

ZPRÁVA Z NÁVŠTĚVY ZAŘÍZENÍ

**Penzion SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice,
Antonína Václavíka 369, 763 26 Luhačovice-Pozlovice**

Název zařízení:	Penzion SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice
Kontakt:	tel.: 774 131 021, e-mail: info@senioriluhacovice.cz
Zřizovatel:	Luhačovická o. p. s., se sídlem Rastislavova 2155, 686 03 Staré Město
Ředitelka:	Marie Vybíralová
Typ zařízení:	ubytovací zařízení se sociální službou osobní asistence
Kapacita:	100 lůžek
Datum návštěvy:	24. – 25. března 2014
Druh návštěvy:	neohlášená
Datum vydání zprávy:	5. srpna 2014
Návštěvu provedli:	Mgr. X, JUDr. et Mgr. Y, Mgr. et Mgr. Y, JUDr. X Mgr. Y

OBSAH

	Strana
ÚVOD	3-6
Právní podklad pro provedení návštěvy a její cíl	3
Informace o zařízení	3-5
Informace o klientech	5
Průběh návštěvy	5-6
ČÁST 1	7-9
Smlouva o poskytování služeb a podnájmu	7-9
Zjištění z návštěvy	7-9
ČÁST 2	10-11
Prostředí, vybavení	10-11
Zjištění z návštěvy	10-11
ČÁST 3	12-19
Poskytovaná péče a stravování	12-19
Zjištění z návštěvy	12-19
ČÁST 4	20
Personál	20
Zjištění z návštěvy	20
ČÁST 5	21-22
Povaha poskytovaných služeb	21-22
Zjištění z návštěvy	21-22
ZÁVĚR	23-24

ÚVOD

Právní podklad pro provedení návštěvy a její cíl

Veřejný ochránce práv na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, provádí systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Příčinou omezení na svobodě může být rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo může jít o důsledek závislosti na poskytované péči. Do rozsahu navštěvovaných zařízení ve smyslu § 1 odst. 4 písm. c) zákona o veřejném ochránci práv tedy spadají zejména zařízení sociálních služeb, či zařízení zdravotních služeb, ale také ostatní zařízení, ve kterých je klientům poskytována péče z důvodu stáří, nemoci či postižení. Tímto zařízením je i Penzion SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice, který v rámci své činnosti mj. poskytuje péči seniorům a osobám s postižením, z nichž někteří byli v době návštěvy na poskytované péči závislí.

Cílem systematických návštěv je posílit ochranu osob před všemi formami tzv. špatného zacházení. Špatným zacházením je třeba rozumět jednání, které obecně řečeno nerespektuje lidskou důstojnost. V extrémní poloze může mít podobu mučení, krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání, v nižší intenzitě formu neúcty k člověku a jeho právům. V zařízeních poskytujících péči může mít špatné zacházení také podobu nerespektování práva na soukromí, práva na rodinný život, posilování závislosti na poskytované péči, nerespektování sociální autonomie a práva na spoluúčast při rozhodování o vlastním životě.

Veřejný ochránce práv provádí systematické návštěvy zařízení od roku 2006. Zveřejňuje rovněž informace se zevšeobecněnými poznatky o situaci v jednotlivých typech zařízení, které jsou dálkově dostupné,¹ aby mohly sloužit jak veřejnosti, tak i nenavštíveným zařízením jako zdroj informací o doporučeních ochránce.

Zpráva obsahuje osobní údaje včetně citlivých údajů, které podléhají ochraně podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zpráva je v této podobě určena výhradně pro vnitřní potřebu zařízení, aby na jejím základě mohla být realizována doporučení ochránce. Zařízení není oprávněno předávat osobní údaje v této podobě jiné osobě.

Informace o zařízení

Penzion SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice (dále jen „zařízení“) se na internetových stránkách prezentuje jako „*ubytovací zařízení poskytující dlouhodobé i krátkodobé pobyty občanům seniorského věku se zajištěním celodenní stravy, kulturního a společenského programu. Ubytovaným je poskytována sociální služba osobní asistence podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*“.² Zařízení rovněž nabízí ubytování „*zájemcům se stařeckou demencí a Alzheimerovou chorobou ve speciálně upravených ubytovacích prostorách, které těmto klientům poskytnou maximální komfort, soukromí a bezpečí*“.³

Služby Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ jsou zajišťovány společností Vivit, a. s., která je nájemcem budovy zařízení (tu dále pronajímá ubytovaným klientům), a zároveň zřizovatelem

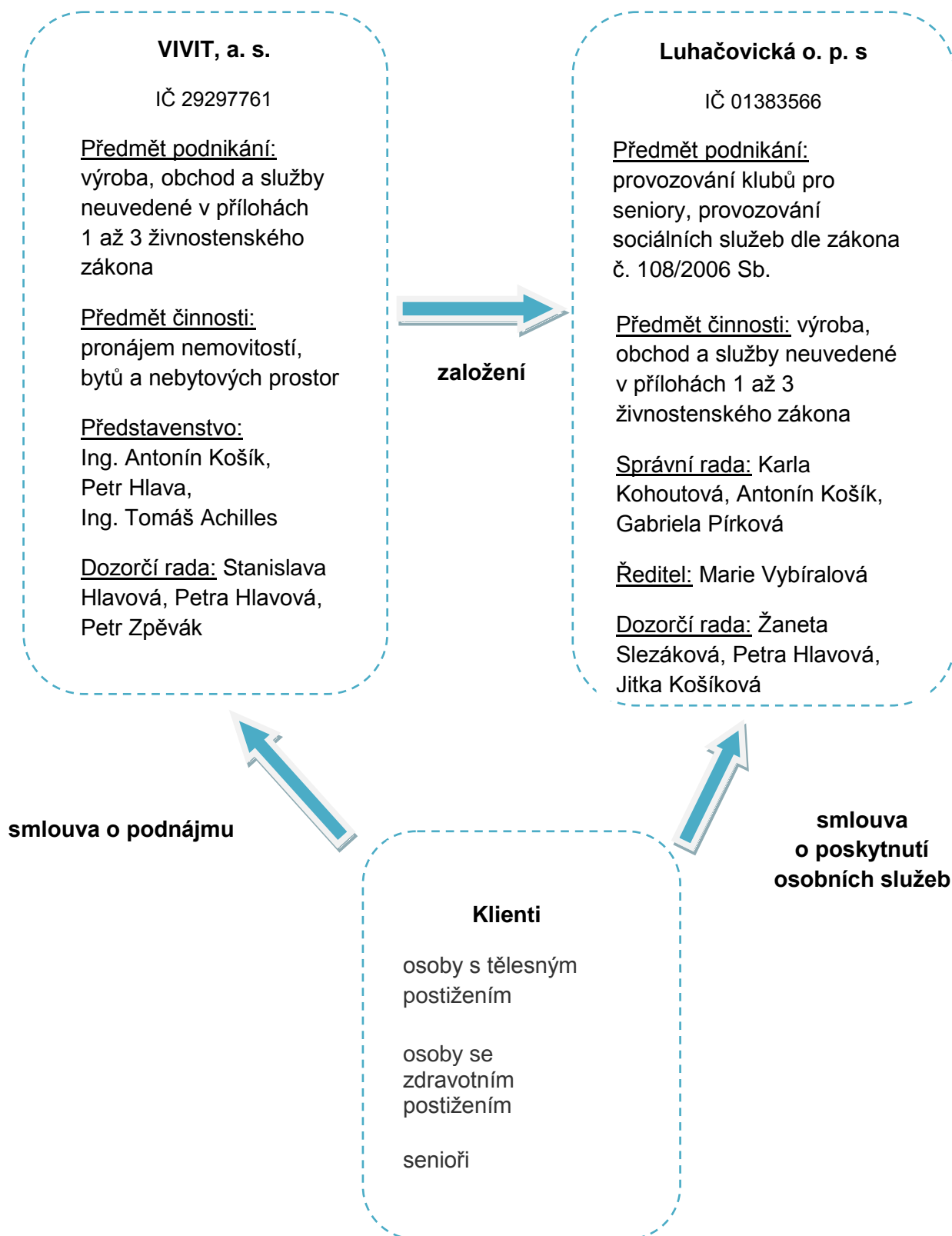
¹ Veřejný ochránce práv. *Souhrn zpráv z návštěv zařízení* [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. [Cit. 20. března 2014]. Dostupné z <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/zpravy-z-navstev-zarizeni/>.

² Penzion SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice. O nás [online]. [cit. 24. 3. 2014, opětovně 12. 4. 2014]. Dostupné z: www.senioriluhacovice.cz

³ Tamtéž.

společnosti Luhačovická o. p. s. Společnost Luhačovická o. p. s., poskytuje ubytovaným klientům terénní sociální službu osobní asistence.

Schéma zajištění chodu Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ:



Zařízení se nachází v třípodlažní budově bývalého hotelu. Původnímu účelu využití odpovídá materiálně-technické vybavení, které je z velké části původní. V přízemí je oddělení pro zdravotní péči se zázemím pro lékaře, vodoléčbu, rehabilitaci, inhalace, kadeřnictví a s místností pro spirituální účely a tělocvičnou. Toto původní vybavení je v současné době nevyužívané. V 2. nadzemním podlaží je recepce. U recepce jsou rozmístěna křesílka, která slouží jako odpočinkový kout pro klienty a pro setkávání s rodinnými příslušníky. Na tomto patře je také společenská místnost, místnost pro pečovatelky a pokoje klientů. Ve 3. nadzemním podlaží se nachází jídelna s kuchyňským koutem, kancelář vedení zařízení, kancelář sociální pracovníce a kancelář zdravotní sestry (sesterna). U jídelny je společenský sál. Jednotlivá patra jsou barevně odlišena žlutou, růžovou a zelenou výmalbou.

V suterénu je oddělení pro klienty vyžadující dle slov ředitelky Marie Vybíralové „zvýšenou péči.“ Zde jsou ubytováni především klienti v pokročilých stádiích demence. Toto oddělení má vlastní jídelnu s kuchyňkou, společenskou místnost a centrální koupelnu.

Kapacita zařízení je 100 míst. Klienti jsou ubytováni v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. Každý pokoj má vlastní sociální zařízení (sprchový kout, umývadlo, WC).

Informace o klientech

Zařízení zaměřuje svou činnost zejména na klienty seniorského věku a osoby se zdravotním postižením.

V době návštěvy bylo v zařízení ubytováno celkem 54 klientů, z toho 10 bylo umístěno v oddělení pro osoby s demencí. Podle sdělení sociální pracovníce Mgr. Y je jeden klient omezen na svéprávnosti, opatrovníkem je rodinný příslušník. S ohledem na zjevné duševní onemocnění mnoha klientů je pravděpodobné, že část z nich není schopna činit informovaná rozhodnutí. Toto zjištění opírám o záznamy z doložené dokumentace zařízení, o poznatky z osobního kontaktu s nimi a z posouzení odborného konzultanta Kanceláře veřejného ochránce práce. Téměř všichni klienti jsou – v nějaké míře – závislí na péči jiné osoby.

Přehled klientů v jednotlivých stupních závislosti na péči dle přiznaného příspěvku na péči:

	Počet klientů
aktuální stav v zařízení	54
z toho v řízení o přiznání příspěvku	0
s příspěvkem na péči	
z toho s 1. stupněm závislosti	10
z toho s 2. stupněm závislosti	10
z toho s 3. stupněm závislosti	12
z toho se 4. stupněm závislosti	10

Pozn.: U dvou klientů nebyl v den návštěvy s ohledem na nástup do zařízení znám stupeň závislosti na péči a stejně tak nebyla uzavřena smlouva o poskytování osobních služeb.

Průběh návštěvy

Systematická návštěva zařízení proběhla neohlášeně, s vědomím ředitelky zařízení Marie Vybíralové. Pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv na místě jednali s ředitelkou, dále s personální ředitelkou X, sociální pracovnící Y. Jednání byl rovněž přítomen Ing. X. Návštěva trvala dva dny a spočívala v prohlídce zařízení, rozhovorech s personálem zařízení – zdravotní sestrou, pečovatelkami, provozně-technickým personálem (pomocné kuchařky, uklízečka), a dále také s některými klienty.

V průběhu návštěvy byla zaměstnancům Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „zaměstnanci Kanceláře“) poskytována požadovaná součinnost. Ta byla na místě limitována částečnou absencí pracovněprávní dokumentace, kdy u veškerého personálu chyběla písemně zpracovaná náplň práce, absencí písemně zpracovaných standardů kvality sociální služby a faktickou neexistencí individuálních plánů. Vyjma individuálních plánů byly výše uvedené dokumenty následně dodány prostřednictvím elektronické pošty.

ČÁST 1 – SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB A PODNÁJMU

Zjištění z návštěvy

Sjednávání služby

Zájemce o službu podává zařízení písemnou žádost o dlouhodobý nebo krátkodobý pobyt. Žádost obsahuje informace o výši důchodu, výši příspěvku na péči, informace o případném omezení ve svéprávnosti a ustanoveném opatrovníkovi. Dále zájemce o službu sděluje prostřednictvím dotazníku charakter stávajících bytových podmínek, přehled osob žijících ve společné domácnosti, míru soběstačnosti. Součástí žádosti je také písemné doporučení praktického lékaře k využívání služeb v Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ.

Smlouvy

Náležitosti smlouvy o poskytnutí sociální služby osobní asistence stanoví v § 91 zákon o sociálních službách. K povinným náležitostem smlouvy patří její písemná forma, a dále také vymezení „*druhu sociální služby, rozsahu poskytování sociální služby, místa a času poskytování sociální služby, výše úhrady za sociální služby a způsob jejího placení, včetně způsobu vyúčtování, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb, výpovědních důvodů, výpovědní lhůty a doby platnosti smlouvy.*“

Podkladem pro pobyt klienta v Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ jsou smlouva o poskytování osobních služeb a smlouva o podnájmu nemovitosti.

Smlouvu o poskytování osobních služeb (dále jen „Smlouva“) s budoucím uživatelem uzavírá společnost Luhačovická o. p. s., jakožto registrovaný poskytovatel terénní sociální služby osobní asistence (dále jen „Poskytovatel“).

Smlouvu o podnájmu nemovitosti uzavírá uživatel se společností Vivit, a.s., zastoupenou Ing. Antonínem Košíkem.

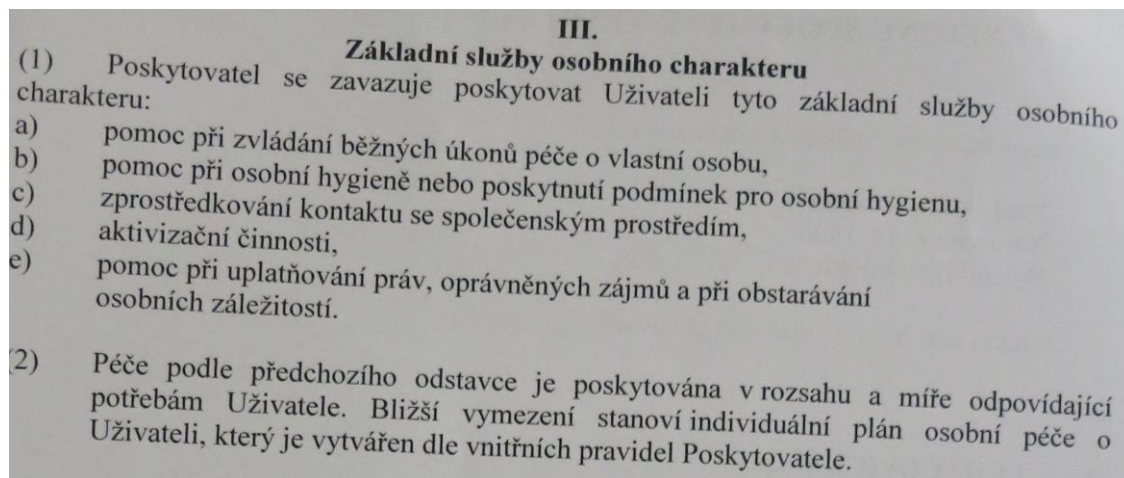
Rozsah poskytovaných služeb

Poskytovatel se v čl. I Smlouvy zavazuje poskytovat uživateli osobní služby v rozsahu penzionu s terénní osobní asistencí. Odst. 2 tohoto článku poté stanoví:

Službami podle předchozího odstavce se rozumí:

- a) základní služby, jimiž jsou:
 - 1. stravování upravené článkem II této smlouvy a
 - 2. základní služby osobní asistence podle článku III této smlouvy,
 - 3. základní fakultativní služby podle článku IV této smlouvy
- b) další fakultativní služby podle individuálních požadavků Uživatele.

Článek III konkretizuje základní služby:



Smlouva dále v článku IV pojednává o fakultativních službách. Kdy rozlišuje mezi základními fakultativními službami zahrnujícími úklid pokoje (bytu), praní osobního a ložního prádla, donášku nákupů a dovážku k lékaři mimo objekt penzionu, a dále dalšími fakultativními službami. Pro výčet dalších fakultativních služeb a výši úhrady pak smlouva odkazuje na vnitřní pravidla poskytovatele.

Výše úhrady za poskytnuté služby

Smlouva stanoví fixní částku úhrad za poskytnuté osobní služby, která je neměnná. Celková výše úhrady je pak tvořena součtem dílčích úhrad, a to: paušální úhrady za stravu ve výši 3.900,- Kč, paušální úhrady za „základní fakultativní“ služby ve výši 1.300,- Kč a úhrady za služby osobní asistence nepřesahující výši přiznaného příspěvku na péči. Nebylo konkrétně řečeno, jak se výše této platby stanoví, ale z doloženého přehledu úhrad za měsíc únor roku 2014 vyplývá, že většina klientů hradí v plné výši příspěvku na péči. Příkladem uvádím celkovou výši úhrady v Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ u konkrétních klientů: paní Y – 10.250,- Kč za nájem (včetně poplatku za energie, nájem nábytku) a 13.200,- Kč za služby osobní péče (strava, osobní asistence, základní fakultativní služby), pan X – 8.250,- Kč za nájem (včetně poplatku za energie, nájem nábytku) a 17.200,- Kč za služby osobní péče (strava, osobní asistence, základní fakultativní služby).

Vnitřní pravidla poskytovatele

Smlouva opakovaně v některých svých ustanoveních výslovně odkazuje na „*vnitřní pravidla Poskytovatele*“. Podle čl. VII Smlouvy jsou „*vnitřní pravidla Poskytovatele*“ upravena „*Domácím řádem penzionu*“. Domácí řád má pak blíže specifikovat konkrétní rozsah, způsob a podmínky zajištění osobní asistence. Dále má vymezit „další fakultativní služby“ včetně stanovení úhrad, nebo podmínky případného vrácení úhrad. Domácí řád má sloužit také jako podklad pro tvorbu individuálního plánu osobní péče. Bylo zjištěno, že samotný dokument nazvaný „Domácí řád“ obsahuje základní informace týkající organizační struktury zařízení, podmínek nastěhování, povinnosti dodržování bezpečnosti, nebo podmínek zajištění lékařské péče pro obyvatele zařízení. Dále stanoví denní režim, podmínky opuštění zařízení, postup vyřizování stížností. Otázky, ve kterých na něj Smlouva odkazuje, nejen že nijak nespecifikuje, ale ani je vůbec neupravuje.

Stávající koncepce Smlouvy o poskytování osobních služeb, jako právního podkladu pro poskytování sociální služby osobní asistence, neodpovídá v některých svých ustanoveních zákonné úpravě. Zcela chybí úprava vyúčtování poskytnutých služeb. Stejně tak není jednoznačně a dostatečně určité upraven rozsah poskytování služby, čas poskytování služby a způsob úhrady za poskytnuté služby.

S tím souvisí i nedostatečná prokazatelnost poskytnutých služeb: jednotlivé činnosti nejsou standardizovaně vykazovány. Naopak vykazování úkonů je nahodilé, nevypovídající. Jediným dokladem sloužícím k dokumentaci poskytnuté péče je kniha denních záznamů. Ta je však vedena v podobě strohých poznámek, bez záznamu, jaká konkrétní péče v rámci základních nebo fakultativních činností služby byla poskytnuta v jaké časové dotaci konkrétnímu uživateli služby. Zařízení tak není s to prokázat, zda výše úhrady nepřekračuje stanovené maximum 130,- Kč za hodinu poskytované služby podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů.⁴

⁴ § 5 odst. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

ČÁST 2 – PROSTŘEDÍ, VYBAVENÍ

Zjištění z návštěvy

Syndrom demence je charakteristický úbytkem kognitivních funkcí, kdy především v pokročilých stádiích onemocnění mohou mít klienti potíže s orientací v realitě včetně prostoru. Prostředí zařízení by proto mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno této cílové skupině.⁵

Chodby, kde se nachází pokoje klientů, jsou nedostatečně osvětleny, podlahy jsou pokryty koberci, na zdích visí velká zrcadla. Prvek zrcadel je v prostředí pro osoby s demencí podle sdělení mé externí konzultantky nežádoucí. Zejména pak u klientů, kteří nejsou schopni v zrcadle rozpoznat svůj obraz, což může vyvolávat zmatení, nežádoucí pocity a reakce. Na chodbách nejsou umístěna madla ani žádné jiné záchytné body. Vstup na chodbu k pokojům v růžovém a žlutém patře je přes cca 5 schodů. Není zde zábradlí pro přidržení. Tyto překážky znesnadňují zejména málo pohyblivým klientům, nebo klientům pohybujícím se za pomoci kompenzačních pomůcek (berle, hole, chodítko...), samostatný pohyb, a zároveň zvyšují riziko pádu.

Vstup na zelené patro vede od recepce přes dřevěnou rampu. Schodiště mezi patry jsou zajištěna dřevěnou závorou, nebo kovovou brankou. Dřevěná závora se nachází i na vstupních dveřích oddělení pro osoby s demencí (viz níže).

Stěny vstupního atria s recepcí a společenské místnosti jsou obloženy až do výše stropu tmavým dřevem. Pokoje jsou označeny cedulkami se jmény klientů. Nápis jsou malé, což může komplikovat jejich čitelnost. Nicméně samotný nápis u klientů v pokročilých stádiích demence k usnadnění orientace nestačí a je nutno orientaci klientů v prostoru podpořit pomocí obrázků, piktogramů, jednoduchých směrovek, barev aj.

Jako pozitivum lze v úpravě prostředí spatřovat barevné odlišení jednotlivých pater, kde se nachází pokoje klientů. Dále pak umístění křesel na koncích chodeb, které mohou sloužit jako odpočinkové zóny.

V zařízení jsou dva výtahy pro přepravu osob. Žádný z nich nemá dosah až do spodního patra, kde jsou umístěni klienti s nejzávažnějším stupněm onemocnění, včetně klientů s demencí. I přestože je zde elektrická rampa, její spuštění je časově zdlouhavé (bylo demonstrováno ředitelkou paní Vybíralovou). Okamžitá evakuace těchto klientů, kteří jsou v pohybu ve značné míře odkázáni na dopomoc, nebo jsou upoutáni na lůžko, by nebyla prakticky možná.

Zařízení nemá odpovídající signalizační zařízení. Tuto funkci by měly plnit pokojové telefony, kdy se klient vymáčknutím čísla 1 dovolá do recepce. V průběhu návštěvy bylo zjištěno, že někteří z klientů nemají tyto telefony v dosahu a v případě potřeby je tedy nemohou použít.

Vybavení pokojů se různí. Základní vybavení představuje postel, noční nebo konferenční stůl, židle, šatní skříň. V pokojích nejsou uzamykatelné prostory pro uložení osobních věcí. Na podlaze jsou položeny koberce. U každého pokoje je vlastní sociální zázemí (WC, sprchový kout, umývadlo) a balkon. V průběhu návštěvy bylo zjištěno, že u některých balkonových dveří byla záměrně odmontována klika. Podle personálu se jedná o preventivní bezpečnostní opatření. Zároveň však neexistuje žádný záznam ani pravidlo o tom, kdo, kdy a z jakého důvodu k tomuto opatření přistoupil.

⁵ HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. A KOL.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou, edice Vážka, 2007, str. 177

Stupeň individualizace pokojů je odlišný. Někteří klienti mají pokoj dovybavený vlastním nábytkem, obrázky, fotografiemi a jinými předměty osobní povahy, jako v případě manželů XY. Jiné pokoje nejsou naopak individualizovány vůbec. V pokoji paní Y, která je trvale ležící, se nachází pouze kovová postel, noční stolek, komoda s televizí. Na stěnách a ani jinde v pokoji není žádná podnětná výzdoba nebo doplňky.

Zařízení není materiálně ani technicky dostatečně uzpůsobeno klientele, které je poskytována služba.

ČÁST 3 – POSKYTOVANÁ PÉČE

Zjištění z návštěvy

Organizační a personální zajištění péče

Přímou péči o klienty zajišťuje celkem 11 pečovatelek, včetně aktivizační pracovnice, dále registrovaná zdravotní sestra Y a sociální pracovnice Mgr. Y. Mimo to se na chodu zařízení podílí ředitelka Marie Vybíralová, personální ředitelka Y a fakticky také Ing. X. Z technického personálu jsou to: 3 pomocné kuchařky a uklízečka. Dovoz klientů k lékařům zabezpečuje mimo pečovatelek a zdravotní sestry také údržbář, který je zaměstnán společností Vivit, a.s.

Práce pečovatelek je organizována na základě rozpisu směn (7:00-19:30, 19:00-7:30 hod.), za který odpovídá personální ředitelka. V denní směně slouží vždy celkem 4 pečovatelky (2 na oddělení pro klienty s demencí a zbylé 2 poskytují péči ostatním klientům), v noční směně pak slouží 2 pečovatelky (1 na oddělení pro klienty s demencí a 1 u ostatních klientů). Zdravotní sestra je v zařízení ve všední dny od 7:00 do 15:30 hod. Mimo ni dojíždí do zařízení 2x týdně externí zdravotní sestra. Zadání práce dostávají pečovatelky od zdravotní sestry, která rovněž stanovuje vedoucí pečovatelku na daný den.

S ohledem na množství klientů a především vysoké nároky na péči plynoucí z jejich zdravotního stavu je množství pečujícího personálu nedostatečné a v rámci obou směn jednoznačně poddimenzované. Denní záznam z 6. 3. 2014 uvádí: „*p. Y – pro ni samotnou by bylo třeba jen jednu pečovatelku*“. Obdobný zápis se v hlášení opakuje ještě několikrát. Takovéto personální zajištění péče nemůže dostatečně zajistit kvalitu, komfort a bezpečnost poskytovaných služeb. Dlouhodobě pak může vést ke značnému přetěžování pečujícího personálu.

Režim dne

Poskytování péče se odvíjí od poměrně pevně stanoveného režimu dne. Jak vypověděl personál, klienti jsou zpravidla probouzeni mezi 5. a 7. hodinou, aby ještě noční směna stihla provést ranní hygienu, výměnu inkontinenčních pomůcek, pomoci klientům s oblékáním a dalšími nezbytnými úkony. V 7:00 hodin je předání směny. To probíhá v kanceláři zdravotní sestry, kde se scházejí všechny pečovatelky. Pracovníci Kanceláře byli při návštěvě svědky, jak noční pečovatelka odešla z oddělení pro klienty z demencí na předání směny a toto oddělení tak zůstalo zcela personálně nezajištěné. Podotýkám, že s ohledem na zdravotní stav klientů, absenci signalizačního zařízení, nemožnost opustit oddělení (viz výše) a samotné umístění oddělení v rámci budovy zařízení je zcela nemožné v případě akutní potřeby dovolat se jakkoliv pomoci. Pro zajištění bezpečí a zdraví klientů je taková praxe vysoce riziková a neakceptovatelná.

Snídaně se podává od 8 hodiny. Poté následuje koupání klientů podle předem stanoveného rozpisu a aktivizační činnosti. Pečovatelky rovněž zajišťují roznos svačin do pokojů. Oběd je podáván od 12 hodin. V odpoledních hodinách se pak pečovatelky opětovně věnují hygieně klienta a aktivizačním činnostem. Ukládání k spánku začíná dle sdělení pečovatelek hned po večeři, která je v 17 hodin. Snahou je, aby většina klientů už ležela v posteli, když přichází noční směna. To platí zejména u uživatelů z oddělení pro klienty s demencí. Ostatním klientům je pak ponechána větší míra volnosti, co se uléhání týče.

Režim dne není uzpůsoben potřebám klientů, ale potřebě efektivní organizace práce. Režim neakceptuje individuální potřeby, přání, a především stupeň funkčního postižení syndromem demence klientů. Naopak, nastavení aktivit a činností v průběhu dne vychází ze směnného uspořádání a z počtu pečujícího personálu, kdy prostor pro skutečně individualizovanou péči je minimální.

Režimová opatření

Skutečnost, že klient trpí syndromem demence, nezakládá důvod, proč by měl být extenzivně omezován ve volném pohybu. I když je poskytovatel sociální služby povinen chránit bezpečí a zdraví klientů, měl by dbát na to, aby omezení klienta bylo přiměřené riziku, které se ho týká. Je tedy třeba, aby u každého klienta sociální služby (takové, kde je přípustné s režimem pracovat) byly rizikové faktory vyhodnoceny individuálně a případná potřeba režimu měla následně odraz v individuálním plánu.

Domácí řád zařízení stanoví ubytovaným klientům povinnost v případě opuštění zařízení nahlásit recepční, s kým odchází, kam a předpokládanou dobu návratu.

Na vstupních dveřích do oddělení pro klienty s demencí je dřevěná závora. Závora je sklopená i v případě, že jsou dveře otevřené. Důvodem je, dle sdělení pracovníků a také vedení zařízení, zajištění bezpečnosti klientů.

Nejen klienti z oddělení pro osoby s demencí, ale i někteří další klienti nemají k dispozici klíče od svých pokojů.

Není přípustné, aby ubytovací zařízení typu penzion, ubytovna apod. vůči svým klientům aplikovalo nějaká režimová opatření. Pokud jde o Luhačovickou, o. p. s., jako poskytovatele sociální služby osobní asistence, nemá používání režimu žádný podklad v popisu poskytované služby, smlouvě, vnitřních předpisech, nebo individuálních plánech. Omezení klientů v podobě nemožnosti opustit zařízení hodnotím jako neoprávněné omezování volnosti pohybu, omezování v dispozici s klíči jako zásah do soukromí nepřipustný v ubytovacím zařízení.



Individuální plánování péče, dokumentace péče

Zákon o sociálních službách v § 88 písm. f) stanoví jako jednu z povinností poskytovatelů sociálních služeb „plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby“. Tato povinnost dopadá i na poskytovatele sociální služby osobní asistence.

Individuální plánování neprobíhá v navštíveném zařízení vůbec. Žádné individuální plány nebyly na místě k dispozici; dle sdělení sociální pracovnice nejsou u jednotlivých klientů individualizované plány péče vytvářeny. **Zařízení jako poskytovatel sociální služby osobní asistence tak nesplňuje základní předpoklad pro zákonem předepsaný způsob poskytování služby zohledňující individualitu klienta.**

Doklad o poskytnuté péči představuje sešit se zápisy o průběhu denní a noční služby. Do toho jsou však jednotlivé úkony péče zapisovány nahodile, sporadicky, bez dostatečné výpovědní hodnoty o dosavadní realizaci péče. Záznamy o poskytnuté péči jsou nedostatečné a v určitých oblastech prakticky žádné.

Zdravotní sestra vede dokumentaci nazvanou jako ošetřovatelská. Každý klient má vlastní složku s formuláři pro zápis o ošetřovatelské intervenci. Zaznamenané údaje jsou opět kusé, nevalidní, nepravidelné (časové rozpětí mezi jednotlivými zápisy je 2–3 týdny). Příkladem záznamy X: „18/12 – chůze + koordinace zlepšena, 21/12 – stav nezměněn, 7/1 – beze změny, 2/1 – lepší chůze, 4/2 – bez potíží, 20/2 – v týdnu průjem, nyní v pořádku, 4/3 – někdy sklon k agresivitě“. Ve zvláštním šanonu „Medikace klientů“ jsou založeny tabulky se jmény klientů a seznamem medikace. Podle nich pak připravuje zdravotní sestra léky do lékovek. Vzhledem k tomu, že tyto medikační karty nejsou datovány ani nikým signovány, není jasné, kdo provedl preskripci léku, případně jakoukoliv změnu v předpisu. Součástí dokumentace vedené zdravotní sestrou je také složka s názvem „Vizity“, do ní zaznamenává informace, které chce prokonzultovat s lékařem. Mimo to eviduje zdravotní sestra přehled kompenzačních pomůcek a inkontinenčních pomůcek.

Dokumentace vedená takovým způsobem nejenže nesplňuje požadavky zákona, ale také nepředstavuje záruku kontinuity péče a uchování důležitých informací o klientovi (a jeho zdraví).

Stravování

Zařízení zajišťuje všem klientům v rámci základních poskytovaných služeb stravování. Podle Domácího řádu pak probíhá stravování 5x denně (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře). Obědy a večeře dodává externí stravovací zařízení, a v případě potřeby jsou v zařízení pouze přihřívány. Pomocné kuchařky, které zařízení zaměstnává, pak připravují snídaně a svačiny. Ty se v pravidelném třítydenním cyklu opakují. Většina klientů dochází na hlavní jídlo do jídelny, kde má každý své označené místo (podepsané prostírání). Klientům omezeným v hybnosti je jídlo donášeno na pokoj. Svačiny jsou pečovatelkami roznášeny do pokojů. Z hlavní jídelny je pomocnými kuchařkami snášeno už naservírované jídlo v miskách (včetně jídel hlavních) na oddělení pro osoby s demencí. Pracovnice nosí jídlo z 2. nadzemního podlaží do suterénu na tácech v rukou. Takovýto způsob přepravy jídla je rizikový s ohledem na zajištění dostatečných podmínek bezpečnosti práce zaměstnanců a dodržení hygienického standardu pro přepravu, uchování a výdej stravy.

Část z klientů zařízení trpí syndromem demence, což s sebou nese velké riziko malnutrice, a v případě Alzheimerovy choroby také potřebu zvýšeného nutričního příjmu.⁶ Alzheimerova choroba je onemocněním, pro které je charakteristický vyšší energetický výdej a výzkumy u nemocných dokládají rovněž spontánní úbytek hmotnosti. Z toho důvodu je nutné v rámci péče těmto klientům podávat nutričně a energeticky vyváženou stravu, která bude reflektovat i individuální potřeby nemocného. O nutričních potřebách klientů, stavu jejich výživy, volbě vhodného výživového doplňku a sestavení nutričního plánu by mělo být rozhodováno kvalifikovaným nutričním terapeutem.

Byť se v zařízení nacházejí klienti se specifickými nutričními potřebami, zejména pak klienti trpící demencí, nebo klienti s indikovanou diabetickou dietou, není potřeba nutričně odpovídající stravy řešena dostatečně. V zařízení není podávána žádná speciální dieta, dovážené jídlo je pak pro všechny klienty stejné. Dle výpovědi personálu je diabetická dieta zajišťována zmenšením porce příloh u hlavních jídel, používáním medu místo cukru a zajištěním 2. večeře. Zařízení nezaměstnává nutričního terapeuta a ani s ním nijak nespolupracuje. O nutričních potřebách cílové skupiny klientů tak rozhoduje personál na zcela laickém základě.

U některých klientů provádí pečující personál mechanickou úpravu stravy. Rozhoduje o tom zdravotní sestra na základě sdělení pečovatelek, že má klient potíže s příjmem stravy běžné konzistence. Nejčastější způsob úpravy spočívá v krájení, nebo mixování. U mixované stravy jsou pak všechny složky jídla smixovány v jednu homogenní hmotu, která není vzhledově, ale ani chuťově atraktivní.



Smixovaný oběd: Kuře s rýží a zelným salátem

⁶ Viz HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. Vybrané kapitoly z gerontologie [online]. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. [cit. 11. 2. 2014]. s. 101–110. Dostupné z: <http://www.geriatric.cz/dokumenty/VybrKapZGerontologie.pdf>.

Předpokladem efektivní nutriční péče je nejen nastavení odpovídajícího dietního systému, ale také standardizované sledování příjmu stravy a tekutin u rizikových osob, což jsou například všichni nemocní demencí. Zejména pak u klientů, kteří jsou v důsledku zdravotního stavu odkázáni ve výživě na pečující personál a snadno se tak mohou dostat do rizika malnutrice.

Zařízení objektivizovaně nesleduje množství přijaté stravy a tekutin. A to ani u trvale ležících klientů, kteří jsou v této oblasti péče o sebe sama zcela nesoběstační. Jediným záznamem dokumentujícím příjem stravy a tekutin jsou zápisy v knize hlášení: paní Y – „dávat pít ze stříkačky, špatně jí“, paní Y – „špatně jí, plive tekutiny, jí stříkačkou“ (oba záznamy ze dne 9. 3. 2014), paní Y – „podány tekutiny“ (záznam ze dne 13. 3. 2014), paní Y – „odmítá pít, plive to ven, ani stříkačka nepomohla, myslíme, že jí začíná dehydratovat tělo“. Záznamy nemají dostatečnou výpovědní hodnotu, neboť nejsou objektivizované. Nebyl nalezen odraz těchto postřehů pečovatelek v dokumentaci vedené zdravotní sestrou. Jedinou klientkou, u které byl pracovníky Kanceláře zjištěn náznak sledování bilance tekutin, byla paní Y. V záznamovém archu nazvaném „Bilance tekutin“ byl pouze jeden zápis, a to ze dne 25. 3. 2014. Podle něj bylo klientce injekční stříkačkou podáno 40 ml tekutiny. Pečovatelky však neměly konkrétní zadání, kolik tekutin by měly klientce podat. Vzhledem k ojedinělosti záznamu nelze uzavřít, že by sledování probíhalo byť jen u některých klientů pravidelně a poznatky z něj získané by byly podkladem pro případnou odbornou intervenci.

Rovněž není vyhodnocováno riziko malnutrice, klienti nejsou v pravidelných intervalech vážení a není prováděn nutriční screening.⁷

Demence

Syndrom demence je často projevem progredujícího onemocnění. Osoba trpící demencí vyžaduje ve všech fázích onemocnění specifickou péči. Od aktuální fáze demence by se měl zároveň odvíjet i režim a náplň dne klienta.⁸

I když se zařízení veřejně prezentuje jako specializované na péči o osoby s demencí, personál není dostatečně proškolen v problematice demence, jejích projevech, vývoji a z onemocnění plynoucích potřeb nemocného. Personál přesně neví, který klient trpí syndromem demence, případně v jakém stadiu se jeho onemocnění nachází. Péče a ani režim dne pak nejsou uzpůsobeny stupni funkčního onemocnění. I když personál přisuzuje určité projevy chování (neklid, agitovanost, křik) klienta demenci, není tomu na základě dostatečných znalostí, ale intuice. Personál s těmito projevy neumí pracovat, eliminovat je, nebo jim předcházet. Jako příklad dlouhodobého opomíjení a neřešení projevů demence uvádím paní Y, kdy se v knize hlášení opakuje: „*Celý den vykřikuje, upoutává pozornost! Nepřestává mluvit – stále dokola... Opět nesnesitelná... Vysvlékla se v jídelně donaha, stále dokola opakuje tu samou větu: Jaruško, Jaruško... V noci odchází z pokoje, lehá si do postele paní Y, budí ostatní... Stále vyžaduje pozornost. Jak se od ní vzdálíme, křičí, chodí sama, nespoupracuje... Neustále chodí po pokojích, křičí „Jaruško“ a paní Y před ní utíká... Od rána nedobrá, neposedí, jen všechny ruší, paní je celé dopoledne „šílená.“* Klientka volala neustále dceru Jarušku i v průběhu návštěvy pracovníků Kanceláře. Dle vyjádření pečovatelek tak někdy volá zemřelou dceru i celý den. Jediným způsobem, jak dokáží klientku utišit, je, že se s ní začnou modlit. Na dotaz pracovníků Kanceláře, proč se tak děje,

⁷ Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces prováděný zaškoleným pracovníkem (ošetřovatelem). Výsledkem screeningu může být zjištění, že pacient není v riziku malnutrice, ale může potřebovat opakovanou kontrolu v určitých intervalech; nebo že pacient je v riziku a je vypracován nutriční plán a k pacientovi se přistupuje podle standardu dostupného na pracovišti; nebo že pacient je v riziku a je třeba více specializovanou péči, než umožňuje pracoviště.

⁸ Česká alzheimerovská společnost: *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Podpora a péče lidem postiženým syndromem demence.* [online]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>.

odpověděl personál: „*To víte, ona má tu demenci, toho si nevšímejte. My už jsme si zvykli.*“ Je zřejmé, že neznalost problematiky demence vede k dyskomfortu klienta samotného, ostatních klientů, ale i samotného personálu.

Mikční režim

Jedním z projevů demence je i inkontinence. Cílem poskytované služby by mělo být udržet klienta co nejdéle kontinentním. Péče v této oblasti by pak měla zahrnovat zjištění případné inkontinence, jejích příčin a stanovení adekvátní (ošetřovatelské) péče v podobě mikčního režimu vycházejícího z individuálních zdravotních předpokladů, možností a schopností klienta. I tato péče by pak měla být standardním způsobem dokumentována.

Dle sdělení pečovatelek používají téměř všichni klienti zařízení nějaký druh inkontinenčních pomůcek. Zařízení nemá zaveden u žádného z klientů mikční režim. Personál nemá jasné zadání, kterého z klientů a jak často vysazovat na toaletu, případně doprovázet. Přičemž klienti vykonávají potřebu různě: „paní Y – „*chodí na WC do společenské místnosti, vše je od stolice*“ (záznam ze dne 26. 2. 2014), paní Y – „*pomočila koberec, pomočená celá postel*“ (záznam 1. 3. 2014). Personál vypověděl, že se snaží klientům připomínat, aby šli na WC. Jak samy pečovatelky potvrdily, ne vždy je to z důvodu omezené časové kapacity a počtu klientů možné. Ostatně od určitého stadia demence pouhé připomínání nestačí a je třeba klienta na toaletu zavést. Jedinou dokumentaci vztahující se k této oblasti péče pak představují strohé záznamy v knize hlášení typu: „*pleny vyměněny, výměna plen*“.

Pády

Pády představují jeden z ukazatelů kvality a celkové bezpečnosti péče. Péče v oblasti prevence pádů by měla směřovat k pravidelnému vyhodnocování rizikových klientů a určení stupně ohrožení, dále v edukaci klienta a ve stanovení bezpečnostních opatření.

V průběhu návštěvy zařízení bylo zjištěno, že v zařízení dochází poměrně často k pádům. Záznam noční služby ze dne 1. 3. 2014: paní Y – „*spadla v koupelně, odřený loket*“. Dále záznam ze dne 3. 3. 2014: paní Y – „*spadla 3x vzadu u truhlíku*“, dále záznam ze dne 4. 3. 2014: paní Y – „*sesunula se z postele na zadek, dezorientovaná seděla u postele*“. Informace o pádu je zaznamenána do sešitu hlášení a nadále už s ní není nijak pracováno. Není dlouhodobě sledováno a vyhodnocováno riziko pádu klientů. Stejně tak nejsou zaváděna žádná opatření směřující k prevenci pádů.

Postranice

Postranice představují v ošetřovatelské péči prostředek pro zajištění bezpečnosti klienta. Zároveň však mají potenciál k omezení osoby v pohybu. Míra možného omezení závisí na pohyblivosti člověka. Trvale ležícího klienta zdvižené postranice v pohybu neomezují a nepředstavují tak omezovací prostředek. K omezení dochází u klientů, kteří jsou schopni vstát. V takovém případě postranice nepůsobí jen jako prostředek prevence pádu, ale i jako překážka.

V průběhu návštěvy bylo zjištěno, že zařízení používá postranice jako běžný prostředek poskytované péče. Zároveň však nikterak nevede evidenci dostatečně vypovídající o tom, kým, kdy a z jakého důvodu bylo rozhodnuto o nasazení postranic.

Kniha hlášení obsahuje záznamy o užití postranic, které vzbuzují podezření, že v těchto konkrétních případech mělo použití postranic charakter omezovacího prostředku: paní Y –

„celou noc nespala, úplně dezorientovaná, nohy strčené v postranicích, 3x vylezla z lůžka, nevhodné lůžko, paní strká nohy do postranic, za chvíli si poláme nohy“ (záznam v knize hlášení 26. 2.), paní Y – „zvýšený dohled, dává nohy přes a do postranice“ (záznam v knize hlášení ze dne 10. 3. 2014).

Ošetrovatelská péče

Rozsah ošetrovatelských úkonů, k jejichž provádění jsou na základě dosažené odborné kvalifikace oprávněni jednotliví zdravotničtí pracovníci, striktně stanoví právní předpis.⁹ Zároveň je vymezeno, který z těchto úkonů může provést zdravotnický pracovník bez dalšího, nebo naopak za odborného dohledu a na základě indikace lékařem.

Zařízení běžně provádí nejrůznější ošetrovatelské úkony. Všeobecná sestra Y zajišťuje následující úkony ošetrovatelského charakteru: měření tělesné teploty, měření tepu a tlaku, podávání léků, ošetrování chronických ran. Jak sama potvrdila, v případě ošetrování dekubitů sama vyhodnocuje, který léčivý přípravek bude na ránu aplikován, a sama ošetrování rány provádí. Konzultaci a ošetření lékařem zajišťuje až ve chvíli, „kdy, už na to sama nestačí“.

Ošetrovatelské úkony vedle zdravotní sestry provádí i samy pečovatelky. Jedná se především o podávání léků (viz dále). Z knihy hlášení vyplynulo, že rovněž ošetrovaly dekubit („paní Y – převaz dekubitu LDK“, záznam z knihy hlášení ze dne 17. 3.).

V případě, kdy všeobecná sestra bez jakékoliv předchozí diagnostiky lékařem provádí ošetrování ran, jedná v rozporu s ustanovením § 4 vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků. Nejen, že tímto způsobem poskytování ošetrovatelské péče dochází k porušování právních předpisů, ale především se neúměrně zvyšuje riziko případného poškození zdraví klienta.

Nakládání s léky a jejich podávání

Léčiva musí být klientům aplikována výhradně personálem k tomu oprávněným, tedy všeobecnou sestrou, případně samotným lékařem. K samostatnému podání léčiva není oprávněn žádný jiný pečující personál, včetně zdravotnického asistenta.¹⁰ Zároveň musí být rovněž splněn předpoklad, že podání a aplikace léku vychází výlučně z indikace lékaře. O podání dalšího léku nemůže rozhodnout žádný jiný personál, včetně všeobecné sestry.

V průběhu systematické návštěvy bylo zjištěno, že léky jsou připravovány zdravotní sestrou na týden dopředu na základě medikačních karet. Medikační kartu pak představuje strohý záznam se jménem klienta, názvem léčivého přípravku, množstvím léčivé látky a předpisem doby podání. Medikační karty nejsou nijak signovány, že by bylo zřejmé, kdo a kdy provedl preskripci daného léku, případně jakoukoliv změnu v předpisu.

Připravené léky jsou pak uloženy odděleně podle jednotlivých klientů v neuzamčené skříni na sesterně. Klíč od místnosti je uložen na recepci zařízení. Léky jsou tak dostupné a nechráněné před nevyhovujícím zneužitím. Na sesterně jsou rovněž skladovány léky, které nejsou předepsány žádnému z klientů, včetně léků s tlumivým účinkem. Zároveň u těchto léků není nijak evidován zůstatek léčiva, případně jeho aplikace. V době, kdy není sestra přítomna, si léky běžně vyzvedávají a také aplikují pečovatelky (klíč od sesterny je neustále k dispozici na recepci). Na oddělení pro klienty s demencí je dále zásobní vložka pro aplikaci inzulínu uložena v lednici, která je primárně určena pro uskladnění potravin a nikoliv léčiv. Samo inzulínové pero společně s připravenými lékovkami bylo v průběhu návštěvy

⁹ Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰ Vyhláška č. 55/2011 Sb.

volně položeno společně s lékovkami na dělicím stole v kuchyňském koutě.

U klientů, kteří mají potíže s polykáním, jsou léky bez předchozí konzultace s lékařem drceny. K drcení léčiv přistupuje personál intuitivně na základě pozorování klientů. Potřeba takové úpravy léku nemá dostatečný odraz v dokumentaci. Drcením či púlením může dojít k nezamýšlené formě podání léku, a tím i vyvolání nežádoucích farmakologických účinků.

Způsob, jakým je v zařízení nakládáno s léky, včetně jejich podávání nedostatečně kvalifikovaným personálem, výrazně zvyšuje riziko jejich zneužití, nebo chybného užití.

Léky s tlumicím účinkem

Během návštěvy bylo dále zjištěno, že někteří klienti mají od lékaře dopředu předepsanou medikaci s tlumicím účinkem pro případ neklidu či agrese, tj. nepravidelné podání léku. V případě Y pak zněl předpis „*Haloperidol 0-0-5 při neklidu*“.

Při poskytování sociální služby, tj. podání léku s tlumivým účinkem mimo pravidelnou medikaci, může být opatřením omezujícím pohyb, nebo může jít o ad hoc podání léku, které pro určité předem předvídané a jasně vymezené situace předepsal lékař. Pokud je účelem podání léku omezení klienta v pohybu (zabránění mu v chůzi, ve vstávání z lůžka, v sahání na předměty či osoby atp.), půjde zpravidla o opatření omezující pohyb dle zákona o sociálních službách. O opatření omezující pohyb půjde i v případech, kdy je klientovi podán lék kvůli agresivnímu chování.

Při použití opatření omezujících pohyb je nutné dodržet podmínky stanovené v § 89 zákona o sociálních službách. V první řadě je nelze použít kromě případů přímého ohrožení zdraví a života osob, kterým je neklidová medikace podávána, případně osob jiných (§ 89 odst. 1). Tzn., že nelze (jednorázově, tj. ne na základě předpisu – viz dále) aplikovat medikaci s tlumivým účinkem jen z důvodu neklidu klienta.¹¹ Za druhé, opatření omezující pohyb osob, tedy i neklidovou medikaci, lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření, která jsou vyjmenována v § 89 odst. 2. Léčivé přípravky mohou být podány pouze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti.

V zařízeních „ubytovacího typu“ ani v případě poskytovatelů služby osobní asistence není možné, aby personál podával léky s tlumivým účinkem, tím spíše ne za účelem zvládnutí neklidu či agrese člověka. Nejedná se totiž o poskytovatele zdravotních služeb (ani ve smyslu § 36 zákona o sociálních službách).

¹¹ Obdobně viz Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí, překlad Iva Holmerová, on-line (<http://www.alzheimer.cz/res/data/000062.pdf>).

ČÁST 4 – PERSONÁL

Zjištění z návštěvy

Odborné kompetence pracovníků v sociálních službách

Podmínky pro výkon činnosti pracovníka v sociálních službách vymezuje ustanovení § 116 odst. 2 zákona o sociálních službách. Základními předpoklady jsou: svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Podmínku odborné způsobilosti pracovník splní mimo jiné absolvováním kvalifikačního kurzu. V opačném případě může sice činnost pracovníka v přímé péči vykonávat, ale pouze za odborného dohledu.¹²

Stejně tak je zákonem stanovena povinnost zaměstnavatele zajistit pracovníkům v sociálních službách pravidelné vzdělávání směřující k doplňování a upevňování jejich kvalifikace. Minimální rozsah vzdělávání je stanoven na 24 hodin za kalendářní rok (s výjimkou osob, které v daném roce absolvovaly výše uvedený kvalifikační kurz).¹³

Přestože zařízení zahájilo svou činnost v březnu roku 2013, u žádného pracovníka v sociálních službách nebylo v uplynulém roce uskutečněno vzdělávání směřující k dalšímu prohlubování kvalifikace. Stejně tak nebylo u žádného pracovníka v sociálních službách zahájeno vzdělávání pro rok 2014. Dle vyjádření ředitelky zařízení Marie Vybíralové a Ing. X je důvodem krátké trvání činnosti a také dostatečná odbornost všech zaměstnaných pracovníků v sociálních službách.

Nedostatečné zajištění dalšího odborného vzdělávání je porušováním výše uvedené, zákonem stanovené povinnosti. Zároveň není dostatečně naplněn standard kvality č. 10.¹⁴

¹² § 116 odst. 9 zákona o sociálních službách.

¹³ Tamtéž.

¹⁴ Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Část 5 – POVAHA POSKYTOVANÝCH SLUŽEB

Zjištění z návštěvy

Poskytování sociální služby nad rámec oprávnění

Přestože je poskytovatel Luhačovická o. p. s. oprávněn k poskytování terénní sociální služby osobní asistence, v úzké spolupráci s personálně provázanou společností Vivit, a. s., fakticky poskytuje uživatelům komplexní službu, svým rozsahem a povahou odpovídající sociální službě pobytové. V úvahu připadají služby definované v § 49 a § 50 zákona o sociálních službách.

Pro ilustraci uvádím vymezení základních činností pobytové služby podle § 49 zákona o sociálních službách:

„(1) V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) aktivizační činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*

Výše uvedenému nasvědčuje především charakter cílové skupiny, rozsah poskytované péče a také režimová opatření, která jsou vůči klientům uplatňována a která jsou typická pro pobytové zařízení.

Klienti zařízení a jejich rodiny vnímají službu jako komplexní pobytovou, nikoliv jako službu terénní, která by byla od ubytování zcela oddělená a na něm nezávislá. Navíc služba osobní asistence poskytovatele Luhačovická o. p. s., se zaměřuje na poskytování péče výhradně klientům ubytovaným v tomto zařízení. Jak samo vedení uvedlo, služba by nebyla poskytnuta osobě, která by zde nebydlela.

Ustanovení § 78 odst. 1 zákona o sociálních službách stanoví, že sociální služby lze poskytovat pouze na základě oprávnění k jejich poskytování. U pobytových služeb zahrnujících komplexní péči není možné obcházet povinnou registraci dle zákona o sociálních službách s odkazem na to, že poskytovatel (poskytovatelé) disponuje živnostenským oprávněním k poskytování ubytování či služeb osobního charakteru,¹⁵ případně má zapsáno poskytování sociálních služeb jako obecně prospěšnou činnost v rejstříku obecně prospěšných společností¹⁶ a zaregistrovanou terénní sociální službu. Stanovisko ochránce z roku 2013 k tomu uvádí, že „co je zákonem o sociálních službách definováno například jako domov pro seniory, je dostatečně zřejmé a je to exkluzivní. Není

¹⁵ Příloha č. 4 k § 25 odst. 2 zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁶ Ve smyslu již zrušeného zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech, ve znění pozdějších předpisů.

proto možné to v jiném režimu dotvarovat, například kumulací živnostenských oprávnění.¹⁷ Z toho ochránce vyvozuje, že „činnost provozovatelů hotelových zařízení, která nabízejí seniorům rovněž stravu a komplexní péči (ve smyslu péče stanovené zákonem pro domov pro seniory), je nelegální, a to rovněž v rovině trestněprávní.“¹⁸

Poskytovatel ubytování (společnost Vivit, a. s.) a poskytovatel sociální služby osobní asistence (společnost Luhačovická o. p. s) jsou v rámci své vnitřní organizační struktury personálně provázány, a zároveň v Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice poskytují služby, bez toho, aby bylo klientovi jinak než ze smlouvy seznatelné, že se jedná o dva subjekty. To v klientech, jejich rodinách a vůbec navenek může vzbuzovat dojem, že jde o pobytovou sociální službu. Stejně tak jako i společná prezentace zařízení na internetových stránkách, která nijak neodlišuje dva poskytovatele služeb. Dále se v průběhu systematické návštěvy projevilo, že byl poskytovatel ubytování jednoznačně fakticky zainteresován na poskytované péči prostřednictvím vlastního personálu, provádějícího úkony, jež spadají do základní činnosti sociální služby (pan údržbář je pověřován rovněž poskytováním doprovodů klientů k lékařům).

Zároveň musím vyloučit to, že by se v případě Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice jednalo o legální uspořádání typické například u domů s pečovatelskou službou. V takovém případě totiž žijí klienti ve skutečně domácím prostředí vlastního nebo nájemního bytu a jsou uživateli registrované terénní sociální služby (osobní asistence, nebo pečovatelské služby). Podmínky ubytování v Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice ovšem přirozené prostředí nevytváří, když někteří klienti jsou připraveni i o klíče od pokoje.

Stávajícím rozsahem zajišťované péče a služeb vůbec poskytuje zařízení svým klientům de facto sociální službu pobytovou (typu domov pro seniory, nebo domov se zvláštním režimem), nikoliv pouze službu terénní. Tím může být naplněna skutková podstata správního deliktu poskytování sociálních služeb bez oprávnění.

Takto nastavený způsob poskytování služeb lze hodnotit jako podnikatelský záměr cíleně obcházející požadavky zákona o sociálních službách, který k poskytování sociálních služeb vyžaduje příslušné oprávnění, a to v rozsahu odpovídajícím skutečně poskytované službě. Jsem přesvědčena, že nelze nechat na vůli subjektů poskytujících služby zranitelným skupinám, aby samy volily právní režimy, v rámci kterých jsou poskytovány služby svým charakterem sociální.

Za daného uspořádání není uživatelům garantován žádný zůstatek z jejich příjmu, jako je tomu ze zákona v případě úhrad za pobytové sociální služby domov pro seniory, či domov se zvláštním režimem. Neexistuje tak žádná záruka zachování určitého osobního statusu, se kterým je spojena i jistá finanční soběstačnost dospělého člověka s nárokem na starobní důchod.

¹⁷ Veřejný ochránce práv. Stanovisko veřejného ochránce práv k poskytování sociální péče na základě živnostenského oprávnění. [online]. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/Stanovisko-soc_sluzby_po_zivnostensku.pdf

¹⁸ tamtéž

ZÁVĚR

Systematická návštěva Penzionu SPOKOJENÉ STÁŘÍ Luhačovice odhalila špatné zacházení s klienty. Špatné zacházení se týká klientů odkázaných na péči a spočívá v nedostatečné prevenci malnutrice, rizikovém nakládání s léky a jejich podávání personálem bez předepsané zdravotní odbornosti, nezavedení mikčního režimu u klientů, kde je to žádoucí, a v nedostatečné prevenci pádů. Příčiny shledávám mj. v nedostatečném vytvoření předpokladů pro adekvátně poskytovanou péči křehké a snadno zranitelné cílové skupině, jakou beze sporu senioři jsou.

Jako vážnou hodnotím skutečnost, že byt' se zařízení „specializuje“ na poskytování služeb osobám trpícím nejrůznějšími formami demence, nemá personál dostatečné povědomí o této problematice. Odrazem této skutečnosti je péče nereflektující aktuální fázi onemocnění a z něj plynoucí individuální potřeby klienta.

Způsob poskytování péče je nahodilý, intuitivní a laický, nikoliv standardizovaný, jak předpokládá zákon o sociálních službách společně se standardy kvality sociálních služeb. Absence nastavení postupů a standardizace péče se, spolu s nedostatkem personálu, jednoznačně odráží v nedostatečné individualizaci poskytované péče. Způsob vedení dokumentace rovněž neodpovídá předpisům, a především upozorňuji, že nemá potřebnou výpovědní hodnotu o poskytnuté péči a nemůže tak představovat dostatečnou záruku kontinuity poskytování péče.

Za nevyhovující a rizikové považuji nedostatečné personální zajištění poskytované služby. Zejména pak v případech, kdy je zajišťována nekompetentním personálem bez dostatečné kvalifikace a bez jakéhokoliv odborného dohledu.

Zpráva identifikuje oblasti, které jsou s ohledem na způsob a charakter poskytovaných služeb problematické. Buď jde o přímý rozpor se zákonem a porušení právních povinností, nebo o špatnou praxi spočívající v neodborném přístupu. Tyto skutečnosti nelze přičítat personálu, ale vedení zařízení, které zodpovídá za jeho celkový koncept a provoz.

V případě, že chce zařízení nadále pokračovat v poskytování osobní asistence, je nutné, aby poskytovaná péče svým rozsahem a charakterem odpovídala současnému oprávnění k poskytování sociálních služeb, kterým společnost Luhačovická o. p. s. disponuje.

Doporučuji, aby zařízení přestalo vůči klientům uplatňovat režimová opatření.

Doporučuji, aby zařízení nadále klientům neposkytovalo zdravotní služby (ošetřovatelskou péči), dokud by k tomu nezískalo oprávnění podle zákona o zdravotních službách.

Doporučuji, aby zařízení poskytovalo služby pouze těm klientům, kteří nepotřebují větší rozsah péče, než je jim poskytovatel na základě platného oprávnění k poskytování sociálních služeb (aktuálně služba osobní asistence) schopen a oprávněn zajistit.

V případě, že chce zařízení poskytovat nadále péči stávajícího rozsahu, je nutné zaregistrovat odpovídající pobytovou sociální službu, a zároveň nastolit potřebnou kvalitu poskytované péče. Z tohoto důvodu jsem ve zprávě neformulovala konkrétní doporučení, neboť by pak byla příliš obsáhlá a mohlo by se vytratit její hlavní poselství.

Pro případ, že zařízení chce rozsah poskytované péče zachovat, doporučuji bezodkladně vytvořit podmínky pro úspěšné zaregistrování pobytové sociální služby.

Nyní v souladu s § 21a odst. 4 požaduji, aby mě Luhačovická o. p. s. do 30 dnů od obdržení zprávy informovala, jaké konkrétní kroky v jakých konkrétních termínech v reakci na má doporučení podnikne. Podle toho zvážím svůj další postup podle zákona.

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