

ZPRÁVA Z NÁVŠTĚV LÉČEBEN DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH I. Obecný úvod

a) Systematické návštěvy

1. Novelou zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon), jejíž účinnost nastala k 1. 1. 2006, byl ochránci svěřen úkol kladený na funkci tzv. národního preventivního mechanismu, jak jej stanoví Opční protokol k Úmluvě OSN proti mučení¹. Jedná se o úkol provádět systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě (§ 1 odst. 3 a 4, § 21a zákona).
2. Cílem systematických návštěv je zjišťovat, jak je s osobami omezenými na svobodě zacházeno, zda jsou respektována jejich základní práva a svobody, a tím posílit jejich ochranu před všemi formami tzv. špatného zacházení. Zda jsou osoby omezeny na svobodě de facto – v důsledku své faktické závislosti na poskytované péči (z důvodu stáří, nemoci, tělesného, mentálního postižení), či de iure – na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci, není při zajištění jejich ochrany před špatným zacházením podstatné.
3. Špatným zacházením je třeba rozumět jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost. V extrémní poloze může mít podobu mučení, krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání. Špatným zacházením je však i neúcta k člověku a jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě, či zneužívání závislosti na poskytované péči nebo její prohlubování. Formálně špatné zacházení může spočívat v porušování práv garantovaných Listinou základních práv a svobod, mezinárodními úmluvami, zákony a podzákonnými právními předpisy, dále pak neplněním více či méně závazných instrukcí, pokynů, standardů péče, principů dobré praxe či postupů lege artis.

b) Systematické návštěvy léčeben pro dlouhodobě nemocné

4. Pro druhé čtvrtletí roku 2006 byly veřejným ochráncem práv vybrány pro provádění systematických návštěv léčebny dlouhodobě nemocných (dále jen LDN), které jakožto součást soustavy zdravotnických zařízení² patří mezi odborné léčebné ústavy, jejichž péče navazuje na péči nemocnic³. V jejich čele stojí ředitel, popř. vedoucí (v praxi tuto funkci většinou vykonává primář léčebny), jehož do funkce jmenuje a odvolává zřizovatel. Ředitel (vedoucí) bývá současně statutárním orgánem zdravotnického zařízení⁴. V praxi jsou LDN buď součástí nemocnic, popř. jejich samostatným (odloučeným) oddělením, nebo jsou samostatným subjektem. Zřizovatelem léčeben, nebo nemocnic jejichž jsou součástí, jsou jak veřejnoprávní korporace (stát, kraj, obec), tak soukromé subjekty.

¹ Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, New York 1984, publikovaná ve Sbírce zákonů pod číslem 143/1988 Sb. jako vyhláška ministra zahraničních věcí

² § 31 a násl. zákona č. 20/1966 Sb.

³ § 36 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb.

⁴ například § 5 odst. 1 vyhlášky č. 242/1991 Sb.

5. LDN jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajících nemocemi.⁵ Vedle léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče se jako nezbytná v těchto zařízeních jeví i resocializace a péče psychosociální. Vzhledem ke komplexní nedořešenosti systému následné péče jsou zařízení typu LDN rovněž vystavena celé řadě případů nutné paliativní a gerontopsychiatrické péče. Jedná se o zařízení, kde dochází nejen k léčení a vyléčení, ale i k umírání a úmrtí pacientů. Na poskytování náležitě péče v tomto ohledu nejsou LDN dostatečně vybaveny; nejen personálně, ale ani organizačně.
6. Podmínky poskytování zdravotní péče a související problematiku ochrany práv pacientů upravují zejména zákony č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (dále jen ZPZL), zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, popř. zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, či vyhlášky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, a zákon č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví České republiky. Po novelizaci Ústavy ČR (zákon č. 1/1993 Sb.) ústavním zákonem č. 395/2001 Sb. se této oblasti dotýkají i ustanovení Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (dále jen Úmluva o biomedicíně)⁶. Dále se na oblast zdravotnictví vztahují obecné mezinárodní smlouvy o lidských právech a svobodách: Mezinárodní pakt o občanských a politických právech⁷, Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod⁸ či Úmluva proti mučení.

c) Průběh návštěv

7. Návštěvy se uskutečnily v pěti LDN (viz tabulka). Samotná návštěva jedné LDN byla rozložena do dvou dnů (27. a 28. dubna 2006, 11. a 12. května, 17. a 18. května, 1. a 2. června a 8. a 9. června). Prováděli ji vždy 4 právníci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen Kancelář), ve dvou případech také zástupkyně veřejného ochránce práv a vždy také externí odborný spolupracovník (zdravotní sestra se zkušeností sociální pracovnice a lékaři). Přizvaný externista byl přínosem zejména pro vyhodnocení úrovně poskytované zdravotní péče, jakož i pro zjištění získané od některých pacientů s potížemi v komunikaci a při kontrole zápisů vedených ve zdravotnické dokumentaci. Ze strany navštívených léčeben byla ochránci vždy poskytnuta veškerá požadovaná součinnost.
8. Průběh návštěv byl ve všech léčebnách totožný. Zdrojem informací a následného vyhodnocení byly zejména: prohlídka zařízení, rozhovor s vedením LDN, rozhovory s personálem (napříč profesemi, tedy s lékaři, středním i nižším zdravotnickým personálem), rozhovory s pacienty, prostudování zdravotnické dokumentace, vlastní pozorování a údaje získané od experta. Pacienti byli pro rozhovory nahodile vybráni s ohledem na míru jejich schopnosti komunikovat,

⁵ § 15 dost. 1 vyhlášky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi

⁶ publikovaná ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001 Sb.m.s.

⁷ New York 1966, publikovaná ve Sbírce zákonů pod číslem 120/1976 Sb. jako vyhláška ministra zahraničních věcí

⁸ Řím 1950, ve Sbírce zákonů pod číslem 209/1992 Sb. jako sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí

přičemž u ostatních bylo pozorování zaměřeno zejména na mimoverbální projevy komunikace. Rozhovory probíhaly pokud možno v soukromí pacienta.

Všechny rozhovory byly vedeny polostandardizovaným způsobem, a to se zaměřením na oblasti, ve kterých by mohli být pacienti vystaveni špatnému zacházení. Jednalo se zejména o průběh typického dne v léčebně, životní podmínky v LDN, udržování hygieny, vývoj zdravotního stavu v závislosti na poskytované péči, odborný přístup personálu (včetně poučení o zdravotním stavu pacientů, vyžadování jejich informovaných souhlasů, resp. nesouhlasů, poskytování informací ze zdravotnické dokumentace), respektování osobní důstojnosti pacientů ze strany personálu (oslovování, komunikace, dodržování intimity při provádění léčebných výkonů), možnost volného pohybu pacientů v rámci zařízení, soukromí, možnost volnočasových aktivit a duchovních služeb, kontakt s rodinou a vnějším světem, možnost podávat stížnosti.

9. Po každé návštěvě LDN ochránce ve smyslu ustanovení § 21a odstavce 2 a 3 zákona provedl vyhodnocení a závěry. Na jejich základě byly vypracovány zprávy obsahující skutková zjištění, doporučení a návrhy opatření k nápravě. Představitelé léčeben byli vyzváni, aby se k těmto zprávám ve stanovené lhůtě vyjádřili a případně ochránce informovali o přijatých opatřeních k nápravě.

II. Obecná zjištění

a) Informace o LDN

10. Ve vzorku vybraných zařízení jsou zastoupeny LDN s rozdílnými zřizovateli (Ministerstvo zdravotnictví, obec, kraj, soukromý subjekt), s různou kapacitou a z různých krajů ČR.

Navštívená LDN	kraj	zřizovatel (provozovatel)	počet pacientů v době návštěvy	kapacita LDN	průměrný věk pacientů
LDN Bílovice	Jihomoravský	Ministerstvo zdravotnictví	88	85	78
LDN Ostrava - Radvanice	Moravskoslezský	Město Ostrava	188	190	77
LDN Kroměříž	Zlínský	Česká provincie Kongregace Milosrdných sester	97	105	79
LDN Nejdeč	Karlovarský	kraj	86	90	79
LDN Moravské Budějovice	Vysočina	kraj	66	80	79

11. Především u léčeben bez zázemí velkých nemocnic spočívá tíha obstarávání finančních zdrojů nad rámec plateb z veřejného zdravotního pojištění, vypracovávání ošetrovatelských standardů, formulářů pro vedení zdravotnické dokumentace a veškerých postupů, které se dotýkají právního postavení pacienta, přímo na vedení léčebny (primář, vrchní sestra). Výsledkem poté mnohdy je, že:

- léčebny při velkých nemocnicích jsou vtaženy do procesu akreditace či certifikace. Např. v LDN Ostrava tento proces přinesl velmi propracovaný systém vnitřních auditů poskytované péče, v dalších dvou LDN spočíval přínos v zavedení dotazníkového zjišťování spokojenosti pacientů s kvalitou poskytované péče;
- léčebny při velkých nemocnicích mají lepší podmínky pro vzdělávání svého zdravotnického personálu a zavádění nových postupů, především v ošetřovatelství;
- umístění léčebny ve větším městě přináší větší možnosti z hlediska spolupráce s dobrovolníky;
- léčebny vzdálené od jiných zdravotnických zařízení mají problémy se zajišťováním konziliárních služeb;
- téměř všechny navštívené LDN zpřístupňují alespoň některé informace pro veřejnost na internetu; informační vstřícnost je patrnější opět u léčeben, které mají zázemí velké nemocnice, a u soukromé léčebny;
- u dvou LDN došlo v nedávném období ke snížení počtu lůžek (LDN Nejdek, LDN Moravské Budějovice), většinou z komplexních ekonomických důvodů; z hlediska počtu lůžek na pokojích to představuje přínos v oblasti většího soukromí pacientů, negativním důsledkem je související snížení počtu personálu.

LDN by o sobě měly zveřejňovat dostatečné množství informací (internet, letáky), především charakteristiku a podmínky poskytované péče a kontakty na osoby odpovědné za poskytovanou péči.

12. Konkrétní charakter a rozsah péče, kterou LDN poskytují, klíčovým způsobem určují jejich finanční poměry, konkrétně především znění smluv se zdravotními pojišťovnami. Většina vedoucích pracovníků léčeben vnímá spojitost mezi pobytem nemocného v léčebně a návratem do jeho přirozeného prostředí. Proto někteří uvažují při LDN zřídit geriatrické ambulance a zvláštní oddělení se sociálními lůžky; geriatrická ambulance však nebyla zřízena v žádné navštívené LDN a sociální lůžka jsou pouze při Městské nemocnici Ostrava. Z hlediska ekonomického je efekt drahé, často špičkové péče v léčebně zmařen, když po propuštění nenásleduje dostupná a odborná terénní zdravotní péče; z hlediska nemocného je návrat do přirozeného prostředí mnohdy nemožný a on už nebude moci žít samostatný život.

Je nutné vyřešit problém financování uvedené péče, aby bylo umožněno její poskytování v místech, kde je to vzhledem k dostupnosti odborníků, potřebného zázemí a její potřebě nejvhodnější.

b) Materiální podmínky zařízení

13. Léčebny dlouhodobě nemocných jako druh zdravotnického zařízení následné péče vznikaly v českém zdravotnictví od 70. let minulého století. Tři z pěti navštívených LDN jsou umístěny v budovách původně plicních sanatorií, tedy v přírodním prostředí mimo městskou zástavbu. Okolí takových léčeben je velmi klidné a příjemné, na druhou stranu odloučenost přináší obtíže spojené s dopravou nemocných a jejich návštěv, či např. v případě potřeby převozu na vyšetření.

14. Léčebny umístěné ve starších budovách (z meziválečného období – Nejdek, Moravské Budějovice, Bílovice) se potýkají s problémy, které přináší změna trendu

v počtu lůžek na pokojích. Šest lůžek na pokoji již neodpovídá nárokům na moderní lůžkové zdravotnické zařízení, nehledě na specifickou LDN plynoucí z dlouhodobosti pobytu pacientů, a tudíž jejich vyšší potřeby soukromí a domácího prostředí. Navíc více pacientů na pokoji znamená více pohybu a úkonů personálu a ve svém výsledku tedy stálé rušení ostatních pacientů. V novějších a modernizovaných léčebnách jsou standardem dvou a třílůžkové pokoje pacientů.

Souvisejícím problémem je řešení umístění toalet pacientů. Ideálním stavem je, aby pacient, který je schopen používat standardní toaletu, měl sociální zařízení v blízkosti pokoje (např. jedno společné pro dva sousedící pokoje). V objektech stavěných v posledních deseti letech je již tento trend uplatňován.

15. Všechny navštívené léčebny nabízely za určitý poplatek několik nadstandardně vybavených (jednolůžkových) pokojů. Výše poplatku nebyla vždy zcela jasně zveřejněna, ať už uvnitř léčebny, nebo navenek.

Z důvodu transparentnosti a znemožnění případné korupce se doporučuje dostatečně zveřejnit uvnitř i vně léčebny podmínky pro ubytování na nadstandardních pokojích, včetně konkrétního poplatku.

16. Ve starších budovách rovněž není často pamatováno na doprovodné prostory – místnost pro provádění vyšetření nebo soukromých rozhovorů, společenská místnost či jídelna jako prostor pro vzájemné setkávání nemocných a personálu mimo vlastní pokoj, či dále kantýna a pokoj pro přespávání příbuzných. S tímto stavem se nelze spokojit. V zařízeních, kde uvedené prostory chybí, jedí pohybliví pacienti na průchozích chodbách, kde často také sledují televizi. Jestliže neexistuje místnost pro soukromý rozhovor lékaře s pacientem a s rodinnými příslušníky, nebo pro choulostivá vyšetření, nejsou dány základní podmínky pro zachování soukromí a důstojnosti nemocného. Chybějící kantýna zatěžuje návštěvy a personál pokud jde o opatrování denních drobností pro pacienty, je zmařena i dobrá příležitost pro zcivilnění léčeben a navazování sociálních vazeb nemocných. Tři z pěti navštívených léčeben měly speciální prostor pro provádění rehabilitace, jinak probíhala na pokojích a chodbách.

Zřizovatelé LDN by měli usilovat o upravení dispozice léčeben tak, aby

- **pacienti mohli bydlet na pokojích, které jim poskytnou dostatek soukromí a klidu, tedy o dvou až čtyřech lůžkách,**
- **pacienti, jejichž zdravotní stav to dovolí, mohli užívat toalety dostupné z jejich pokoje,**
- **poskytovaly základní sociální a léčebné zázemí, jako je jídelna či jiná společenská místnost, vyšetřovna, prostor pro soukromou rozmluvu s lékařem či duchovním, denní místnost sester a kantýnu.**

Při zřizování nových léčeben se doporučuje postupovat podle tohoto doporučení, dbát na snadnou orientaci v zařízení a vyloučení všech bariér volného pohybu.

17. Ve všech navštívených LDN sloužily pacientům speciálně vyhrazené lednice, kam jim sestry ukládaly soukromé potraviny.
18. Ve všech léčebnách bylo rovněž posuzováno vnitřní prostředí a atmosféra, ve které nemocní během své dlouhé hospitalizace pobývají. Nejlepší vnitřní prostředí bylo zaznamenáno v LDN Bílovice, kde je díky snaze personálu a úsilí dobrovolníků interiér různorodý, barevný a domácký. LDN Moravské Budějovice je příkladem, jak chybějící společné prostory suplovat vynalézavě

zabydlenou chodbou. Obvyklý pokoj LDN je však bíle vymalován, obsahuje nejnútnejší uniformní nábytek, povlečení je bílé, stěny nejsou vyzdobeny, interiér tak výrazně nepřispívá ke stimulaci nemocného. Kulturnost vnitřního prostředí podporuje resocializační terapii a vhodné barevné řešení stěn může přispět k orientaci a pohybu seniorů. Přitom tam, kde byl interiér oživen, nestalo se tak nákladným způsobem, ale dětskou nebo naopak seniorskou tvořivostí, květinami, záclonami, starými kusy nábytku nebo levnými obrázky. Ve všech léčebnách byla na chodbách alespoň místa madla pro nácvik chůze.

Doporučuje se soustavně pracovat na odstranění nemocniční uniformity vnitřního prostředí léčeben.

c) Pacienti LDN

19. Pacienti jsou v LDN hospitalizováni většinou na základě doporučení praktického či odborného lékaře, příslušného zdravotnického zařízení akutní lůžkové péče (nemocnice), popř. zařízení sociální péče (v případech zhoršení zdravotního stavu klientů). V praxi se tak často děje na základě podané žádosti. Do konce roku 2006 je na podkladě ustanovení § 73b zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, možné poskytovat v LDN péči v rámci tzv. sociální hospitalizace⁹. V praxi však léčebny tuto péči pro její finanční neudržitelnost neposkytují. Průměrná čekací doba na umístění je u jednotlivých LDN různá (od 2 do 37 dnů), rovněž tak průměrná ošetrovací doba (od 35 dnů do 4 měsíců; setkat se však lze i s případy několikaletých hospitalizací).
20. Pobyt nemocných v LDN je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Častým jevem je, že si nemocní hradí jednorázové pomůcky, jakou jsou např. pleny, nadstandardní hygienické potřeby apod. Formálně je tento podíl na úhradě poskytované péče zcela dobrovolný, faktickou povahu těchto příspěvků lze zjistit jen velmi obtížně. Za příplatek léčebny obvykle nabízejí pobyt na několika nadstandardně vybavených pokojích.
21. Převážnou část pacientů tvoří senioři (více než 80 %). Průměrný věk činí téměř 80 let. Jedná se o pacienty, jejichž stav již nevyžaduje další pobyt na akutním lůžku nemocnice, ale zatím nedovoluje propuštění do domácího ošetřování. Na druhou stranu jsou to také lidé nacházející se v domácí péči, popř. v péči některého ze zařízení sociálních služeb, u kterých došlo k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Pacienti jsou obvykle umístováni na smíšených odděleních o 20 až 45 lůžkách; oddělení jsou v některých léčebnách specializovaná podle typu poskytované péče. Téměř všechny léčebny umožňovaly návštěvníkům přehledným způsobem orientaci v tom, kde je který nemocný umístěn. Pokud se tak děje způsobem, který nenarušuje soukromí pacientů, lze to hodnotit kladně.
22. Z hlediska poskytované péče lze pacienty LDN rozdělit na ty, jejichž zdravotní stav vyžaduje:
 - a. *doléčování a rehabilitaci* – k obnovení či udržení mobility, soběstačnosti, sebeobsluhy; jedná se o pacienty po úrazech, operacích a amputacích, ve

⁹ jedná se o ústavní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních občanům, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se obejít bez pomoci další osoby a nemohou být proto propuštěni ze zdravotnického zařízení

stabilizovaném stavu po traumatech s postižením funkce hybné soustavy, míchy, mozku, kardiovaskulárního systému atd.,

- b. *dlouhodobou odbornou ošetrovatelskou péčí* – jsou to pacienti s chronickým onemocněním nebo v postakutním stadiu, při současné stabilizaci zdravotního stavu a stanovené diagnóze,
- c. *paliativní péči* – tj. léčbu bolesti a zmírňování příznaků nevléčitelných nemocí; jedná se o pacienty s onkologickým onemocněním, v progresivním stadiu nevléčitelných nemocí.

23. Problematickou skupinou pacientů jsou nemocní, kteří nejsou schopni navázat kontakt a nelze s nimi tudíž snadno komunikovat. V žádné navštívené LDN není ošetrovatelský personál programově a cíleně školen na zvládnání alternativních metod komunikace. LDN Ostrava je případem léčebny, která vykročila správným směrem zaváděním metod bazální stimulace takových nemocných.

Doporučuje se rozvíjet schopnosti personálu co se týče alternativních metod komunikace.

24. Léčebny musí reagovat na skladbu pacientů. Za současného rozvržení lůžek následné péče v českém zdravotnictví musí být LDN připraveny poskytovat paliativní péči na náležitě úrovni. Vyžaduje to nejen zvládnutí léčebné stránky, ale i přístupu k umírajícím. Jedná se o pacienty skupiny 4 a 5 z hlediska soběstačnosti (delirantní nemocní, umírající). Je sice možné argumentovat, že tato skupina pacientů netvoří většinu, ale realita stárnoucí populace ukazuje, že je tento trend nezvratitelný. Nemocní v terminálním stadiu onemocnění jsou hospitalizováni ve všech navštívených léčebnách, bez ohledu na to, zda se tyto na poskytování paliativní péče specializovaně zaměřují. Zvyšování úrovně takové péče z hlediska výběru citlivého personálu, zvyšování jeho schopnosti pomáhat umírajícím a připravenosti poskytovat také duchovní a psychologické služby je úkolem každé LDN. Konceptní přístup v této oblasti byl zaznamenán pouze v LDN Bílovice, kde je zřízeno zvláštní oddělení pro umírající pacienty.

Doporučuje se zajišťovat podmínky pro poskytování paliativní péče.

d) Personál LDN

- 25. Navštívené léčebny byly vedeny odborníky nejčastěji z oboru geriatric. Lékařská péče je všude zajištěna na dobré úrovni; mezi ošetřujícími lékaři převažovaly specializace interního lékařství, všeobecného lékařství a místy také geriatric. Ústavní pohotovostní služba je zajišťována nasmlouváním lékařů - externistů různých odborností, a spočívá ve službě v léčebně v době mimo standardní pracovní dobu ošetřujících lékařů.
- 26. Ve všech léčebnách ošetrovatelskou péčí zajišťuje tým sester, je rovněž zajištěna rehabilitace a ergoterapie (rozdílným způsobem) a fungují kvalifikované sociální pracovníce (viz bod 28). V jedné LDN existuje možnost logopedie. V žádné LDN nebyla obsazena funkce psychologa, LDN Kroměříž zaměstnávala pastoračního pracovníka.
- 27. Ošetrovatelského personálu je v LDN obecně nedostatek v porovnání s požadavky, jaké jsou na něj kladeny. Jeho počet nelze vůbec posuzovat podle limitů, které pro kvalitu péče stanovují předpisy zdravotních pojišťoven (takto nízké stavy nebyly v žádné navštívené léčebně). Ovšem tam, kde došlo ke snížení počtu

lůžek, došlo také k citelnému snížení stavu ošetrovatelského personálu, logicky na škodu kvality jejich práce.

Vyhovující ošetrovatelská péče v LDN musí být nutně zaměřena na individuální potřeby nemocného. Moderní ošetrovatelství totiž zavádí ošetrovatelský plán, který může realizovat jen sestra, která nemocného dobře zná. Rozsah ošetrovatelských úkonů, které pacienti LDN vyžadují, je mnohem větší než v jiných ústavních zařízeních. Lze bez nadsázky říci, že hybnou silou zařízení následné péče je právě ošetrovatelský personál, jehož nedostatek nebo malá kvalita zásadním způsobem určují úspěch hospitalizace.

Doporučuje se navýšit stavy ošetrovatelského personálu v LDN. Pro kvalifikovanou práci přijímat kvalifikované sestry a pro čistě ošetrovatelskou práci ošetrovatelky/ošetrovatele.

28. V jedné LDN z ekonomických důvodů zredukovali úvazek sociální pracovnice tak, že toto místo prakticky zrušili. Toto je krok zcela nepřijatelný. Služby sociální pracovnice nelze ničím nahradit a vždy jich bude v LDN zapotřebí.

Doporučuje se dostatečně personálně zajistit poskytování sociálních služeb v LDN.

29. V léčebnách citelně chybí služby psychologa, psychoterapeuta či pastoračního pracovníka. V zařízeních, kde tyto služby chybí, není prostor na hlubší sociální, spirituální a také psychologicko-resocializační práci.

Doporučuje se zřizovat při LDN místo psychologa, psychoterapeuta či pastoračního pracovníka – obecně člověka, který by poskytoval pacientům služby nesouvisející bezprostředně s jejich diagnostikovaným onemocněním, ale vyplývající z celkové životní situace.

30. Nedostatkem všech navštívených léčeben bylo, že zaměstnanci dobře nefungovali jako multidisciplinární tým. Pracovní porady se odbyvaly zvlášť mezi vedením a lékaři, zvlášť mezi ošetrovatelským personálem. Komunikace byla někde zúžena dokonce na prosté záznamy v hlášení sester. Pravidelná setkávání týmu, například jednou za týden, napříč profesemi včetně lékaře, sociálního pracovníka či dietní sestry a při zapojení nižšího zdravotnického personálu by umožnila výměnu názorů a zkušeností v týmu, a to horizontálním i vertikálním směrem, a v důsledku poté přispěla k celostnímu přístupu k nemocným.

Doporučuje se pracovat v týmu složeném ze všech profesí souvisejících se zdravotnickou péčí o pacienta a pravidelně pořádat porady takového týmu.

31. Celoživotní vzdělávání personálu (kreditní systém u sester) je jen v málo léčebnách cíleně využíván pro zkvalitnění poskytované péče. Špatným přístupem je, když se léčebna omezí pouze na poskytnutí volna k účasti na semináři/školení, případně uhradí část nákladů. Dobrým přístupem naopak je, když vedoucí pracovníci cíleně vysílají své podřízené na školení, kde získají vzdělání a schopnosti lépe vykonávat jim zadanou práci. V LDN Ostrava je například část personálu vyškolená v rehabilitačním ošetrovatelství, které přímo uplatňuje v praxi.

Doporučuje se aktivním přístupem ke vzdělávání ošetrovatelského personálu zvyšovat úroveň poskytované péče v léčebně.

32. Náročná práce zdravotnického personálu vede často k příznakům syndromu pracovního vyhoření, tj. k postupné ztrátě motivace, vyhasínání empatie a citlivého

přístupu k lidem, jimž mají sloužit. Mezi základní nástroje osobního rozvoje a prevence syndromu vyhoření patří supervize, tj. podpora a pomoc při řešení problémů, jež jednotliví zaměstnanci nebo pracovní týmy zažívají při výkonu zaměstnání. Syndrom vyhoření zaměstnanců je vedením LDN vnímán jako problém. Prevence však nikde není prováděna systematicky, lze se setkat pouze s dílčími kroky. Supervize proběhla pouze v jedné z LDN, a to v souvislosti s probíhající přípravou na akreditaci. Zaměstnanci nemají nikde k dispozici služby psychologa.

Doporučuje se věnovat syndromu vyhoření soustavnou pozornost.

33. Zapojení blízkých nemocného či dobrovolníků do péče v léčebnách lze celkově hodnotit jako nedostatečné. Pouze v jednom případě se zkušenost s aktivním dobrovolnictvím projevuje významně na tváři léčebny (LDN Bílovice). Z celkového přínosu práce dobrovolníků v léčebnách lze jmenovat například ulehčení práce ošetrovatelského personálu, větší civilnost prostředí léčebny, možnost získávání nových informací o potřebách pacientů apod.

Vedení LDN se doporučuje aktivně využívat spolupráce s dobrovolníky: připravovat její právní podmínky, vyhledávat schopné lidi, připravovat dobrovolnické programy.

34. V některých z navštívených léčeben byla zjištěna špatná informovanost veřejnosti o personálu. Nebylo nikde vyvěšeno rozdělení pacientů do péče primárních sester a kontakty na staniční sestry, lékaře a vedení léčebny.

Doporučuje se formou letáků nebo na nástěnkách dostatečně zveřejňovat údaje o personálu, který na jakémkoli stupni nese odpovědnost za poskytovanou péči.

III. Ochrana práv pacientů

35. Lze říci, že míra soběstačnosti a na druhé straně míra závislosti pacientů na léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péči se promítá do všech oblastí pobytu pacientů v léčebnách, s čímž souvisí faktická realizace a aplikace jejich práv.

a) Právní postavení pacienta

36. V obecné rovině se právní postavení pacienta promítá zejména do oblastí vyslovení jeho souhlasu s nástupem do LDN, tedy otázky dobrovolné hospitalizace (u nedobrovolných hospitalizací pak nutnosti oznámit soudu převzetí do ústavní péče), poučování pacientů o povaze onemocnění a potřebných výkonech, udělování informovaného souhlasu se zdravotními výkony a práva na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci a v jiných zápisech.

37. Pacienti jsou do LDN přijímáni na základě žádosti pacienta či jeho příbuzných, doporučení dalších osob zúčastněných na přijímacím procesu, tj. odborných lékařů či praktiků. Zařízení v tomto směru vykazovala značně neformální přístup. O přijetí často rozhoduje primář LDN. V některých zařízeních jako podklad pro rozhodnutí o přijetí sloužila k tomu stanovená tzv. indikační kritéria, jež se týkala zdravotního stavu a nákladnosti léčby pacienta. Bylo možné se setkat s podmínkou, že pro přijetí je nutné provedení sociálního šetření sociálními pracovníky a návrh následného řešení sociální situace pacienta. Do přijímacího

procesu bývají často zapojeni příbuzní hospitalizovaného, zejména ve fázi podávání žádosti do LDN a v okamžiku odchodu pacienta ze zařízení.

U některých LDN bylo předpokladem k přijetí vyplnění žádosti o přijetí. Některé žádosti obsahovaly informaci o dočasném pobytu pacienta v léčebně a po jeho ukončení propuštění pacienta do domácího léčení či umístění v zařízení sociální péče (LDN Bílovice, LDN Ostrava).

Za účelem dosažení transparentnosti v léčebnách podporovaných z veřejných rozpočtů se doporučuje vypracovat systém přihlášek a alespoň podpůrných kritérií pro přijetí.

38. Umístění pacientů v LDN je vedením i lékaři chápáno jako „dobrovolné“. Tedy, že ve smyslu § 23 zákona o péči o zdraví lidu (ZPZL) nikdo z pacientů nesplňuje jednu ze čtyř podmínek vyjmenovaných v jeho odstavci 4 pro převzetí do ústavní péče i bez souhlasu pacienta¹⁰. To, že pacienti souhlasili (mohli souhlasit) s hospitalizací nebo se dal jejich souhlas předpokládat, anebo jej nikdo nepožadoval, neznamená, že případ „nedobrovolné“ hospitalizace v zařízení tohoto typu nemůže nastat. V úvahu může připadat případ pacienta s vlastnostmi uvedenými v § 23 odst. 4 ZPZL nebo obecně splňujícího popis uvedený v čl. 6 odst. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, že totiž „dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů“. Listina základních práv a svobod ve svém čl. 8 odst. 6 říká, kdy může být osoba držena v ústavním zařízení bez svého souhlasu¹¹, a že v těchto případech je umístění nutno oznámit soudu, který nahradí souhlas svým rozhodnutím. Většina pacientů je v LDN skutečně hospitalizována „dobrovolně“, tedy ve smyslu § 23 ZPZL je schopna a chce dát souhlas s pobytem v léčebně. Zařízení však musí být připraveno také na výjimečné případy „nedobrovolných“ hospitalizací, aby je umělo rozpoznat a následně postupovat v souladu s právem (§ 24 ZPZL).

39. Třemi léčebnami (Bílovice, Nejdek, Moravské Budějovice) bylo u příjmu pacientů vyžadováno podepisování souhlasů s dobrovolnou hospitalizací. Nebyl-li pacient schopný tento úkon učinit, pouze jedno zařízení (Bílovice) splnilo svoji zákonnou povinnost a oznámilo umístění pacienta do léčebny soudu, který o tomto opatření rozhoduje. Pouze tato léčebna na otázku nedobrovolných hospitalizací reagovala se znalostí právní úpravy a disponovala vnitřními předpisy pro převzetí pacientů z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 ZPZL. U zbývajících dvou léčeben (Ostrava, Kroměříž) byla dobrovolná hospitalizace naopak nesprávně dopředu předpokládána, a to i u pacientů neschopných s ohledem na jejich zdravotní stav řádně tento právní úkon učinit (dezorientovaných, s projevy demence).

Doporučuje se připravit se na případy „nedobrovolných“ hospitalizací v léčebně, např. vydáním vnitřního pokynu s popisem právně souladného

¹⁰ Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,

b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo

c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,

d) jde-li o nosiče.

¹¹ Formální nároky na takový souhlas, byť jen předpokládaný, je třeba hledat v zákoně č. 40/1964 Sb., občanském zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, konkrétně v jeho §§ 34 až 38 o právních úkonech.

postupu či připravením formulářů pro oznámení hospitalizace soudu. Soud musí být kontaktován vždy, pokud pacient nechce nebo nemůže projevít souhlas s hospitalizací. Jedná se zejména o skupinu pacientů, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni kvalifikovaně posoudit svoji situaci a projevít dostatečně souhlas s přijetím a pobytem v LDN (např. pacienti dezorientovaní, pacienti s projevy demence či nacházející se ve vigilním kómatu). Jakákoli prohlášení příbuzných pacienta však nebudou mít v této souvislosti žádnou váhu, nejsou-li současně jeho zákonnými zástupci.

40. V otázce informovaného souhlasu pacienta se zdravotnickými výkony se praxe u jednotlivých zařízení různí. Např. LDN Bílovice disponovala blanketním formulářem souhlasu, v LDN Nejdek bylo udělení písemného souhlasu s prováděním vyšetřovacích a léčebných úkonů součástí jednotného vstupního formuláře, následně založeného do zdravotnické dokumentace. Ostatní zařízení nemohla udělení informovaných souhlasů se zákroky v oblasti zdraví prokazatelně doložit. Zaměstnanci Kanceláře se setkali i s tvrzením, že v LDN nejsou prováděny žádné lékařské výkony, a proto souhlasu s výkony není třeba. Tyto názory jsou však právně mylné.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví ve svém čl. 5 jako obecné pravidlo, že jakýkoli zákrok je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Úmluva používá termín „zákrok v oblasti péče o zdraví“ (v angličtině doslova „zákrok do oblasti zdraví“), nikoli užší pojem „výkon“ jako ZPZL. Každé zavedení vyživovací sondy, močového katetru, aplikování injekce nebo medikamentů, všechny preventivní, diagnostické, léčebné a rehabilitační zákroky prováděné při poskytování zdravotní péče jsou „zákrokem“ ve smyslu Úmluvy a vyžadují informovaný souhlas dotčené osoby. Originální znění textu Úmluvy hovoří o předchozím souhlasu. Úmluva dále stanoví, že dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

Za právní lze tedy považovat pouze takový postup, kdy je požadován předchozí informovaný souhlas pacienta ke každému zákroku ve smyslu Úmluvy – ať už jako zvláštní úkon před každým zákrokem, nebo jako souhlas se zákroky, které vzhledem k pacientovu zdravotnímu stavu přicházejí v LDN v úvahu, který dá pacient při nástupu a který v konkrétní situaci může svobodně odvolat. Z hlediska prokazatelnosti a prevence tzv. důkazní nouze, zda takovýto souhlas učiněn byl, se u informovaného souhlasu považuje nejvhodnější písemná forma. V této souvislosti je opět třeba podotknout, že uvedené prohlášení nebude mít žádnou váhu, pokud je podepíše pouze příbuzný pacienta (nejsou-li současně jeho zákonnými zástupci).

Současně se jako nedostačující jeví, pokud pacient souhlas s prováděnými zákroky eventuelně prokazatelně udělil na předchozím oddělení akutní péče. Péče v LDN se liší od péče na akutním nemocničním lůžku, kam je pacient původně přijímán. Jak lze dovodit z dikce ustanovení čl. 5 Úmluvy o biomedicíně, každá změna léčebného režimu zakládá pacientovo právo být o nových postupech a zákrocích předem řádně informován, jakož i povinnost zdravotnického zařízení takto učinit. Pacient má mít právo svobodně se rozhodnout pro určitý způsob léčby, kterou mu lékař navrhuje. Lékař by měl také pacientovi poskytnout všechny údaje potřebné k tomu, aby se pacient mohl před zahájením každého dalšího postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí.

Za souhlas, jemuž předchází řádné informování, nelze považovat ani žádost o přijetí do LDN – jednak vzhledem ke znění prohlášení, které pacient případně podepisuje, jednak vzhledem k tomu, že se tak děje s časovým předstihem a někdy žádost podepisují jen příbuzní pacienta.

Za právní lze tedy považovat pouze takový postup, kdy je požadován předchozí informovaný souhlas pacienta ke každému zákroku ve smyslu Úmluvy – ať už jako zvláštní úkon před každým zákrokem, nebo jako souhlas se zákroky, které vzhledem k pacientovu zdravotnímu stavu přicházejí v LDN v úvahu, který dá pacient při nástupu do LDN a který v konkrétní situaci může svobodně odvolat.

Doporučuje se stanovit jednotný postup pro prokazatelné poskytování souhlasu se zákroky v oblasti zdraví, které vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta přicházejí v LDN do úvahy, včetně poučení, že má pacient právo tento souhlas později odvolat. Je třeba též řešit situace, není-li podpis nemocného, jenž se zákroky souhlasí, na základě jeho zdravotního stavu objektivně možný (např. s uvedením důvodů, proč takto nemohl učinit, zda a kdy k poučení pacienta došlo, se současným podpisem alespoň dvou příslušných zdravotnických pracovníků).

Doporučuje se přijmout taková opatření, aby pacient mohl v konkrétní situaci svobodně zákrok odmítnout.

41. Vedle svobody vůle je nutnou podmínkou relevance poskytovaného souhlasu pacienta s hospitalizací a prováděním vyšetřovacích a léčebných úkonů předchozí pravdivé, úplné a srozumitelné poskytnutí všech potřebných informací. V tomto případě může informování provést pouze lékař.

Doporučuje se procedurálně zajistit, aby přijímaný pacient neuděloval souhlas s hospitalizací a s prováděním vyšetřovacích a léčebných úkonů dříve, než bude dostatečně s ohledem na svůj zdravotní stav a schopnost porozumět poučen lékařem.

42. Příjmy pacientů probíhají na vyšetřovnách nebo přímo na lůžku pokoje.

Doporučuje se, aby projednávání citlivých osobních záležitostí týkajících se diagnózy, zdravotního stavu a další léčby, se v zájmu ochrany soukromí pacientů provádělo o samotě, bez účasti ostatních, s ohledem na přání hospitalizovaného.

43. V jedné z navštívených LDN se pracovníci Kanceláře setkali s vnitřním opatřením upravujícím případy, kdy pacienti nejsou zbaveni či omezeni na své způsobilosti k právním úkonům de iure, ale fakticky, a to v závislosti na aktuálním zdravotním stavu. V souladu s ustanovením § 38 odst. 2 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, je právní úkon osoby jednající v duševní poruše, která ji činí k tomuto úkonu neschopnou, neplatný. Jedná se tak o úpravu absolutní neplatnosti právních úkonů jinak plně právně způsobilých pacientů, aktuálně se však nacházejících pod vlivem např. medikace či jiné zdravotní indispozice. Absolutní neplatnost právních úkonů vzniká přímo ze zákona a může se jí dovolat každý, kdo má na této věci právní zájem (popř. se jí může dovolat také určovací žalobou u soudu¹²). Zdravotnické zařízení může prokázat právní zájem¹³ pouze na určitém výčtu právních úkonů pacientů, např. na souhlasu pacienta s hospitalizací,

¹² § 80 písm. c) zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

¹³ Právní zájem je založen v případě možnosti ohrožení práva či vzniku nejistého právního postavení toho, kdo se tohoto zájmu dovolává.

jeho informovaném souhlasu se zákroky v oblasti zdraví, odmítnutím další léčby atd. V opačném případě by tak docházelo k protiprávnímu jednání – bezdůvodnému zasahování do práv a oprávněných zájmů těchto osob¹⁴.

Obecně se doporučuje podobná opatření o posuzování schopnosti pacientů činit platné právní úkony upravit tak, aby z nich bylo zřejmé, na které situace se vztahuje (tzn. jen tam, kde je dán právní zájem zdravotnického zařízení), kdy nebo jak často je nutno jednotlivé kroky realizovat, jaký je přesný formální postup (zejm. kdo je oprávněn tento stav posoudit a jakým způsobem zaznamenat), jak je zajištěno informování rodiny atd.

44. Ve vnitřních dokumentech dvou zařízení (LDN Ostrava, LDN Moravské Budějovice) se pracovníci Kanceláře několikrát setkali s pojmem „zbavený svéprávnosti“ či „nesvéprávný“. Jedná se o termín již zastaralý a nehledě na jeho pejorativní zabarvení je třeba jeho používání odmítnout kvůli tomu, že je obsahově zavádějící. I osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům je způsobilá mít svá práva a povinnosti, není tedy „nesvéprávná“.

Obecně se doporučuje v interních dokumentech nepoužívat termín „nesvéprávný“, ale „zbavený (omezený ve) způsobilosti k právním úkonům“.

b) Právo rozhodovat o sobě

45. Jedním z prvků prevence špatného zacházení a ukazatelem respektu k právu každého pacienta na zachování jeho lidské důstojnosti je dodržování práva rozhodovat o sobě. Realizace takového práva především spočívá v možnosti co nejaktivněji se podílet na léčbě. Přes dočasné nebo trvalé zdravotní omezení pacientů se jedná stále o osoby, jejichž důstojnost a ústavně zakotvená svoboda a nedotknutelnost (čl. 1 a 7 Listiny základních práv a svobod) musí být respektovány a jimž musí být poskytnuta maximální možná autonomie. Aby pacient mohl vystupovat v procesu své léčby jako partner lékaře (§ 3 odst. 3 Etického kodexu České lékařské komory) a ostatního zdravotnického personálu, musí pro to být vytvořen prostor a pacient musí disponovat pravdivými a úplnými informacemi o svém postavení a zdravotním stavu. Vzhledem k principiální faktické (nikoli právní) nerovnosti ve vztahu pacienta a zdravotníka, která je způsobena oslabením pacienta plynoucím z jeho zdravotního omezení, je k realizaci práva rozhodovat o sobě nutná neustálá vstřícnost – informační i lidská – ze strany personálu zařízení, a také určitá formalizace některých postupů.

46. Základním předpokladem toho, aby pacient mohl realizovat své právo rozhodovat o sobě, je fakt, že je o svých právech poučen. Tedy, že je zná a má k dispozici jak v okamžiku přijetí do zařízení, tak v průběhu pobytu. Je třeba pozitivně hodnotit skutečnost, že některá z navštívených zařízení (Bílovice, Ostrava, Moravské Budějovice) v průběhu příjmu do léčebny prokazatelně poučila pacienty o jejich právech. O poučení byl učiněn zápis do dokumentace. Ve dvou z těchto zařízení (Ostrava, Moravské Budějovice) pacienti poskytnuté poučení navíc stvrdili svým podpisem.

Pozornost si zaslouží u jednoho zařízení stanovení „Práva pacientů“ Standardním ošetrovatelským postupem, jehož součástí jsou mj. i celostátně uznávané dokumenty Práva pacientů, Práva kriticky nemocného a Práva umírajících. Z tohoto vnitřního předpisu plyne personálu obecná povinnost

¹⁴ § 3 odst. 1 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

informovat nemocného o jeho právech. O poučení provádí poté sestra zápis do dokumentace. Odlišný přístup v této souvislosti byl zaznamenán u zařízení, které záznam o poučení o právech hospitalizovaných v dokumentaci formálně nezaznamenávalo a otázkou zůstává, jestli pacientům při nástupu do zařízení bylo poučení tohoto obsahu poskytnuto (Kroměříž, Nejdek).

Jednou z možností, jak zajistit hospitalizovaným prokazatelné poskytnutí informací o jejich právech, je upravit tuto informační povinnost personálu vnitřním předpisem a v něm dále stanovit, že je třeba po tomto úkonu stvrzující podpis pacienta.

Není-li možné s ohledem na zdravotní stav pacienta jeho podpis s poskytnutými informacemi objektivně doložit, jeví se jako vhodná forma alespoň záznam do dokumentace o poskytnutí informací příslušnými zdravotnickými pracovníky, včetně jejich podpisu.

47. Práva pacientů se nacházela vyvěšena ve vnitřních společných prostorech (chodbách) navštívených LDN. Při návštěvách na pokojích se však pracovníci Kanceláře s vyvěšenými právy pacientů průkazně setkali pouze v jednom zařízení (Moravské Budějovice). Vyvěšením na nástěnce či chodbě na jednotlivých odděleních zařízení nelze účinek vyvěšení na pokojích nahradit, neboť pro mnohé dlouhodobě nemocné je informace na nástěnce či ve společných prostorech zařízení fakticky nedostupná.

Doporučuje se, a to zejména s poukazem na zdravotní situaci zde umístěných pacientů, vyvěsit práva pacientů na každém pokoji z důvodů jednoduššího přístupu k informacím.

48. Obecně pro navštívená zařízení platí, že lze mít jistou pochybnost ohledně toho, zda jsou skutečně všichni pacienti obeznámeni se svým zdravotním stavem, charakterem onemocnění a účelem a povahou následujícího léčebného a ošetrovatelského postupu ke dni nástupu do léčebny. Specifická je v tomto ohledu situace u onkologických pacientů, u nichž došlo k ukončení kurativní léčby, která vyžaduje podrobné informování o následujícím (novém) postupu.

Nástup do LDN představuje ve všech případech léčebnou změnu s ohledem na zdravotní péči, kterou je zdravotnické zařízení tohoto typu schopno zabezpečit. Z rozhovorů s lékaři LDN bylo zjištěno, že pokud při nástupu do LDN pacient nebude např. při poskytování souhlasu se zdravotnickými výkony prokazatelně informován lékařem o své aktuální zdravotní situaci, nebude jistota, že se může kvalifikovaně vyjádřit a souhlas poskytnout.

Doporučuje se zavést takový postup, který nad jakoukoli pochybnost zaručí informování pacienta při přijetí do LDN o jeho zdravotním stavu, charakteru onemocnění a účelu a povaze následujícího léčebného a ošetrovatelského postupu v LDN. Je žádoucí tento postup zdokumentovat.

49. Zvláštní případ tvoří situace, kdy pacient nechce být plně informován o svém zdravotním stavu. Odmítnout informování je součástí práva pacienta rozhodovat o sobě, což musí být plně respektováno. Lékař je pak zbaven své povinnosti informovat a poučovat do té míry, jak to pacientova vůle vyjadřuje. Při návštěvách se pracovníci Kanceláře v LDN neseťkali s dokumentem (ani jeho předpokladem ve vnitřních předpisech), který by přání pacienta nebýt informován vyjadřoval. Přesto při rozhovorech v několika případech personál uvedl, že u umírajících pacientů nebývá skutečnost bezprostřednosti a neodvratitelnosti smrti pacientům

sdělována. Informování umírajících pacientů je otázka velmi citlivá a složitá, dotýkající se vnitřního postoje k této záležitosti každého člověka – lékaře i pacienta. Rozhodující však musí být postoj pacienta, který musí lékař zjišťovat, aby mohla být respektována všechna práva umírajících. Samotné informování o blízké smrti není zpronevřením se, ale předpokladem etické povinnosti lékaře probouzet a udržovat v pacientovi realistické naděje a očekávání. Pokud se totiž personál zařízení pohybuje ve „vzduchoprázdnu“ nejistoty a domněnek, co pacient vědět chce a co nechce, jsou dány předpoklady pro to, aby věděl spíše méně a aby byl v tíživé situaci blízké smrti, nebo nepříznivé diagnózy obecně, zcela osamocen. Jistá formalizace v této oblasti může přispět k jednotnosti přístupu a k předávání informací mezi personálem.

V souvislosti s právem pacienta (ne)obdržet informace o svém zdravotním stavu je třeba konečně uvést i jeho právo rozhodnout o tom, kdo a do jaké míry může či naopak nesmí být informován o jeho zdravotním stavu či o pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Doporučuje se při nástupu pacienta do LDN vyžádat také jeho prohlášení o tom, zda si (ne)přeje být plně informován o svém zdravotním stavu i o tom, kdo a do jaké míry (ne)může být o těchto skutečnostech, či o jeho pobytu v léčebně, informován. Pacient by měl být rovněž poučen, že svá rozhodnutí může kdykoli změnit.

Dále se doporučuje pořizovat do dokumentace záznamy o tom, komu a kým byly poskytovány informace o zdravotním stavu, příp. o nepříznivé diagnóze pacienta.

50. Výjimku z pravidla pravdivé a vhodným způsobem pojaté úplné informovanosti pacienta představuje tzv. terapeutické privilegium, tedy zadržování informace o nepříznivé diagnóze dle úvahy a svědomí lékaře (§ 3 odst. 5 Etického kodexu České lékařské komory). Jedná se skutečně jen o výjimku, nemůže se změnit v trvalý „milosrdný“ přístup k nevléčitelně nemocným.

Doporučuje se zdůraznit lékařům, že zadržování informace o nepříznivé diagnóze je s etickým přístupem k dlouhodobě nemocnému slučitelné jen výjimečně.

51. Projevem pacientova práva rozhodovat o sobě je i využití možnosti svobodně odmítnout konkrétní zákrok, aniž by riskoval propuštěním z péče zařízení nebo jiný pro něj nepříznivý následek, případně léčbu jako celek (tzv. informovaný nesouhlas -revers¹⁵). Je obecným pravidlem daným Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, že pacient má svobodu rozhodovat o sobě, a to i když by pak škodil svému vlastnímu zdraví, pokud nepůsobí škodu jiným.

Doporučuje se zdůraznit zdravotnickému personálu, který rozhoduje o provedení zákroků do sféry zdraví pacienta, že pacient má právo zákrok odmítnout a že je personál povinen vzhledem k mentální dispozici pacienta realizaci tohoto práva umožnit, pacienty před zákroky na tuto možnost upozornit s ohledem na jejich zdravotní stav a schopnosti posoudit následek takového odmítnutí.

52. Součástí práva pacienta rozhodovat o sobě, s bezprostředním dopadem na jeho každodenní pobyt v léčebně, je rovněž okolnost, zda a jak může ovlivňovat

¹⁵ § 23 odst. 2, věta druhá, zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

svůj denní režim, či jak si přeje být ze strany personálu oslovován. Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že v závislosti na míře své soběstačnosti mohou pobyt v léčebnách do značné míry ovlivňovat, ať již dobu vstávání, uléhání, tak dobu a četnost konání hygieny či způsob trávení volného času. Podle zjištění jsou pacienti v zařízeních ze strany personálu oslovováni vykáním k příjmení, podle jejich přání i vykání ke jménu. Pouze v jednom konkrétním případě se zaměstnanci Kanceláře setkali se sdělením, že personál pacientku oslovoval „babičko“ a vykal.

Doporučuje se projevat důsledný respekt k přání pacienta s ohledem na zachování lidské důstojnosti a v žádném případě neoslovovat jinak, než jak si samotný pacient přeje. Dále se LDN doporučuje rozvolnit denní režim, jak jen to je, vzhledem ke dlouhodobosti hospitalizace, možné.

c) Zdravotnická dokumentace

53. Léčebny plní povinnosti, které vyplývají z § 67b ZPZL a vedou zdravotnickou dokumentaci o pacientech včetně ošetrovatelské dokumentace. Některé LDN doplňují navíc zákonná ustanovení vnitřní směrnici k vedení zdravotnické dokumentace (LND Bílovice, LDN Ostrava). Zaměstnanci Kanceláře se setkali také s částečným vedením zdravotnické dokumentace v elektronické podobě. Interními předpisy jsou stanoveny obecné požadavky na chorobopis, plány diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče a další součásti dokumentace, pokud se týká jejich obsahu, způsobu pořizování záznamů, způsobu kontroly, místa uložení, doby uchování a případně i následné skartace. Kontrola záznamů probíhá periodicky podle zavedeného způsobu. Vedení zdravotnické dokumentace kontroluje především primář, jednotliví lékaři, vrchní sestra.
54. Právo pacienta na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, je zakotveno v ustanovení § 67b odst. 12 ZPZL. U osob mladších 18 let nebo osob zbavených způsobilosti k právním úkonům mají právo na tyto informace jejich zákonní zástupci. Nebylo zjištěno, že by navštívené LDN neposkytovaly pacientům informace o jejich zdravotním stavu. Pacienti měli naopak ve všech případech možnost nahlédnout do své zdravotnické dokumentace, vedení navštívených LDN by v případě žádosti umožnilo pacientům i pořízení kopií či výpisů ze zdravotnické dokumentace.
55. Listinná část dokumentace je uchovávána buď v pracovnách lékařů, či častěji v pracovnách sester na jednotlivých odděleních léčeben, a bývá tak dobře přístupná ošetrovatelskému personálu. Vlastní dokumentaci si vedou také sociální pracovnice. Zaměstnancům Kanceláře byla vždy dokumentace zpřístupněna v rozsahu, jaký požadovali. Seznámili se tak se způsobem jejího vedení u jednotlivých pacientů a za pomoci externího spolupracovníka vyhodnotili kvalitu vedení jednotlivých záznamů s ohledem na ustanovení § 67b odst. 4 ZPZL.

Obecně je doporučováno dbát na čitelnost vedených záznamů.

56. Diskutabilní je otázka faktického zabezpečení listinné dokumentace tak, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům v ní obsaženým. Zdravotnické zařízení vystupuje při vedení zdravotnické dokumentace jako správce a zpracovatel osobních, konkrétně citlivých údajů o zdravotním stavu osob ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, na něž ZPZL výslovně odkazuje. Z tohoto zákona plyne pro zařízení především povinnost shromažďovat osobní

údaje odpovídající pouze stanovenému účelu a v rozsahu nezbytném pro jeho naplnění (§ 5 odst. 1 písm. d)) a přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití osobních údajů (§ 13 odst. 1).

Možné porušování právě této povinnosti zaznamenali zaměstnanci Kanceláře. Dveře do místností, ve kterých je dokumentace uložena, zůstávaly otevřené a uložená dokumentace v těchto prostorách byla hypoteticky lehce dostupná, popř. bez jakéhokoli dozoru personálu na chodbách při převozu dokumentace na vozících. Úřad na ochranu osobních údajů vyžaduje v souvislosti s ustanovením § 13 odst. 1, aby správce (a zpracovatel) vyhodnotil rizika a přijal odpovídající opatření.

V souladu se zákonem ideálně splňuje požadavek bezpečné ochrany pouze elektronická verze zdravotnické dokumentace, ke které má přístup oprávněný lékař na základě osobního hesla, a popř. takové uložení její listinné podoby, které umožní přístup pouze oprávněným osobám, tedy realizace takových opatření, která minimalizují riziko přístupu neoprávněných osob.

Doporučuje se přijmout adekvátní opatření k důslednějšímu zabezpečení listinné podoby zdravotnické dokumentace.

d) Právo na osobní svobodu

57. Osobní svoboda je Listinou základních práv a svobod každé fyzické svobodě garantována a nikdo nesmí být zbaven či omezen na svobodě jinak než z důvodů a způsobem, který stanoví zákon. Zákon upravuje, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů¹⁶.

58. Přestože volnost pohybu pacientů po areálu všech navštívených LDN není nijak formálně omezena, plně tuto možnost mohou z vlastní vůle využívat jen zcela chodící soběstační pacienti. Vzhledem k oděvu pacientů (adekvátnímu danému typu zařízení) a u některých LDN i jejich izolací od obce, je pro samotného pacienta fakticky nemožné vzdálit se mimo areál zařízení. Také s ohledem na zdravotní stav pacientů a jejich někdy sníženým schopnostem orientace však zůstává praktická realizace práva svobody pohybu nevyužita. V jednom zařízení např. pracovníci Kanceláře zjistili, že pohyblivý, nicméně špatně orientovaný pacient, nebyl za rok hospitalizace venku ani jednou. V jiném případě byli nechodící pacienti fakticky závislí na pomoci personálu, neboť výtahy v budově bylo možné ovládat pouze pomocí klíčů.

Je nutné přijmout taková opatření, aby soběstačné osoby, bez závislosti na své mobilitě, měly rovnou příležitost volného pohybu po areálu léčebny.

59. Pro použití omezovacích prostředků při péči o pacienta mají léčebny vypracovány ošetřovatelské postupy, v jednom případě standard chování a komunikace se specifickými skupinami pacientů. Podmínkou použití restriktivních opatření obecně je, že o jejich omezení rozhoduje výhradně lékař. Výkon a důvod, jenž k němu vedl, je nutno zaznamenat do zdravotnické dokumentace pacienta.

¹⁶ Čl. 8 odst. 6 Listiny základních práv a svobod

Mezi zjištěné prostředky omezující pohyb se řadí většinou postranice u postelí, fixace, kurtování a aplikace psychofarmak. Jedna navštívená LDN však chemické prostředky a postranice za prostředky omezující pohyb nepovažovala, užití restrikcí zde bylo navíc ordinováno na 24 hodin, nikoli na dílčí aktuální potřebu.

Doporučuje se přistupovat k využití jakýchkoliv forem omezovacích prostředků pouze v nejnútnejších a odůvodněných případech. Za omezovací prostředek je třeba chápat též postranice u lůžka a podávání psychofarmak pro zklidnění. Doporučuje se aplikovat omezovací prostředky vždy na zvláštní ordinaci lékaře, bez konkrétního časového limitu, pořizovat o každém použití zvláštní záznam do zdravotnické dokumentace a o použití informovat příbuzné, příp. jiné zákonné zástupce pacienta.

e) Právo na soukromí

60. Právu na soukromí je, jako jednomu ze základních práv, poskytnuta ochrana v mezinárodních smlouvách a i ve vnitrostátní úpravě. Lze zmínit např. čl. 8 Evropské úmluvy, který proklamuje právo každého na respektování jeho soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence, nebo čl. 17 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, který stanoví, že nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence, ani útokům na svou čest a pověst. V Listině základních práv a svobod je soukromí chráněno v čl. 7, který zaručuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, a v čl. 10, který garantuje právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. V odstavci 3 článku 10 jsou zvláště chráněny osobní údaje, jejichž ochranu, zpracování atd. upravuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

61. Dostatek soukromí v LDN je hodnocen zejména s ohledem na zachování soukromí na pokoji, při návštěvách, uložení osobních věcí, telefonování, provádění hygienických úkonů a konání potřeby.

62. V navštívených LDN závisí rozmístění osob do pokojů na momentální situaci. Pacienti pobývají na pokoji s přibližně věkově shodnou skupinou osob, rozdělení podle pohlaví. Rozhovory s pacienty potvrdily, že pokud došlo k nevyhovujícímu obsazení pokoje, snaží se personál po uvolnění lůžka pacienta přemístit. Ve dvou LDN bylo zjištěno, že léčebna umožnila i společnou hospitalizaci manželů či partnerů na jednom pokoji.

Většina pacientů uvedla, že je s ubytováním spokojena, společnost jiných pacientů na pokoji preferují před samotou na jednolůžkovém pokoji a nemají důvod své ubytování měnit. Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že existuje rozdílný přístup personálu při vstupu do pokojů. Většinou totiž personál při vstupu do pokojů neklepe, což lze v některých případech objektivně pochopit (donáška jídla, rehabilitační pomůcky apod.)

Obecně se doporučuje, aby zaklepáním před vstupem do pokoje personál projevoval respekt k soukromí pacientů.

63. Základní aspekty soukromí pacienta a způsoby jejich dodržování může mít léčebna zpracovány ve vnitřním písemném materiálu. LDN Ostrava měla výše uvedené podchyceno v tzv. „Desateru soukromí pacienta“. Materiál byl lehce dostupný na každém oddělení léčebny. LDN Moravské Budějovice zakotvuje

základní zásady pro respekt k soukromí pacientů při jednotlivých činnostech či úkonech (např. provádění hygieny či vyšetření, intimní hovory pacientů s lékaři apod.) v rámci standardů chování a komunikace zdravotnického personálu s pacienty.

64. Vlastní možnost regulace tepla, světla či větrání na pokojích je odvislá od soběstačnosti pacientů, většinou toto činí personál. Rozhovory s pacienty bylo výjimečně zjištěno, že ne vždy se tak děje podle jejich přání.

Doporučuje se aktivně a průběžně zjišťovat potřeby pacientů ohledně tepelné či světelné pohody na pokojích.

65. Na pokojích lůžek se ve většině případů nachází neuzamykatelné noční stolky. Pacienti obecně nemají možnost uzamknout si cennosti, popř. hotovost do stolků, a to i přes to, že by tuto možnost aktivně využívala jen početně omezená skupina osob.

Doporučuje se zavést možnost uzamykání nočních stolků, a to zejména ve vztahu k soběstačnějším pacientům.

66. Přestože navštívené LDN většinou formálně umožňují pacientům mít v léčebně své vlastní oblečení či župan, jejichž výměnu musí zajistit rodina, v praxi se pracovníci Kanceláře setkali s tendencí spíše opačnou. Jedním z důvodů je skutečnost, že LDN, až na jednu výjimku (LDN Nejdek), pacientům neumožňují přeprání jejich vlastního oblečení, popř. že ne všichni pacienti jsou o možnosti mít v zařízení vlastní oblečení informováni.

Doporučuje se pravidelně seznamovat pacienty s možností mít za stanovených podmínek své vlastní oblečení, a tuto skutečnost zakotvit i v domácím řádu. V závislosti na materiálně-technických podmínkách jednotlivých zařízení se považuje za vhodné umožňovat pacientům přeprání i jejich vlastního oblečení.

67. Pro uložení cenností slouží v zařízení často trezory (např. na sesternách či u sociální pracovnice). O věcech v trezorech je vedena evidence. Pracovníci Kanceláře zaregistrovali mylný výklad odpovědnosti zařízení za věci vnesené. LDN se často domnívají, že se mohou své odpovědnosti za cennosti a případně peníze zprostit jednostranným písemným prohlášením, že „za cennosti a peníze neuložené do úschovy personál neodpovídá“.

Ve smyslu ustanovení § 433 a § 434 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, odpovídá za škodu způsobenou na vnesených nebo odložených věcech do ubytovacích zařízení vždy ten, kdo tyto služby poskytuje (vyjma případů, kdy by ke škodě došlo jinak), přičemž nezáleží na tom, zda byly věci uloženy do úschovy, či nikoli. Této odpovědnosti se nelze zprostit jednostranným prohlášením ani dohodou. Za peníze a jiné cennosti zařízení odpovídá jen do výše 5.000,- Kč¹⁷, pokud však škodu způsobili jeho zaměstnanci, vzniká odpovědnost v plné výši (rovněž tak v případě převzetí těchto věcí do úschovy).

Jinými slovy, zařízením poskytujícím ubytovací služby, kam se podle rozhodovací praxe soudů¹⁸ radí i lůžková oddělení zdravotnických zařízení, vzniká objektivní odpovědnost, jíž se nemohou zcela zprostit, a to ani dohodou s příjemci služeb, tj. s pacienty, ani jednostranným prohlášením. Tato

¹⁷ § 1 nařízení vlády č. 258/1995 Sb., kterým se provádí občanský zákoník

¹⁸ Např. Rc 46/74 5 Co 366/73 [Sb.NS 74, 5: 294]

odpovědnost vyplývá z provozní činnosti určitého druhu v daném zařízení (tj. zde poskytování zdravotní péče), s níž je automaticky spojeno odkládání věcí. Rozsah odpovědnosti je limitován pouze u peněz a cenností, a to ještě za výše uvedených podmínek. V postupu LDN je tak shledáno pochybení spočívající v rozporu se zákonem.

Doporučuje se uvést faktický stav do souladu se stavem právním, tj. nepožadovat po pacientech souhlasný podpis u výše uvedených, odpovědnosti zprošťujících výroků. Jelikož právo mít své osobní věci (popř. peníze, doklady, cennosti) nelze pacientům v žádném případě upírat, doporučuje se pacientům zdůrazňovat hlavně prvořadý zájem na prevenci ztrát či zničení těchto věcí, jakož jim také poskytnout možnost bezpečného uložení, např. do uzamykatelných nočních stolků.

68. V jedné LDN bylo pacientům fakticky umožněno mít u sebe hotovost pouze do určité výše, byť znění domácího řádu v tomto ohledu mělo pouze doporučující charakter. Bylo doporučeno respektovat právo pacientů disponovat svými penězi v nelimitované výši, veškerá opatření mohou být pouze doporučující, nikoli omezující.

69. Uložení občanského průkazu (OP) a kartičky zdravotní pojišťovny je u jednotlivých osob v jednotlivých LDN různé. Rozhovory doložily, že někteří pacienti mají OP u sebe na pokoji, jiní u sociální pracovnice či v pracovních sester. Obdobná situace panuje i v případě kartiček zdravotní pojišťovny. V jedné LDN bylo dokonce zjištěno, že při nástupu do léčebny všichni pacienti tyto dokumenty odevzdávají povinně. Tato praxe ve své plošnosti představuje nezákonný postup.

Občanský průkaz je veřejná listina, kterou má občan, a to i občan omezený ve způsobilosti k právním úkonům, povinnost mít u sebe, aby mohl prokázat svoji totožnost. Ustanovení § 2 odst. 4 zákona č. 328/1999 Sb., o občanských průkazech, zakazuje odebírat občanský průkaz při vstupu do objektů. Léčebny tedy mohou pouze úschovu občanského průkazu nabídnout, ale je v rozporu s právem jeho odevzdání vyžadovat nebo formulovat tak, aby bylo vyloučeno svobodné rozhodnutí pacienta. Ukládání občanských průkazů mimo dispozici pacienta má své opodstatnění v případě pacientů dezorientovaných, kterým léčebna prokazuje touto možností službu.

Doporučuje se změna stávajícího chybného přístupu plošného odebírání občanských průkazů od pacientů. Ukládání občanských průkazů lze nabízet pacientům jako možnost, nikoli jako povinnost. Dále bylo doporučeno zvolit bezpečné místo pro ukládání osobních dokladů pacientů.

70. Choulostivou oblastí, kde by měl mít pacient možnost zachovat své soukromí a měla by být zohledňována lidská důstojnost, je provádění úkonů osobní hygieny a konání potřeby. Pacienti soběstační se mohou v léčebnách koupat kdykoli podle své potřeby. U pacientů odkázaných na pomoc probíhají jednoduché hygienické úkony na pokojích a koupání se koná většinou jedenkrát týdně. V případě nutnosti proběhne koupání mimo stanovené pořadí. Při návštěvách bylo zjištěno, že kliky na dveřích koupelen či WC nebývají opatřeny štítkem či signalizací pro jednoduché označení, zda-li je volno nebo obsazeno.

Doporučuje se, aby obsazení toalety či koupelny bylo označováno výše uvedeným způsobem.

71. Z rozhovorů vyplynulo, že konání potřeby na toaletním křesle probíhá i za přítomnosti ostatních pacientů na pokoji. Navíc bylo zjištěno, že v některých případech v léčebně více pacientů téhož pokoje používá jedno společné toaletní křeslo, což způsobuje zásadní problém, pokud potřebují jít na stranu současně. Výměny plen u inkontinentních pacientů probíhají také za přítomnosti ostatních spolubydlících. Tento postup je pro svůj zásah do lidské důstojnosti nepřijatelný, personál musí klienta konajícího potřebu, popř. při výměně plen, přinejmenším oddělit od ostatních zástěnou, a to automaticky.

Považuje se za nezbytné zajistit intimitu jednotlivých pacientů při používání toaletních židlí (popř. výměnách plen a podle přání i převlékání). Vhodným způsobem se v tomto směru jeví použití zástěn (přenosných skládacích, zatahovacích apod.). V případě používání toaletních židlí více pacienty daného pokoje současně je dále nezbytné zajistit tuto zástěnu pro každou osobu zvlášť. Považuje se též za potřebné zajistit, aby pacienti měli k dispozici každý své toaletní křeslo. Důsledně je také třeba kontrolovat, zda jsou zavřené dveře do chodby.

f) Právo na kontakt s okolním světem

72. Kontakty s rodinou i okolním světem, zachování vědomí sounáležitosti a možnost zachování či posilování sociálně-emočních vazeb, vytvořených před vstupem do zdravotnického zařízení, jsou pro psychiku pacientů, i pro to, jak se v zařízení celkově cítí, velmi důležité. S délkou hospitalizace se tato potřeba o to více umocňuje. Právo vytvářet a rozvíjet vztahy k ostatním lidem, zejména k příbuzným, je třeba zahrnout pod pojem soukromý život ve smyslu článku 8 Evropské úmluvy¹⁹.

73. Oblast realizace návštěv u pacientů je v jednotlivých LDN odlišná. Z časového hlediska v některých LDN probíhají návštěvy pacientů de facto neomezeně, v jiných je doba návštěvy limitována, nad toto vymezení je možná individuální domluva s personálem pro její prodloužení. V LDN Moravské Budějovice byly ve srovnání s jinými léčebnami návštěvní hodiny extrémně krátké (hodinu ve všední dny, a hodinu a půl o víkendech), vzhledem ke vzdálenosti této léčebny od místa bydliště příbuzných proto bylo doporučeno návštěvní hodiny vhodně rozšířit.

Doporučuje se do rozpisu návštěvních hodin uvést i dodatek o možné individuální dohodě návštěvní doby. Doporučuje se rovněž neomezovat kontakt pacientů s jejich blízkými, a to zejména v závislosti na poloze léčebny a závažnosti onemocnění.

74. Místa, kde se návštěvy odehrávají, závisí na rozhodnutí pacienta a s ohledem na jeho zdravotní stav. Je tedy běžné využívat k návštěvám pokoje pacientů, společenské místnosti či za příznivého počasí venkovní prostory u zařízení. LDN většinou umožňují rodinným příslušníkům být umírajícím nablízku i mimo návštěvní dobu (popř. přespat na pohovkách přímo na nadstandardních pokojích).

Obecně se doporučuje umožňovat, aby příbuzní nemocných v terminální fázi pobývali v jeho blízkosti podle jejich přání a pro tyto situace se hledalo standardní řešení za léčebnou stanovených podmínek.

¹⁹ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Niemietz versus Německo

75. Pro soukromé telefonní hovory slouží telefonní přístroje umístěné na chodbách. Jedna LDN používala přístroj poměrně složitý na ovládání, zvláště pak pro starší pacienty. Problémem u více LDN pak bylo ne zcela vhodné umístění přístroje pro pacienty na vozíčku. Je možné požádat personál o pomoc, léčebny povětšinou také umožňují vést urgentní hovory ze sesteren. LDN Kroměříž disponovala i vícefunkčními sluchátky přímo u postele pacienta. Značné procento pacientů mělo u sebe vlastní mobilní telefon, popř. jim byl za tímto účelem zapůjčen personálem léčebny.

Doporučuje se zapracovat do domácích řádů možnost a podmínky telefonických hovorů a o této skutečnosti pacienty průběžně informovat. Dále se doporučuje vždy zvážit, zda je typ telefonního přístroje vhodný i pro geriatrické pacienty, popř. jeho umístění dostatečně přístupné pro všechny nemocné.

g) Právo na uspokojení jiných potřeb pacienta

76. Součástí práv pacienta, s bezprostředním dopadem na jeho každodenní pobyt v léčebně, je jeho možnost vlastní volby, jakým způsobem si přeje trávit svůj volný čas, resp. jaké možnosti či služby v tomto směru zdravotnické zařízení poskytuje, a právo na zajištění uspokojení i dalších potřeb nesouvisejících s léčbou, zejména kulturních a sociálních.

Doporučení ochránce týkající se materiálního a personálního vybavení léčeben je podrobně popsáno v části II. této zprávy.

77. Kouření pacientů ve vyhrazených venkovních prostorech je v LDN víceméně tolerováno. Není pochyb o tom, že kouření je neslučitelné s mnoha diagnózami a od nich odvislými léčebnými režimy, na druhou stranu však nelze přehlížet skutečnost, že odvykání jakýchkoli závislostí je proces dlouhodobý. S náhlým abstinováním, úměrně délce a intenzitě předchozí závislosti, se mohou následně pojit fyzické a zejména psychické obtíže, které mohou v krajním důsledku léčbu i fakticky znemožnit (např. řešení této situace odchodem z léčebny).

Zákaz kouření ve zdravotnických zařízeních, v souladu se zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, se vztahuje pouze na jejich vnitřní prostory (§ 8 odst. 1 písm. e). Absolutní zákaz kouření v léčebně, byť nasměrovaný k ochraně pacientů, přesahuje rámec zákona, a potažmo tak rozporuje i s ústavněprávní premisou, tj. že „nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá“²⁰.

Doporučuje se vztáhnout zákaz kouření pouze k vnitřním prostorům zdravotnického zařízení.

78. Velmi důležitá je problematika zangažovanosti a pomoci léčebny při řešení důchodových záležitostí pacientů, popř. návazných plateb (inkaso, nájem, výživné atd.). Úkony sociálních pracovníků, v návaznosti na možnou úschovu důchodu do trezoru v léčebně, nebyly v navštívených LDN vyrovnané z hlediska kvality této poskytované služby. Jedna léčebna dokonce neumožňovala úschovu důchodové finanční hotovosti do trezoru vůbec. U osamělých pacientů může z důvodu neodebrání důchodu na poště a v návaznosti na to např. neplacení režii

²⁰ Čl. 2 odst. 4 zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
Čl. 2 odst. 3 usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

spojených s bydlením (nájem a náklady s nájmem spojené) vzniknout závažný problém.

Léčebny by měly naprosto cíleně (a to vzhledem k věkovému složení pacientů) zjišťovat situaci ve výše uvedených záležitostech již při vstupu pacienta do LDN a v případě absence příbuzných či jejich nečinnosti nabídnout hospitalizovaným prostřednictvím sociální pracovnice okamžitou individuálně zaměřenou pomoc.

Doporučuje se vypracovat jasná pravidla pro manipulaci s důchody pacientů, tj. i v případech, kdy pacient není schopen komunikovat, popř. není schopen se podepsat, ale projevuje vůli peníze převzít, včetně zajištění před neoprávněným převzetím (zejména z řad příbuzných).

Doporučuje se pacienty vhodnou formou pravidelně seznamovat s bilancí jejich příjmů a výdajů a tento jejich legitimní nárok zapracovat i do příslušných interních materiálů zdravotnického zařízení.

Proplácet složenky vystavené na jména pacientů se doporučuje pouze s jejich výslovným souhlasem.

h) Právo na kvalitní zdravotní a ošetrovatelskou péči

79. Zdravotní a ošetrovatelská péče spočívá v náročné práci lékařů, středního a pomocného zdravotnického personálu, v přímé závislosti na soběstačnosti, mobilitě a celkové zorientovanosti pacienta. Střední zdravotnický personál, který je nejvíce v kontaktu s pacienty, byl hodnocen jako vstřícný, ochotný, projevující zájem o hospitalizované. Většina z pacientů je s poskytovanou péčí spokojena. Na každém pokoji mají pacienti po celý den dostatek pití (slazené i hořké čaje), většina zařízení vede u každého pacienta bilanci tekutin. LDN pravidelně sledují indikátory výsledků ošetrovatelské péče (dokumentace hojení ran, dekubitů, protokoly o pádech pacientů, denní záznamy ošetrovatelské péče, pravidelné vyhodnocování ošetrovatelského plánu).

Trvale ležícím a inkontinentním pacientům, resp. jejich rodinám, je ze strany léčeben často doporučováno zakoupit ošetrovatelské pomůcky (pleny, hygienické a kosmetické potřeby), jejichž případné odmítnutí nemá vliv na poskytování standardní péče. K nákupu těchto pomůcek léčebnou z prostředků pacienta by vždy mělo být vyžadováno, aby nemocný k těmto úkonům projevil jasný a srozumitelný souhlas.

Doporučuje se pacienty vhodnou formou pravidelně seznamovat s pohybem jejich peněz spravovaných léčebnou, popř. jim předložit veškeré doklady o nákupu pomůcek. Zároveň se doporučuje ve vnitřních dokumentech upravit případy, kdy se pacient na znamení souhlasu s nákupem ošetrovatelských pomůcek nemůže podepsat.

80. S pacienty, kteří mají obtíže v komunikaci či orientaci, se podle vyjádření personálu sestry snaží neverbálně komunikovat (např. písemnou formou či dotykem). V LDN Bílovice za tímto účelem absolvovaly sestry interní školení na komunikaci s demenčními pacienty a pacienty v komatu, v LDN Ostrava je praktikována basální stimulace, v LDN Moravské Budějovice vypracovali samostatné komunikační standardy se specifickými okruhy pacientů. Ve většině léčeben však bylo zjištěno, že speciální dovednosti v tomto směru nikdo z

personálu nemá. Na část úvazku do některých zařízení dochází logopedka, která učí pacienty znovu mluvit.

Doporučuje se neustále prohlubovat a rozvíjet poznatky o specifikách v komunikaci s jednotlivými cílovými skupinami pacientů (alternativní formy komunikace). Tuto oblast je třeba průběžně zařazovat do vzdělávacích plánů.

81. Nejnáročnější je péče o pacienty nacházející se v terminálním stadiu. Vzhledem k tomu, že stále více nemocných přežívá dříve smrtelné zdravotní komplikace, a dostává se tak do stádií naprosté závislosti na udržovací léčbě, měl by být kladen důraz na oblast symptomové léčby a individualizace v péči u nemocných v paliativní péči. Eventuální snaha o překládání těchto pacientů na akutní lůžka není systémovým řešením. Zásadní problém, který na personál léčeben v tomto směru doléhá, je dosud neexistující jednotná koncepce paliativní péče z hlediska financování zdravotními pojišťovnami a výrazný nedostatek návazných specializovaných zařízení hospicového typu.

82. Dalším velkým problémem z hlediska nenavazujících plateb ze strany zdravotních pojišťoven, které za stávajícího systému neproplácí převažující sociální důvody hospitalizace, je systém poskytování respitní péče²¹, který vychází vstříc potřebám pacientů a jejich rodinných příslušníků.

Vzhledem k situaci dosud neexistujících alternativních forem péče v rámci dosavadního spektra sociálních služeb je zcela zjevný nedostatek v oblasti respitní péče třeba řešit systémově a nikoli přenášet odpovědnost ze zdravotních pojišťoven na léčebny, potažmo postavit do neřešitelné situace samotné pacienty.

83. Součástí poskytované péče je rovněž řešení sociální situace pacientů v průběhu a po ukončení hospitalizace. Náplň práce sociálních pracovníků léčeben je proto zejména vedení evidence o pacientech, jejich sociálním zázemí a perspektivě následné péče. V této návaznosti, ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou, dále podávání žádostí o umístění do domovů důchodců, ústavů sociální péče, zjišťování možností terénních služeb, zajišťování doručování důchodů do léčebny, zastupování pacientů při jednání na úřadech, v případě úmrtí osamělých pacientů zařizování sociálních pohřbů atd. Úroveň a způsob poskytování výše uvedených služeb byla v každém navštívené LDN různá, a to zejména s ohledem na kapacitu zařízení, osobu sociálního pracovníka a komunikaci mezi ní a vedením zařízení. Pouze jedno zařízení nemělo, z důvodu snižování počtu zaměstnanců, zřízeno stálé místo sociální pracovníce, a do léčebny tak na tři hodiny týdně dojížděla externistka.

Vzhledem ke skutečnosti, že náplň práce sociální pracovníce přímo vychází z každodenního kontaktu s pacienty a je podmíněna dobrou znalostí jejich sociální situace a prostředí, se obecně doporučuje její místo v LDN udržet.

84. Navštívené LDN měly vypracovány standardy ošetrovatelské péče, jejichž obsah byl v jednom případě dokonce zakomponován do textu pracovních smluv a jejich dodržování bylo sledováno vedením formou interních auditů. Jedna léčebna zaváděla systém řízení jakosti podle požadavků pro kvalitu produktů a služeb.

²¹ Respitivní péče je komplex služeb směřovaný výhradně tam, kde je domácí péče o osobu blízkou se zdravotním postižením, nemocnou nebo seniora v určité fázi bezmocnosti zajišťována rodinným členem, který o osobu blízkou pečuje celodenně.

Monitoring spokojenosti pacienta realizuje většina LDN formou dotazníkových anket. V léčebnách vykazovala dotazníková varianta a její následné zpracování různou úroveň kvality.

V zájmu objektivity zjišťování stupně kvality poskytovaných služeb se doporučuje přijmout vhodná opatření k tomu, aby se všichni pacienti mohli k úrovni poskytovaných služeb vyjádřit jak v průběhu, tak i v závěru hospitalizace.

i) Právo podávat stížnosti

85. Součástí ochrany práv pacientů je taktéž právo podávat stížnosti a podněty. Právě tyto mohou být cenným zdrojem námětů ke zlepšení péče ve zdravotnických zařízeních. Pacienti by proto měli být účinně informováni o způsobech, jak stížnost mohou podat, do jaké doby mohou očekávat její vyřízení, kdo ji bude řešit, kam se mohou v případě nespokojenosti s jejím vyřízením obrátit atd.

86. Pracovníci Kanceláře se setkali jak s velmi pečlivě vypracovanými postupy pro podávání a řešení stížností pacientů (LDN Moravské Budějovice), tj. od zaevidování, řešení, rozhodnutí, přijetí nápravných opatření, až po povinné písemné vyrozumění stěžovateli a archivaci, včetně určení odpovědných osob a lhůt pro jednotlivé procesní úkony, tak s případem úplné absence těchto zformalizovaných pravidel. Od pacientů bylo zjištěno, že většina z nich přesně neví, jak při podání eventuelní stížnosti postupovat, nicméně intuitivně by se obrátili na sestry, lékaře, či přímo na primáře při velké vizitě, popř. vedení nemocnice.

Doporučuje se, aby léčebny zpřesnily, popř. vypracovaly pravidla podávání stížností, tj. zejména stanovily lhůty k jejich vyřízení, jakož i konkretizovaly, kam se mohou pacienti v případě nespokojenosti s vyřízením se svou stížností dále obrátit, resp. za jakých podmínek (ve smyslu ustanovení § 11 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, tj. na zřizovatele, profesní samosprávu, zdravotní pojišťovnu).

Doporučuje se zavést možnost podávat stížnosti i anonymně (pro tyto účely se jako vhodná jeví instalace schránek), popř. si pro vyřizování stížností zvolit svého zástupce či tlumočnicka. O všech těchto možnostech by měl být pacient informován již při nástupu do léčebny.

Pravidla pro vyřizování stížností by měly být také neustále veřejně přístupné všem pacientům na informačních nástěnkách.

IV. Závěrečná doporučení

Výše uvedená doporučení jsou určena všem (nikoli pouze navštíveným) léčebnám pro dlouhodobě nemocné, k řešení ve spolupráci s jejich zřizovateli.

Ministerstvu zdravotnictví se dále doporučuje:

- **systemově řešit otázku respitní péče,**
- **vyvolat náležitý tlak ke koncepčnímu řešení hospicové péče,**
- **podpořit vzdělávání v oboru geriatry,**

- na úrovni ústředních orgánů státní správy zahájit diskuzi a dopracovat otázku financování sociálních lůžek za předpokladu náležité legislativní úpravy,
- systémově pracovat na reorganizaci návaznosti zdravotnických úkonů tak, aby se eliminovalo převážení nemocných, zejména s těžkými postiženími.

V Brně dne 18. července 2006

JUDr. Otakar M o t e j l
veřejný ochránce práv.