstandard nespočívá. Dle informací uvedených v domácím řádu pacienti platí nejen za nižší počet lůžek na pokoji, ale také za „nadstandardní služby a doplňkové služby pro klienty (televize na pokoji, elektrická polohovatelná lůžka s antidekubitními matracemi, vlhké hojení ran)“. Třetí výklad pojmu nadstandard lze najít na webových stránkách zařízení, kde jsou jako příklady nadstandardních služeb uvedeny:

- **Hospitalizace na dvoulůžkových pokojích s nadstandardním vybavením – polohovací postele s aktivními i pasivními antidekubitními matracemi, nábytek hotelového typu, TV na pokoji.**
- **Možnost výběru jídla v rámci denní nabídky, včetně doplňkové nutriční stravy.**
- **Nákupní služba k lůžku.**
- **Vedení individuálních účtů pacientů.**

31 Ustanovení § 93 zákona o zdravotních službách.



- Resocializace, psychologické poradenství a sociální podpora.
- Rehabilitace nad míru nezbytnou jako součást komplexní léčby (např. fyzioterapie).
- Půjčování rehabilitačních a zdravotních pomůcek v majetku Sanatoria Trutnov rodinným příslušníkům, pokud je potřebují pro péči o pacienta mimo LDN v době dočasného propuštění.
- Nadstandardní nezdravotnické personální vybavení.
- Další služby dle přání pacienta, např. zajištění návštěvy kadeřníka, pedikúry, zapůjčení knih, zprostředkování telefonického i písemného kontaktu s příbuznými aj.

Prvním problémem je tedy nejednoznačnost toho, za co si pacienti připlácejí. Ze třech různých zdrojů se pacient dozví tři různé definice pojmu nadstandard. Webové stránky i domácí řád přitom prokazatelně obsahují nepravdivé informace. Žádní pacienti si dle informací získaných během návštěvy nemohou vybírat jídlo z denní nabídky, neexistuje ani nadstandardní personální vybavení pro pacienty, nikdo nerehabilituje „nad míru nezbytnou“ a televizor na pokoji mají také pacienti na třílůžkovém pokoji.

Za zcela nepřijatelné pak považují, že zařízení označuje za nadstandard ty aspekty péče, které by v zařízení tohoto typu měly být samozřejmostí. Jedná se o polohovací lůžka s antidekubitními matracemi, sociální a psychologickou podporu pacientů, zprostředkování telefonického a písemného kontaktu s rodinnými příslušníky apod.

Zvláštním tématem je léčba dekubitů pomocí tzv. vlhkého hojení (viz kapitola 29).

Opatření:

28) Sjednotit výklad pojmu nadstandard (bezodkladně).

29) Neoznačovat za nadstandard a nezaplatňovat ty aspekty péče, které jsou běžnou součástí péče poskytované v léčebnách (bezodkladně).



Pacient jako partner

13. Oslovování pacientů

Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na úctu a důstojné zacházení.³² K tomuto právu patří také právo na důstojnou komunikaci a důstojné oslovování.

V zařízení personál s pacienty komunikoval velmi lidsky. Přesto pracovníce Kanceláře zaznamenaly občasné nevhodné používání zdvořilostí či familiární („babi“, „prdelky“). Personál by o pacientech taktéž neměl mluvit jako o číslech lůžek (např. „9/2 v noci nespál“).

Opatření:

30) Dbát o korektní oslovování pacienta a vhodnou komunikaci, nestavět jej do role dítěte, nepoužívat k jeho oslovování zdvořilosti (průběžně).

14. Erární oděv

S důstojným zacházením souvisí také podoba oděvu pacientů.



Pacienti v zařízení mají vlastní oblečení. Pokud někdo nemá, je využito erární oblečení, které zařízení získává od soukromých dárců (často z řad personálu). Mezi erárními kusy oblečení pracovníce Kanceláře našly také spodní prádlo. Jeden z pacientů dostal během návštěvy od personálu mikinu s motivem „Pat a Mat“.

S ohledem na požadavek důstojnosti žádám zařízení, aby volilo takový oděv, který nenese infantilní prvky a nemá potenciál v pacientovi vzbuzovat pocit ponížení, bezcennosti.

Opatření:

31) Nepoužívat pro pacienty erární oděv s infantilními motivy (průběžně).

32) Nepoužívat erární spodní prádlo (průběžně).

15. Odebírání průkazů totožnosti

Při nástupu k hospitalizaci uzavírají pacienti s poskytovatelem smlouvu o úschově občanského průkazu, případně průkazu pojištěnce u personálu zařízení. Smlouva je automaticky předkládána všem pacientům, všichni ji také v době návštěvy měli uzavřenou.

Pracovníce Kanceláře nebyly přítomny příjmu pacienta. Nemám tedy informace o tom, zda je pacientům možnost uložit si u personálu po dobu hospitalizace průkaz totožnosti pouze

³² Ustanovení § 28 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách.



nabízena, nebo zda jim je smlouva předkládána jako standardní součást vstupních dokumentů. Proto pouze upozorňuji na to, že průkazy totožnosti by neměly být pacientům odebrány plošně a automaticky. Pacient, který má zachovány kognitivní funkce, může tento krok vnímat jako znak méněcennosti, omezení svéprávnosti apod. V odůvodněných případech, kdy odebrání průkazů vede k ochraně pacienta proti jejich zneužití (např. pacient s demencí), je odebrání průkazů možné. Ostatním pacientům je vhodné tuto možnost pouze nabídnout, neboť ti k jejich uskladnění mohou využít uzamykatelného prostoru, který by měli mít k dispozici.³³

Pokud se pacient rozhodne uzavřít smlouvu o úschově, měla by být uzavřena dle platných právních předpisů (nikoliv podle zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, jako je tomu nyní). Měla by být uzavírána mezi pacientem a zařízením (nikoliv mezi pacientem a Sanatoriem MUDr. Jaroslava Bílka) a měla by být oběma stranami podepsána.

V případě odebrání průkazu pacienta je nutné jej uložit tak, aby k němu neměly přístup třetí osoby.

Opatření:

33) Neodebírat plošně občanské průkazy, možnost úschovy pouze nabízet (průběžně).

34) Upravit smlouvu o úschově tak, aby odpovídala platné právní úpravě; dodržovat náležitosti smlouvy (průběžně).

16. Soukromí na pokoji, na toaletě, při hygieně

Pokoj musí být pro pacienta důstojným prostředím, musí mu poskytovat alespoň základní míru soukromí.³⁴ Důstojnost pacienta musí chránit také praxe personálu. Nároky kladené na léčebny jsou v tomto ohledu značné, ale zcela opodstatněné.

Při hygieně pacientů, která probíhala na pokoji, nebyly používány zástěny. Někteří členové ošetrovatelského personálu navíc nechávali otevřené dveře na chodbu. Odhaleného pacienta tak mohli spatřit jak ostatní pacienti na pokoji, tak také například návštěva procházející po chodbě. Naopak při převozu pacienta ke sprchování do centrální koupelny personál chránil jeho soukromí – pacient byl sice oděn pouze ve spodním prádle, ale byl vhodně zakryt.

Pracovnice Kanceláře byly také svědkyněmi toho, kdy pacient při otevřených dveřích používal toaletu. Personál jej tam dovedl a pacient poté čekal, až bude mít personál čas a bude jej moci doprovodit zpátky k lůžku. Další možností bylo na personál zakřičet a přivolat jej. Vykonávání toalety při otevřených dveřích považuji za ponižující. Řešení tohoto problému vidím v instalaci signalizačního zařízení v koupelnách pacientů (viz kapitola 2.2).

33 Část I, bod 1 a 12 přílohy č. 4 k vyhlášce o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.

34 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách.



Opatření:

35) Zavírat dveře a používat zástěny při provádění hygieny na pokojích (průběžně).

36) Zavírat dveře na toaletu, používá-li ji některý z pacientů (průběžně).



Volnost pohybu, zajištění bezpečí

17. Omezovací prostředky

Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí.³⁵ Každé použití omezovacího prostředku představuje zásah do základního práva pacienta na zachování tělesné a duševní integrity, a proto je možné až poté, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity jiné mírnější postupy (s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k odvrácení bezprostředního nebezpečí).³⁶

Zákon stanoví, že každé použití omezovacího prostředku, včetně důvodu jeho užití, musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.³⁷ Podrobnosti zápisu stanoví vyhláška o zdravotnické dokumentaci.³⁸

Poskytovatel je dále povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť; identifikační údaje pacientů, u nichž byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití.³⁹

Během návštěvy vyšlo najevo, že v zařízení považují za omezovací prostředek pouze použití kurtů. K tomu za poslední rok nedošlo u žádného pacienta. Použití omezovacího prostředku se dle personálu zaznamenává do knihy hlášení, která je uložena na sesterně, nikoliv do dokumentace pacienta. Zařízení nevede centrální evidenci použití omezovacích prostředků.

Opatření:

37) Poučit personál o zákonné definici pojmu omezovací prostředek a touto definicí se při poskytování zdravotních služeb řídit (průběžně).

38) Zaznamenávat každé jednotlivé použití omezovacího prostředku do zdravotní dokumentace pacienta (průběžně).

39) Vést centrální evidenci omezovacích prostředků (průběžně).

35 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách.

36 Ustanovení § 39 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách, účinný od 31. května 2017.

37 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. e) zákona o zdravotních službách, účinný od 31. května 2017.

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

39 Ustanovení § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách.



18. Prevence pádů

Pád může vést ke snížení kvality života pacienta, prodloužit jeho hospitalizaci a starší pacienti může dokonce trvale upoutat na lůžko. Proto považuji za velmi důležité věnovat pozornost jeho prevenci. Pokud k pádu i přes náležitou prevenci dojde, zohlednit tento fakt v další péči o pacienta.

V zařízení neprobíhá systematické hodnocení rizika pádu. Pokud k pádu dojde, jako tomu bylo u pacienta B v noci ze dne 22. na 23. července 2017, zaznamená se tato událost do knihy hlášení. V dokumentaci pacienta se pád ani následná opatření pro minimalizaci rizika jeho opakování neobjevily.

Na chodbách jsou pacientům k dispozici madla, kterých se při chůzi mohou přidržovat. Jsou však umístěna pouze podél jedné strany chodby. I zde tedy vidím prostor pro zlepšení.

K minimalizaci pádů by v neposlední řadě přispělo zpřístupnění výtahu pacientům bez toho, aby o to museli žádat (viz kapitola 3.4).

Opatření:

40) Dbát o prevenci pádů; případné pády zaznamenávat do zdravotní dokumentace, vyhodnocovat jejich příčiny a zohledňovat je v další péči o pacienta (průběžně).

41) Umístit madla po obou stranách chodby (do 3 měsíců).

19. Postranice

Postranice (nebo zábrany) jsou běžně užívaným ošetrovatelským nástrojem, jehož účelem je zabránit pacientovi v pádu z lůžka. Jejich použití však může ohrožovat pacientovu důstojnost i zdraví (imobilizace, inkontinence).

V zařízení k případnému zvednutí postranic postačuje rozhodnutí ošetřujícího personálu. O to intenzivněji vnímám důležitost dodržování následujících pravidel:

- 1) Účelem použití postranic musí být zamezení pádu pacienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, nikoliv například ulehčení práce personálu. Předpokladem je individuální hodnocení rizika pádu.
- 2) Použití postranic musí být přiměřené riziku. Jako pravidlo platí, že je nutné vždy používat co nejméně restriktivní opatření. Je tedy třeba nejdříve zvážit, zda nelze k ochraně před pádem, respektive před následkem pádu, použít méně restriktivní opatření, například snížit lůžko či položit matrace vedle lůžka, nebo použít postranice částečné, anebo spustitelné pacientem na lůžku. U pacientů s demencí může být vhodné rovněž použití piktogramů vysvětlujících nutnost zvednutí postranic. Zvláště je třeba zvažovat použití postranic u pacientů, u kterých vyvolává postranice úzkost a mohou se snažit ji sundávat nebo přelézat.



- 3) Při použití postranic u pohyblivých pacientů (prevence pádu ve spánku) je nutné zajistit, aby pacient mohl opustit lůžko. Například lze použít postranice částečné, nebo spustitelné pacientem na lůžku.
- 4) Zákon výslovně neukládá zdravotnickému zařízení povinnost zaznamenávat režim použití postranic do zdravotnické dokumentace. Je-li však režim nasazování postranic uveden v pacientově dokumentaci, má personál jasné instrukce, jak má postranice nasazovat. Za vhodné zde považuji, aby měl personál při službě k dispozici jako pomůcku vedoucím pracovníkem autorizovaný seznam pacientů, kterým má být postranice nasazována, v němž bude upřesněn režim nasazování.

Opatření:

42) Používat postranice v souladu s uvedenými pravidly.

20. Identifikace pacientů

Při naplňování práva pacientů na bezpečí poskytovaných služeb⁴⁰ je nutné zaměřit se také na způsob identifikace pacientů. Ten zařadilo Ministerstvo zdravotnictví mezi resortní bezpečnostní cíle v oblasti kvality a bezpečnost zdravotních služeb již v roce 2010. Každé zařízení by mělo:

- vypracovat postup pro jednoznačnou nezaměnitelnou identifikaci pacientů,
- mít jednotnou identifikaci pacientů, která je zavedena pro celé zařízení,
- stanovit způsob ověření identifikace pacienta, který není schopen potvrdit vlastní identifikační údaje,
- stanovit způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém, sledování nežádoucích událostí nebo systém sledování neshod na příjmu biologického materiálu v klinických laboratořích).⁴¹

Pokoje ani lůžka pacientů v zařízení nebyly v době návštěvy označeny jejich jmény. Pacienti neměli náramek, který by umožnil jejich bezpečnou identifikaci. Seznam pacientů obsahující jejich jméno, rodné číslo, číslo pojišťovny a druh diety byl dostupný na sesterně.

Ačkoliv jsou pacienti v zařízení hospitalizováni zpravidla delší dobu, nelze se spoléhat na to, že je personál zná a pozná. Někteří pracovníci mají dle předloženého rozpisu směn za rok 2017 službu pouze například třikrát či pětkrát měsíčně, přičemž nelze vyloučit, že mají úvazek i v jiném zařízení. Situaci navíc ztěžuje fakt, že (jak zjistily pracovnice Kanceláře během návštěvy) personál o pacientech často mluví ne pomocí jejich jmen, ale pomocí čísel jejich pokoje a lůžka (např. pan 9/2). Mezi faktor, který taktéž ztěžuje identifikaci pacientů, patří fakt, že mnozí z pacientů nejsou v důsledku zdravotního stavu schopni sami sdělit personálu své jméno. V době návštěvy byly v zařízení dokonce hospitalizovány dvě

⁴⁰ Ustanovení § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách.

⁴¹ Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 16, ročník 2015, ze dne 26. října 2015.



pacientky stejného příjmení. Nelze tedy než konstatovat, že nebezpečí záměny pacientů je za současné situace velmi vysoké.

Naopak za nevhodné stran identifikace pacientů považuji zveřejnění jejich rodných čísel na nástěnce v sesterně, která není běžně zamykána, a je tak veřejně přístupná pacientům a jiným lidem pohybujícím se po zařízení.

Opatření:

- 43) Zavést systém bezpečné identifikace pacientů (do 1 měsíce).**
- 44) Rodná čísla pacientů nezveřejňovat na volně přístupných místech (průběžně).**



Ošetrovatelská a lékařská péče

Ošetřující personál byl často přítomen u lůžek pacientů a v komunikaci s nimi byl velmi lidský. Ošetrovatelskou péči však zúčastněné expertky z řad zaměstnankyň Kanceláře (všeobecná sestra a lékařka) označily jako intuitivní a odborně zastaralou. Pracovnice Kanceláře měly během hovoru s personálem často pocit, že pokud by personál věděl, jak se věci dělají správně, rád by je tak dělal. Doporučuji proto poskytnout personálu zařízení náležité odborné vedení, nastavit jednotné postupy a pravidla a (v neposlední řadě) podporovat personál v účasti na vzdělávacích akcích týkajících se ošetrovatelské péče.

Opatření:

45) Poskytnout personálu náležité odborné vedení, nastavit jednotné postupy a pravidla (průběžně).

46) Předložit plán vzdělávání pracovníků pro rok 2018 (do 3 měsíců).

21. Prevence malnutrice a dehydratace

Považuji za standard, aby péče v zařízení vzhledem k cílové skupině pacientů zahrnovala nutriční péči a v rámci ní prevenci malnutrice (špatné výživy).⁴² Riziko malnutrice musí být u pacienta průběžně sledováno a vyhodnocováno. V případě jeho zjištění musí následovat adekvátní reakce a další hodnocení zdravotního stavu pacienta. To stejné se týká prevence dehydratace pacientů.

K prevenci malnutrice patří sledování stavu výživy pacienta. Jedná se o standardní úkol všeobecné sestry prováděný bez dohledu a indikace lékaře.⁴³ Sledování stavu výživy pacienta umožňuje individuální přístup k péči o výživu pacienta a včasné zachycení problémů pacienta v této oblasti.

Za přínosnou považuji rovněž spolupráci zařízení s nutričním terapeutem, který je důležitý pro zajištění komplexní nutriční péče a zajištění žádoucího standardu.

Zařízení dle sdělení personálu spolupracuje s nutričním terapeutem, ten však pouze pomáhá sestavovat jednotný jídelníček. Pracovnice Kanceláře nezaznamenaly žádnou jeho individuální intervenci u konkrétního pacienta.

Riziko malnutrice či dehydratace se v zařízení systematicky nesleduje. Personál nikam nezaznamenává, kolik toho pacienti snědí či vypijí. Porce nejsou jednotné, personál množství jídla pro jednotlivé pacienty odhaduje, jakékoliv záznamy o množství sněženého jídla jsou proto velmi obtížně proveditelné. Pracovnice Kanceláře během návštěvy zjistily, že

42 Informační leták veřejného ochránce práv týkající rizika vzniku malnutrice a možnosti obrany v zařízeních sociálních a zdravotních služeb je dostupný na webových stránkách www.ochrance.cz.

43 Ustanovení § 4 odst. 1 písm. a) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.



v zařízení má být jeden pacient, u kterého se riziko malnutrice sleduje. Údaje o totožnosti tohoto pacienta se však z úst jednotlivých členů personálu lišily (každý myslel jiného).

Pacienty v zařízení pravidelně neváží (nemají váhy) a nepoužívají ani jiné alternativní metody zjišťování hmotnosti (např. měření paže). V dokumentaci pacientky C bylo v kolonce „váha“ uvedeno „nelze“. Pacient D, který byl hospitalizován po pádu z okna a po celou dobu hospitalizace byl v kómatu, byl očividně velmi hubený, nikdo jej však nevážil a nezdálo se, že by se v zařízení zabývali jeho nízkou váhou.

Problematickou je také oblast sledování příjmu tekutin. U pacientky A, která byla přijata k hospitalizaci pro závratě a následně u ní byla zjištěna porucha příjmu tekutin, se nevedly záznamy o příjmu tekutin. U pacientky E, která naopak již jevila známky dehydratace, nebyly v rozporu s názorem lékařky z řad pracovníků Kanceláře tekutiny podány parenterálně.

Obávám se, že při výše popsaném systému péče nelze zajistit, že bude případná malnutrice či dehydratace pacientů včas odhalena a že na ni bude adekvátně reagováno.

Opatření:

- 47) Začít důsledně provádět úkony představující prevenci malnutrice, zejména sledovat riziko malnutrice [po celou dobu hospitalizace], adekvátně reagovat v případě jeho zjištění a nadále hodnotit zdravotní stav pacienta [upravit související činnosti pracovním postupem] (bezodkladně).**
- 48) Nastavit systém provádění záznamů o stravě a tekutinách a předávání těchto informací lékaři (bezodkladně).**
- 49) V individuálních případech [např. u pacientů s poruchami příjmu tekutin] důsledně sledovat bilanci tekutin (průběžně).**

22. Podávání stravy a nápojů

Pacienti se stravují na pokojích. Ti, kteří s ohledem na svůj zdravotní stav mohou, sedávají při jídle u stolu. Tuto praxi oceňuji. Někteří z nich bohužel seděli na toaletních křeslech, což naopak považuji za nevhodné. Pracovnice Kanceláře taktéž neviděly, že by někteří z pacientů používali nůž s vidličkou, všichni jedli lžící.

Pacientům, kteří se nejsou schopni najíst sami, pomáhá při jídle personál. Pracovnice Kanceláře se v tomhle ohledu setkaly s různými přístupy. Zatímco někteří členové personálu podávali pacientům stravu pomalu a během jídla s nimi komunikovali, jiní pouze tiše stáli u pacientů a stravu podávali bez zájmu o ně. Pracovnice Kanceláře byly také svědkyněmi toho, kdy podávání stravy pomocí injekční stříkačky probíhalo velmi rychle, až překotně, což daná pacientka viditelně nenesla dobře. Považuji za důležité, aby personál při pomáhání při jídle věnoval pacientovi pozornost, byl na stejné úrovni jako pacient (tj. nestál nad ním), udržoval oční kontakt, vnímal jeho projevy a přiléhavě na ně reagoval.

Opatření:

- 50) Dbát na kulturu stolování; zajistit, aby pacienti při jídle neseděli na toaletních křeslech a aby mohli používat celý příbor (průběžně).**



- 51) Při dopomoci pacientovi při jídle dbát na klidný přístup, oční kontakt, řeč těla, a snažit se v co největší míře podporovat pacientovu soběstačnost (průběžně).**

23. Mikční režim

Jedním z cílů pobytu v léčebnách dlouhodobě nemocných je i nácvik soběstačnosti pacienta a v rámci něj také nácvik normálního vyprazdňování. Cílem správné ošetrovatelské péče je udržet pacienta co nejdéle kontinentním. Mikční režim je integrální součástí léčebného režimu.

V době návštěvy v zařízení měli téměř všichni pacienti pleny. Několik méně soběstačných pacientů mělo zaveden katetr, podle personálu jim je zavádějí v nemocnici a oni jim je pouze ponechávají. Z dokumentace jednoho pacienta vyplynulo, že mu byl katetr (pravděpodobně) odstraněn 46. den pobytu v zařízení, nebylo však zřejmé, na čí ordinaci ani ve které službě se tak stalo. Personál dále uvedl, že někdy katetr pacientům zavádějí, když je venku horko a hrozí, že při ponechání plen dojde k zapaření.

Katetr je potenciálním zdrojem infekce, jeho delším užíváním se snižuje schopnost obnovení normálního vylučování moči. Z tohoto důvodu doporučuji v zařízení dlouhodobé péče jeho využití omezit pouze na indikované případy (např. obstrukce močových cest) a u ostatních pacientů se soustředit na nácvik normálního vylučování moči. Podobný nácvik neprobíhal v době návštěvy u žádného z pacientů.

Opatření:

- 52) Přijmout za jeden z cílů poskytované péče udržení či zlepšení samostatnosti pacienta v oblasti vyměšování (průběžně).**
- 53) Mikční režim nastavovat individuálně (průběžně).**
- 54) Přísně zvažovat indikaci močového katetru a ošetrovatelské úkony s ním spojené řádně dokumentovat (průběžně).**

24. Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je důležitým prvkem péče. Je to místo sdílení poznatků o pacientovi a jeho zdravotním stavu, nástroj pro plánování a individualizaci péče. Proto musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována – zápisy se musejí provádět bez zbytečného odkladu.⁴⁴ V opačném případě hrozí, že bude ohroženo zdraví a v krajních případech také život pacienta. Dokumentace musí být dále vedena tak, aby měly údaje v ní obsažené dostatečnou vypovídací hodnotu o zdravotním stavu pacienta, a to pro všechny členy týmu, kteří do ní nahlíží.

V zařízení zaznamenávají některé významné okolnosti související se zdravotním stavem pacientů (např. záznam o pádu pacienta) nikoliv do zdravotní dokumentace pacienta, jak

⁴⁴ Ustanovení § 54 odst. 2 zákona o zdravotních službách.



stanoví zákon,⁴⁵ ale pouze do tzv. knihy hlášení, která je uložena na sesterně. Jiné okolnosti týkající se zdravotního stavu pacienta (např. riziko pádu či riziko vzniku dekubitů) nejsou zaznamenány nikde. U některých záznamů chybí informace o tom, kdo a kdy je učinil.

Důležité je také to, zda dokumentace odpovídá reálnému zdravotnímu stavu pacienta. Pacientka F, která během návštěvy seděla u stolu a luštila křížovky, průběžně komunikovala s pracovníci Kanceláře, měla v dokumentaci založen vyplněný nedatovaný Barthellův test, dle kterého se jedná o vysoce závislou pacientku (kat. č. IV). Dokumentace by měla být průběžně aktualizována, v opačném případě se stane nicneříkající a zbytečnou.

Nejzávažnějším zjištěním získaným během návštěvy je však to, že v dokumentaci pacientů jsou nepravdivé informace uváděny často záměrně. Pracovnice Kanceláře našly během návštěvy (3. srpna 2017) v dokumentaci pacienta G vyplněnou a podepsanou propouštěcí zprávu, která byla datována k 7. srpnu 2017 a podepsána lékařem, který dle údajů na nástěnce potvrzených personálem čerpal od 29. července do 6. srpna 2017 dovolenou. Je tedy zřejmé, že zpráva, která obsahovala, mimo jiné, údaje o krevním tlaku, tělesné teplotě apod., byla vyhotovena více než týden před reálným ukončením hospitalizace pacienta. Z ošetrovatelského plánu vytvořeného pro stejného pacienta (muže) se pracovnice Kanceláře dozvěděly, že tento pacient „je po procházce klidná a spokojená“ a že „úkony jí nejdou lehce“. Ošetrovatelské plány stejného znění byly součástí dokumentace mnoha pacientů, aniž by respektovaly pohlaví pacienta a jeho zdravotní stav [po procházce byla klidná také pacientka, která byla po celou dobu hospitalizace ve vegetativním stavu (s tzv. apalickým syndromem)].

Zvláštním byl v tomhle ohledu také interní pokyn,⁴⁶ který byl vyvěšen v místnosti pro personál a který vysvětloval, jak nejlépe vykazovat určité výkony zdravotním pojišťovnám, aniž by byly nutně u konkrétního pacienta nutné či potřebné. Personál v něm byl například nabádán, aby v dokumentaci vždy na konci měsíce „vyhojoval“ opruzeniny a zaváděl pro ně jinou lokaci, nezačínal ošetrovatelskou dokumentaci macerací a bolestí, neboť v takovém případě může hrozit zanedbání péče, či aby střídal místa výskytu dekubitů. V návaznosti na tento pokyn vzniklo podezření, že některé úkony jsou vykazovány pojišťovně, aniž by byly prováděny. Pracovnice Kanceláře zjistily, že pacientka H (klientka sociální služby poskytované podle § 52 zákona o sociálních službách) měla v poukazu na vyšetření/ošetření pro pojišťovnu uvedeno provádění „nápravy hybnosti“ třikrát denně (ráno 20 minut, odpoledne 20 minut a večer 10 minut) a použití biolampy vždy 10 minut každé odpoledne. Dle personálu probíhalo použití biolampy u této pacientky každý druhý den, nebo když se její stav zhoršil. Během dvoudenní návštěvy pracovnice Kanceláře nezaznamenaly ani nápravu hybnosti pacientky, ani použití biolampy.

Mým úkolem není kontrola způsobu vykazování péče zdravotním pojišťovnám, jakkoliv nemorální se může zdát. Dokumentace, která obsahuje nepravdivé informace o zdravotním stavu pacientů, však nejen oddaluje jeho uzdravení a případný návrat do domácího

⁴⁵ Ustanovení § 53 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách.

⁴⁶ „Pomůcka pro střední zdravotnický personál pro ošetrovatelskou dokumentaci“



prostředí, ale přímo také ohrožuje jeho zdraví a život. Nezbyvá mně tedy než tuto praxi popsat a důrazně odmítnout.

Opatření:

55) Vést zdravotnickou dokumentaci pravdivě a tak, aby byla relevantním podkladem pro další péči (průběžně).

56) Přestat požadovat od zdravotních pojišťoven úhradu zdravotní péče, která není poskytována (bezodkladně).

25. Ordinance, příprava a podání léků

Zákon stanoví, že záznamy o předepsání léčivých přípravků (včetně dávkování a počtu předepsaných balení) a jejich následném podání (opět včetně množství) jsou součástí zdravotnické dokumentace pacienta.⁴⁷ Bližší informace o způsobu ordinace, přípravy či podání léků však zákon nestanoví, a je proto na zařízení, aby si vytvořilo systém, který bude bezpečný.

Perorální léky chystá v zařízení víkendová služba na celý týden do krabiček, což je v současné době oficiálně opuštěná praxe. Podané léky v dokumentaci nejsou nijak označovány, což také není považováno za postup lege artis. Léky nejsou vždy uchovávány v původním obalu. U některých léků není zcela jasné, kdo a kdy je ordinoval. V zařízení se často aplikují infuze, lahvičky s „proplachem“ jsou položeny na nočních stolcích, což je nevhodné z důvodů rizika záměny a nesprávného podání, jakož i možnosti vzniku infekce. Léky jsou volně přístupné na sesterně, která se nezamyká.

Systém, který funguje v zařízení a který je popsán výše, nelze považovat za bezpečný.

Léky ordinuje výhradně lékař po prohlédnutí pacienta, a to i v případě, že se jedná o běžně prodejné léky. Doporučuji upravit systém ordinací tak, aby bylo patrné kdo, jaký lék a kdy ordinoval. Všeobecná zdravotní sestra roznáší pacientům léky, které bezprostředně předtím připravila z originálního balení, a to v době, kdy mají být dle ordinace lékaře užity. Léky by měly být uloženy v prostoru, kam má přístup pouze k tomu oprávněný personál.

Opatření:

57) Léky pacientovi podávat pouze na základě přesné a úplné ordinace lékaře (průběžně).

58) Postup pro podávání léků nastavit tak, aby minimalizoval riziko chyb (do 1 měsíce).

59) Zajistit, aby přístup k lékům měl pouze k tomu oprávněný personál (bezodkladně).

⁴⁷ Ustanovení § 1 odst. 2 písm. e) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.



26. Dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče

Dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče patří v současné době k základním předpokladům prevence přenosu nozokomiálních infekcí.

Během návštěvy pracovníce Kanceláře pozorovaly, že v zařízení neprobíhá desinfekce rukou personálu mezi úkony u jednotlivých pacientů. Jedna sestra se během návštěvy pokoušela mýt si ruce v umyvadle, ale vymáčknout mýdlo bylo obtížné. V jiném pokoji si zkoušely umýt ruce pracovníce Kanceláře, voda však netekla a mýdlo nebylo možno vymáčknout vůbec.

Opatření:

60) Dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče (průběžně).

27. Hodnocení bolesti

Častým doprovodným jevem nemoci je bolest, která významným způsobem ovlivňuje kvalitu života pacienta a jako taková by měla být průběžně sledována, vyhodnocována a v co nejvyšší míře také minimalizována.

V zařízení systematické sledování ani vyhodnocování bolesti neprobíhalo.

Považuji za důležité průběžně sledovat, zda a jak (charakterem a intenzitou) pacient vnímá bolest a jak ji ovlivňuje zvolený léčebný postup. Způsob zjišťování, dokumentace a hodnocení bolesti by měl být upraven vnitřním předpisem a měla by mu být v praxi věnována náležitá pozornost.

Opatření:

61) Zavést standardní hodnocení bolesti a zaznamenávat její charakter a intenzitu (do 3 měsíců).

28. Deprese

Se seniorským věkem bývá spojen pocit osamělosti, ztráta zájmu dětí, ztráta partnera, domova, zdraví, společenského postavení, což může u pacienta vyvolat depresi. Deprese je také častým průvodním jevem demence. Personál v léčebnách dlouhodobě nemocných by se proto měl věnovat také příznakům a léčbě deprese. Deprese pacienta může výrazně ovlivnit naplňování individuálního plánu pacienta a celkovou délku jeho pobytu v zařízení. Je proto důležité, aby ji lékař odhalil včas, v případě potřeby přizval odborného lékaře a nemoc následně zohledňoval při následném naplňování individuálního plánu.

V zařízení systematické sledování výskytu deprese u pacientů neprobíhalo. Personál postupoval intuitivně.

Opatření:

62) Zaměřit se na včasnou detekci příznaků deprese (průběžně).

63) Zohledňovat depresi při naplňování plánu péče o pacienta (průběžně).



29. Kožní defekty, dekubity

Část pacientů léčených je omezena v pohyblivosti a tráví většinu času na lůžku. Nedílnou součástí péče o pacienta v léčebnách dlouhodobě nemocných tak je nejen ošetřování kožních defektů a dekubitů, ale zejména předcházení jejich vzniku. Jedním ze základních preventivních postupů je polohování pacienta.

Zařízení má vypracován standard pro péči o dekubity (provádění testu Nortonové při přijetí a poté každé pondělí), personál podle něj však nepostupuje. Přítomnost či vznik dekubitu se zaznamenává do dokumentace pacienta. Pacienty personál dle svých slov polohuje při pravidelných činnostech (podávání stravy, provádění hygieny apod.) cca každé 3 hodiny. Pracovnice Kanceláře byly tomuto polohování v některých případech přítomny. Jednalo se o vysazování pacientů (např. k jídlu) či manipulaci s pacienty pro potřeby provedení hygieny. Tyhle činnosti nelze považovat za systematické polohování. Údaje o polohování nejsou součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

Vedle prevence je zásadní léčba již vzniklých dekubitů.

Během návštěvy se objevily nejasnosti ohledně indikace a následné realizace léčby dekubitů pomocí tzv. vlhkého hojení. Personál uvedl, že tento způsob léčby provádějí tehdy, indikoval-li jej lékař ze zařízení, ve kterém byl pacient hospitalizován předtím, než nastoupil do léčebny, tedy ze zařízení akutní péče. V domácím řádu se zároveň objevuje informace, že vlhké hojení ran je součástí nadstandardu.

Ani jedna z uvedených možností není správná. Způsob a druh léčby by měl vždy vycházet z potřeb pacienta. Pokud lékař zhodnotí, že stav rány vyžaduje léčbu v podobě vlhkého hojení, mělo by ji zařízení pacientovi poskytnout. Pracovnice Kanceláře z oblasti zdravotnictví nemají informace o tom, že by tento druh léčby zdravotní pojišťovny nehradily. Zároveň platí, že o způsobu nastavené léčby vždy rozhoduje (a je za něj následně odpovědný) lékař zařízení, ve kterém se pacient aktuálně nachází.

Opatření:

- 64) Začít se věnovat systematické prevenci dekubitů, pacienty začít polohovat (bezodkladně).**
- 65) Úkony spojené s péčí o dekubity [údaje o frekvenci převazů a rozsahu stavu dekubitů včetně fotodokumentace] zaznamenávat do dokumentace pacienta.**
- 66) Léčbu pomocí tzv. vlhkého hojení ran provádět na základě indikace lékaře v zařízení a nevyžadovat za ni od pacientů úhradu (bezodkladně).**

30. Rehabilitace, ergoterapie, aktivizace

U dlouhodobě nemocných pacientů by rehabilitace (včetně ergoterapie) a aktivizace měly představovat těžiště poskytované péče. Jejich cílem je přispívat ke zlepšení zdravotního stavu, rozvoji, případně zachování stávajících schopností, podpoře soběstačnosti pacienta, a zachování tak maximální možné míry účasti pacienta na běžných činnostech.



S ohledem na propojenost psychické pohody a tělesného zdraví musí zařízení poskytovat péči se zaměřením na pacienta. Aby péče plnila svůj účel, je vždy nutné ji individualizovat a zohlednit zdravotní stav a potřeby pacienta. Zařízení by nemělo opomíjet různé typy terapií a mělo by věnovat náležitou pozornost aktivizaci pacienta (včetně vypracovávání komplexních aktivizačních plánů), jinak poskytovaná péče nebude komplexní.

Rehabilitaci v zařízení zajišťuje sestra – fyzioterapeutka. Aktivizační plány nejsou vypracovávány, rehabilitace probíhá na pokojích či na chodbě, kde s pacienty fyzioterapeutka chodí a poskytuje jim oporu. Někteří pacienti uváděli, že takto chodí každý den, jiní každé tři dny. Na každém patře byl pacientům k dispozici také jeden rotoped, který byl pacienty v době návštěvy hojně využíván. Zdá se, že využití rotopedu není součástí řízené rehabilitace, ale že je na pacientovi, kdy a na jak dlouho jej využije. Někteří oslovení pacienti, včetně dotazovaných příbuzných, kteří byli v zařízení navštívit své blízké, vyjádřili přání, aby byla rehabilitace intenzivnější. Rodina jedné pacientky se z tohoto důvodu snažila spojit s lékařem, avšak neúspěšně.

Při nástupu k hospitalizaci se zjišťuje stav hybnosti pacienta (formulářově), záznam se zakládá v dokumentaci pacienta. U pacientky F byl záznam starý tři měsíce, aniž by byl přehodnocen (neodpovídal reálnému stavu). Ze záznamů o průběhu rehabilitační péče pacientky není zřejmé, jak často rehabilitace probíhá, jestli každý všední den, jak naznačují čárky v tabulce, nebo jednou za cca deset dnů, jak naznačuje slovní popis. V době návštěvy pacientka s fyzioterapeutkou nerehabilitovala. Zde opět opakuji, že dokumentace, aby její vedení mělo smysl, musí mít dostatečnou vypovídající hodnotu, musí odpovídat aktuálnímu stavu pacienta a musí být srozumitelná každému, kdo s ní pracuje.

Ergoterapie v zařízení neprobíhá, v současném uspořádání zařízení by ani neměla kde probíhat.

Některým pacientům (např. pacientu D., či pacientkám H. a I. – klientkám sociální služby poskytované podle § 52 zákona o sociálních službách) je poskytována terapie v podobě poslechu hudby. Pacientům se v takovém případě v pokoji pustí rádio (rozhlasové stanice se průběžně mění). Rádio hrálo v pokoji pacientek H. a I. během návštěvy téměř celý den a vypnuto bylo pouze večer a v noci. V dokumentaci zmíněných pacientů pracovníce Kanceláře nenalezly žádnou informaci o tom, že by zrovna z této formy aktivity v minulosti profitovali a stávající praxe tedy byla odrazem znalosti pacientů (klientů), jejich potřeb a zájmů.

Jiná terapie v zařízení neprobíhá.

Pacienti mohou přes den pobývat venku před zařízením, což také v době návštěvy někteří využili. Nakolik se tak běžně děje, či zda z pobytu na čerstvém vzduchu mohou profitovat také pacienti, kteří k tomu potřebují pomoc personálu, se nepodařilo zjistit, neboť, jak jsem již psala, dokumentace všech pacientů byla v tomto ohledu identická a psaná v ženském rodě. Je zřejmé, že na čerstvý vzduch se nedostanou pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko, neboť lůžko se nevejde do výtahu.

Opatření:

67) Více s pacienty rehabilitovat a podporovat nácvik soběstačnosti (průběžně).



- 68) Rozšířit okruh nabízených a prováděných terapií (do 3 měsíců).**
- 69) Reflektovat individuální potřeby pacientů, terapie přizpůsobovat jejich potřebám a schopnostem (průběžně).**
- 70) Vypracovávat aktivizační plány tak, aby z nich bylo zřejmé, jak konkrétně a v jakém časovém horizontu má aktivizace pacienta probíhat a kdo ji má zajišťovat (průběžně).**
- 71) Zajistit pobyt na čerstvém vzduchu i pacientům, kteří k tomu potřebují dopomoc personálu (průběžně).**

31. Péče o umírající, paliativní péče

Jedním z faktorů ohrožujících základní práva umírajících osob je špatná dostupnost paliativní péče.⁴⁸ Vzhledem k tomu, že v léčebnách dlouhodobě nemocných umírá v České republice téměř 10 % všech lidí, věnuji během návštěv pozornost také tomuto tématu.

Zařízení neposkytuje paliativní péči. Na dotaz, zda je v zařízení hospitalizován někdo s tímto typem péče, odpověděl personál, že možná jeden pacient. Ten byl do zařízení přeložen z onkologického oddělení jiného zdravotnického zařízení na dobu přibližně dvou týdnů z důvodu čerpání dovolených na původním oddělení. V původním zařízení mu dle sdělení personálu paliativní péče byla poskytována, po dobu hospitalizace v léčebně je však „pozastavena“. Z dokumentace bylo zjištěno, že podobně měla být v zařízení v červenci krátkodobě hospitalizována jiná pacientka, ta zde však během svého krátkého pobytu zemřela.

Je-li praxe v kraji taková, že do zařízení jsou v případě potřeby posíláni pacienti v pokročilém stádiu onkologického onemocnění z jiných zdravotnických zařízení, o to významněji vnímám potřebu, aby zařízení umělo těmto pacientům poskytnout paliativní péči v souladu se Standardy paliativní péče.⁴⁹

48 Doporučení Rady Evropy ze dne 25. června 1999 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.

49 Standardy paliativní péče vydané Českou společností paliativní medicíny v roce 2013.



Doporučuji zejména:

a) Vytvářet plány paliativní péče

Paliativní péče musí být aktivní; musí se snažit předvídat nové problémy, jež by se mohly s postupem nemoci objevit, a pokud možno jim předcházet, nebo je alespoň brát v úvahu. Systematickým a kontinuálním plánováním paliativní péče se lze vyhnout zbytečným krizím a překladům pacienta.

b) Dostatečně komunikovat s pacientem a jeho blízkými

Za stanovení plánu paliativní péče je zodpovědný lékař. I zde však platí, že pacient je subjektem nikoliv objektem péče, a pokud je to jenom trochu možné, měla by mu být dána možnost se na přípravě plánu podílet. Co více můžeme pro umírajícího pacienta udělat než snažit se přizpůsobit závěr života co nejvíce jeho představám. Vhodně zvolená forma komunikace o blížícím se konci patří obecně mezi důležité prvky paliativní péče.

c) Vzdělávat personál v paliativní péči

Všichni členové týmu pečujícího o umírajícího pacienta by měli být podporováni v kontinuálním vzdělávání.

Za důležitý předpoklad naplnění práv pacienta a jeho blízkých považuji to, že zařízení aktivně informuje o zdravotním stavu pacienta osoby uvedené v jeho zdravotnické dokumentaci nebo jeho blízké. Pokud tyto osoby nejsou informovány o zhoršení zdravotního stavu pacienta, nemohou se podílet⁵⁰ na spolum rozhodování o další péči, a pokud pacient umírá, nemohou se s ním rozloučit.

Opatření:

72) Poskytovat standardizovanou paliativní péči (průběžně).

73) Informovat blízké pacienta o zhoršení zdravotního stavu a umožnit jim setrvat u lůžka i v době mimo návštěvní hodiny (průběžně).

⁵⁰ Ustanovení § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách.



Sociální práce

Dlouhodobě špatný zdravotní stav a s tím spojená hospitalizace zpravidla dopadají také na sociální postavení pacienta. Pacient může v důsledku nemoci ztratit soběstačnost, schopnost finančně zabezpečit sebe a svou rodinu, může mu hrozit sociální vyloučení. Právní úprava proto předpokládá, že součástí zdravotnického týmu v zařízeních následné a dlouhodobé lůžkové péče je také zdravotně-sociální pracovník nebo jiný odborný pracovník – sociální pracovník (dále jen „zdravotně-sociální pracovník“). V zařízeních s kapacitou nad 30 lůžek by tento pracovník měl být zaměstnán na minimální úvazek 0,5.⁵¹

Personál nejprve pracovnícím Kanceláře sdělil, že v zařízení pracuje na částečný úvazek sociální pracovník z jiného zařízení stejného poskytovatele. Později informaci upravil tak, že v zařízení nepracuje žádný zdravotně-sociální pracovník a že jej nahrazuje vrchní sestra, je-li přítomna. Manažer zařízení poté na vyzvání doložil pracovní smlouvu zdravotně-sociálního pracovníka. Jedná se o smlouvu na pracovní pozici sociální pracovník s pravidelným pracovištěm Centrum X. Ve smlouvě není uvedeno nic, co by nasvědčovalo tomu, že pracovník zároveň vykonává funkci zdravotně-sociálního pracovníka v navštíveném zařízení.

Výše zmíněné informace mě vedou k názoru, že součástí pečujícího týmu v zařízení není zdravotně-sociální pracovník a že tedy zařízení nesplňuje povinnost stanovenou vyhláškou.

Opatření:

74) Zajistit odborně způsobilého pracovníka pro výkon sociální práce (do 3 měsíců).

⁵¹ Bod 18 přílohy č. 3 vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb“).



Personální zajištění péče

32. Počet personálu na směnách

Vyhláška⁵² stanoví minimální počet personálu pro zabezpečení lůžkové péče, ale i povinnost zařízení tento počet navýšit tak, aby byla pacientům zajištěna kvalitní a bezpečná zdravotní péče. Dostatek odborného personálu na směnách považuji za základní předpoklad poskytování kvalitní dlouhodobé péče.

V zařízení pracuje ošetřující personál na dvanáctihodinové směny, přičemž na denní směně jsou vždy přítomni čtyři pracovníci (dva na každém patře) a na noční dva (jeden na každém patře). Alespoň jeden z přítomných je vždy vzděláním všeobecná sestra, ten podává pacientům léky. Ostatní jsou buď sanitáři, nebo zdravotničtí asistenti.

Vím, že sehnat dostatečný počet personálu není v dnešní době lehké. Přesto zařízení doporučuji, aby navýšilo počet personálu na směnách, a to nejen během dne, ale také v noci. Pokud jsou během dne na oddělení pro 17 (resp. 18) pacientů přítomni pouze dva pracovníci, není možné zajistit pacientům péči na požadované úrovni. Personál musí úkony provádět plošně, ve stanoveném režimu vycházejícím z provozní praktičnosti, ne z potřeb pacientů. Sloužící personál přijde na pokoj, ve spěchu všem pacientům zkontroluje infuze, dá jim napít, zkontroluje inkontinenční pomůcky, čistotu lůžek, polohování a odejde. Z poskytované péče se zcela vytrácí jakákoliv individualizace.

Při nedostatku personálu je rovněž obtížné pacienty aktivizovat, připravit je na život mimo zdravotnické zařízení. Pozorovat to lze například v oblasti hygieny. Personál nemá čas na to zjišťovat, nakolik je pacient schopen umýt se sám, případně mu pomoci, poradit.

Specifickou otázkou je počet ošetřujícího personálu na noční směně. Samozřejmě, pacienti po většinu času spí a nevyžadují tolik pozornosti jako přes den. I v noci by však měla být péče přizpůsobena pacientům a jejich potřebám. Příkladem je mikční režim. Personál by měl v rámci aktivizace doprovázet během noci chodící pacienty na toaletu, případně na toaletní křeslo. V situaci, kdy je na oddělení v noci přítomen pouze jeden pracovník, který navíc musí na čas oddělení opustit, aby podal léky pacientům ve druhém patře (je-li jedinou sloužící sestrou), nelze tento požadavek naplnit. Ve chvíli, kdy na oddělení není nikdo z personálu, vzniká navíc nebezpečí nenadálé (mimořádné) události, která nebude včas zpozorována, a tedy ani uspokojivě řešena.

Opatření:

75) Navýšit počet personálu na směnách (do 3 měsíců).

52 Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.



33. Multidisciplinarita pečujícího týmu

Pacient v dlouhodobé péči potřebuje komplexní péči. Většinu pacientů tvoří senioři vyžadující souběžnou péči několika odborných lékařů, plnohodnotnou součástí týmu by měl být také ošetrovatelský personál, zdravotně-sociální pracovník, fyzioterapeut, nutriční terapeut a mají-li pacienti zájem, pak také duchovní. Příležitostně by zařízení mělo umět zajistit také péči logopeda či psychologa. Jedná se tedy o profesně velmi různorodý tým, který by měl spolupracovat a společně se snažit o obnovu soběstačnosti a úspěšné ukončení hospitalizace.

Součástí pečujícího týmu v zařízení není ergoterapeut, zdravotně-sociální pracovník a zařízení pouze omezeně spolupracuje s nutričním terapeutem (viz kapitola 21). Na péči se žádným způsobem nepodílí ani farmakolog. Zařízení pacientům rovněž nenabízí duchovní péči, avšak pacientům, kteří o to mají zájem a domluví se, návštěvu duchovního umožňují.

Aby byla péče komplexní, doporučuji přizvat výše zmíněné odborníky do pečujícího týmu. Zároveň považuji za důležité, aby si zařízení stanovilo způsob, jakým mezi sebou budou tito odborní pracovníci komunikovat a sdílet poznatky o jednotlivých pacientech a sjednocovat své pohledy na ně tak, aby jim poté mohla být poskytnuta komplexní péče na náležité odborné úrovni.⁵³

Opatření:

76) Doplnit pečující tým o ergoterapeuta, zdravotně-sociálního pracovníka a zintenzivnit spolupráci s nutričním terapeutem (do 6 měsíců).

77) Nastavit pravidla pro sdílení informací o pacientech v rámci týmu (do 3 měsíců).

⁵³ Ustanovení § 28 odst. 2 zákona o zdravotních službách.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně

- Zajistit všem pacientům dostupné a funkční signalizační zařízení (opatření 2)
- Zpřístupnit výtah bez dalšího všem pacientům a jejich návštěvám; zajistit takový způsob jeho uzamčení, který ve volném pohybu neomezí pacienty a další osoby, u nichž to není žádoucí (opatření 12)
- Zpřístupnit pacientům vnitřní řád po celou dobu hospitalizace (opatření 25)
- Zpřístupnit pacientům pravidla pro vyřizování stížností, a to po celou dobu hospitalizace (opatření 26)
- Sjednotit výklad pojmu nadstandard (opatření 28)
- Neoznačovat za nadstandard a nezaplatňovat ty aspekty péče, které jsou běžnou součástí péče poskytované v léčebnách (opatření 29)
- Začít důsledně provádět úkony představující prevenci malnutrice, zejména sledovat riziko malnutrice [po celou dobu hospitalizace], adekvátně reagovat v případě jeho zjištění a nadále hodnotit zdravotní stav pacienta [upravit související činnosti pracovním postupem] (opatření 47)
- Nastavit systém provádění záznamů o stravě a tekutinách a předávání těchto informací lékaři (opatření 48)
- Přestat požadovat od zdravotních pojišťoven úhradu zdravotní péče, která není poskytována (opatření 56)
- Zajistit, aby přístup k lékům měl pouze k tomu oprávněný personál (opatření 59)
- Začít se věnovat systematické prevenci dekubitů, pacienty začít polohovat (opatření 64)
- Léčbu pomocí tzv. vlhkého hojení ran provádět na základě indikace lékaře v zařízení a nevyžadovat za ni od pacientů úhradu (opatření 66)

Do 1 měsíce

- Vysvětlit, jakým způsobem jsou ležící pacienti přepravováni mimo zařízení a jakým způsobem by probíhala evakuace pacientů v případě požáru (opatření 13)



	• Seznámit personál s instituty dříve vysloveného přání a předběžného prohlášení a zajistit, aby o možnosti jejich vyslovení byli pacienti informováni (opatření 20) • Zveřejnit pravidla pro vyřizování stížností na internetových stránkách zařízení (opatření 27) • Zavést systém bezpečné identifikace pacientů (opatření 43) • Postup pro podávání léků nastavit tak, aby minimalizoval riziko chyb (opatření 58)
Do 3 měsíců	• Zajistit pacientovi na pokoji uzamykatelný prostor pro uložení osobních věcí a zajistit, je-li to s ohledem na individuální možnosti a schopnosti pacienta možné, aby od něj měl pacient klíč (opatření 3) • Přizpůsobit vzhled pokojů cílové skupině pacientů, vyvarovat se infantilní výzdoby (opatření 4) • Vybavit koupelny a toalety signalizačním zařízením (opatření 8) • Vhodnými nástroji podpořit schopnost pacienta orientovat se v prostoru (opatření 10) • Mít zpracovaný seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí se v zařízení vyžaduje písemný souhlas (opatření 18) • Umístit madla po obou stranách chodby (opatření 41) • Předložit plán vzdělávání pracovníků pro rok 2018 (opatření 46) • Zavést standardní hodnocení bolesti a zaznamenávat její charakter a intenzitu (opatření 61) • Rozšířit okruh nabízených a prováděných terapií (opatření 68) • Zajistit odborně způsobilého pracovníka pro výkon sociální práce (opatření 74) • Navýšit počet personálu na směnách (opatření 75) • Nastavit pravidla pro sdílení informací o pacientech v rámci týmu (opatření 77)
Do 6 měsíců	• Kapacitu pokojů přizpůsobit jejich velikosti; snížit kapacitu některých pokojů tak, aby byl mezi lůžky dostatečný prostor (opatření 1) • Zajistit, aby mohli být ležící pacienti převáženi do centrální koupelny a následně sprchováni na lůžku (opatření 6)



	• Odstranit mříže a zavést takový systém uzavření oddělení, který ve volném pohybu neomezí pacienty a další osoby, u nichž to není žádoucí (opatření 11) • Doplnit pečující tým o ergoterapeuta, zdravotně-sociálního pracovníka a zintenzivnit spolupráci s nutričním terapeutem (opatření 76)
Do 1 roku	• Zajistit pacientům přístup k bezbariérovým koupelnám a toaletám (opatření 7) • Zřídit denní místnost pro pacienty (opatření 9)
Průběžně	• Zaměřit se na zorné pole pacientů trvale upoutaných na lůžko (opatření 5) • Vyžadovat od pacientů při jejich přijetí písemný souhlas s hospitalizací (opatření 14) • V případě, že má pacient kognitivní deficit, avšak rozumí tomu, že je v nemocnici, požadovat souhlas s hospitalizací od něho samotného; pokud s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen souhlas vyjádřit písemně, použít alternativní možnosti jeho vyjádření (opatření 15) • V případě, že pacient není schopen vyjádřit souhlas s hospitalizací, ale jeho zdravotní stav vyžaduje bezodkladné poskytnutí péče, informovat o tom ve lhůtě 24 hodin místně příslušný soud a dále osoby blízké pacientovi; obdobně postupovat v případě, kdy soud vydal rozhodnutí soudu o přípustnosti převzetí a držení pacienta, avšak pro jiné zařízení (opatření 16) • Žádat souhlas pacienta [případně jiné oprávněné osoby] s poskytnutím zdravotních služeb, až když mu zdravotník navrhuje provedení konkrétního úkonu, ke kterému má být souhlas poskytnut (opatření 19) • Chránit soukromí pacienta, a pokud to okolnosti dovolí, nesdělovat před ostatními pacienty citlivé osobní údaje týkající se jeho zdravotního stavu (opatření 21) • Nabízet chodícím pacientům možnost soukromého rozhovoru pacienta s lékařem (opatření 22) • Výběr osob, které mohou být informovány o zdravotním stavu pacienta, ponechávat na pacientovi, nikoliv na jeho příbuzných (opatření 23) • Neposkytovat pacientům a jejich blízkým mylnou informaci o maximální délce hospitalizace v zařízení (opatření 24)



- Dbát o korektní oslovení pacienta a vhodnou komunikaci, nestavět jej do role dítěte, nepoužívat k jeho oslovení zdvořilosti (opatření 30)
- Nepoužívat pro pacienty erární oděv s infantilními motivy (opatření 31)
- Nepoužívat erární spodní prádlo (opatření 32)
- Neodebírat plošně občanské průkazy, možnost úschovy pouze nabízet (opatření 33)
- Upravit smlouvu o úschově tak, aby odpovídala platné právní úpravě; dodržovat náležitosti smlouvy (opatření 34)
- Zavírat dveře a používat zástěny při provádění hygieny na pokojích (opatření 35)
- Zavírat dveře na toaletu, používá-li ji některý z pacientů (opatření 36)
- Poučit personál o zákonné definici pojmu omezovací prostředek a touto definicí se při poskytování zdravotních služeb řídit (opatření 37)
- Zaznamenávat každé jednotlivé použití omezovacího prostředku do zdravotní dokumentace pacienta (opatření 38)
- Vést centrální evidenci omezovacích prostředků (opatření 39)
- Dbát o prevenci pádů; případné pády zaznamenávat do zdravotní dokumentace, vyhodnocovat jejich příčiny a zohledňovat je v další péči o pacienta (opatření 40)
- Rodná čísla pacientů nezveřejňovat na volně přístupných místech (opatření 44)
- Poskytnout personálu náležité odborné vedení, nastavit jednotné postupy a pravidla (opatření 45)
- V individuálních případech [např. u pacientů s poruchami příjmu tekutin] důsledně sledovat bilanci tekutin (opatření 49)
- Dbát na kulturu stolování; zajistit, aby pacienti při jídle neseděli na toaletních křeslech a aby mohli používat celý příbor (opatření 50)
- Při dopomoci pacientovi při jídle dbát na klidný přístup, oční kontakt, řeč těla, a snažit se v co největší míře podporovat pacientovu soběstačnost (opatření 51)
- Přijmout za jeden z cílů poskytované péče udržení či zlepšení samostatnosti pacienta v oblasti vyměšování (opatření 52)
- Mikční režim nastavovat individuálně (opatření 53)



- Přísně zvažovat indikaci močového katetru a ošetrovatelské úkony s ním spojené řádně dokumentovat (opatření 54)
- Vést zdravotnickou dokumentaci pravdivě a tak, aby byla relevantním podkladem pro další péči (opatření 55)
- Léky pacientovi podávat pouze na základě přesné a úplné ordinace lékaře (opatření 57)
- Dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče (opatření 60)
- Zaměřit se na včasnou detekci příznaků deprese (opatření 62)
- Zohledňovat depresi při naplňování plánu péče o pacienta (opatření 63)
- Více s pacienty rehabilitovat a podporovat nácvik soběstačnosti (opatření 67)
- Reflektovat individuální potřeby pacientů, terapie přizpůsobovat jejich potřebám a schopnostem (opatření 69)
- Vypracovávat aktivizační plány tak, aby z nich bylo zřejmé, jak konkrétně a v jakém časovém horizontu má aktivizace pacienta probíhat a kdo ji má zajišťovat (opatření 70)
- Zajistit pobyt na čerstvém vzduchu i pacientům, kteří k tomu potřebují pomoc personálu (opatření 71)
- Poskytovat standardizovanou paliativní péči (opatření 72)
- Informovat blízké pacienta o zhoršení zdravotního stavu a umožnit jim setrvat u lůžka i v době mimo návštěvní hodiny (opatření 73)

Bez termínu

- Upravit vnitřním předpisem postup při oznamování převzetí pacienta do léčebny soudu a dalším subjektům. (opatření 17)
- Používat postranice v souladu s uvedenými pravidly. (opatření 42)
- Úkony spojené s péčí o dekubity [údaje o frekvenci převazů a rozsahu stavu dekubitů včetně fotodokumentace] zaznamenávat do dokumentace pacienta. (opatření 65)