



Veřejný ochránce práv
OMBUDSMAN

LÉČEBNY PRO DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ



ZPRÁVA

ZE SYSTEMATICKÝCH NÁVŠTĚV
VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV

2017

Veřejný ochránce práv

Údolní 39, 602 00 Brno

informační linka: **+420 542 542 888**

telefon (ústředna): **+420 542 542 111**

e-mail: podatelna@ochrance.cz

www.ochrance.cz

www.facebook.com/verejny.ochrance.prav

www.twitter.com/ochranceprav

ISBN 978-80-87949-61-0

POSLÁNÍ OCHRÁNCE

Veřejný ochránce práv (ombudsman) podle zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, chrání osoby před **jednáním úřadů a dalších institucí**, pokud je toto jednání v rozporu s právem, neodpovídá **principům demokratického právního státu a dobré správy** nebo jsou úřady nečinné. Shledá-li pochybení v činnosti úřadu a nedojde-li následně k nápravě, může informovat nadřízený úřad či veřejnost.

Od roku 2006 plní ochránce úkoly **národního preventivního mechanismu** podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Cílem systematických návštěv je posílit ochranu osob omezených na svobodě před **špatným zacházením**. Návštěvy jsou prováděny jak na místech omezení svobody z moci úřední, tak i v zařízeních, kde je poskytována péče, na níž jsou její příjemci závislí. Svá zjištění a doporučení týkající se podmínek v určitém typu zařízení ochránce zobecňuje v souhrnných zprávách z návštěv a na jejich základě formuluje obecné standardy zacházení. Návrhy na zlepšení zjištěného stavu a odstranění případného špatného zacházení ochránce směřuje jak k samotným zařízením a jejich zřizovatelům, tak i k ústředním orgánům státní správy.

V roce 2009 byl ochránce pověřen rolí **národního tělesa pro rovné zacházení a ochrany před diskriminací** (equality body) v souladu s právem Evropské unie. Přispívá tedy k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu

na jejich rasu nebo etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru nebo světový názor. Za tím účelem poskytuje pomoc obětem diskriminace, provádí výzkum, zveřejňuje zprávy a vydává doporučení k otázkám souvisejícím s diskriminací a zajišťuje výměnu dostupných informací s příslušnými evropskými subjekty.

Od roku 2011 ochránce rovněž **sleduje zajištění cizinců a výkon správního vyhoštění**.

K jeho **zvláštním oprávněním** patří právo podávat Ústavnímu soudu návrhy na zrušení podzákonných právních předpisů, právo vedlejšího účastenství před Ústavním soudem v řízení o zrušení zákona či jeho části, právo podat žalobu k ochraně veřejného zájmu či návrh na zahájení kárného řízení s předsedou či místopředsedou soudu. Ochránce také může doporučit vládě přijmout, změnit či zrušit zákon.

Ochránce je **nezávislý a nestranný**, z výkonu své funkce je zodpovědný pouze Poslanecké sněmovně, která ho zvolila. Má jednoho, stejným způsobem zvoleného, **zástupce**, kterého může pověřit částí své působnosti. Se svými poznatky ochránce průběžně seznamuje veřejnost prostřednictvím internetu, sociálních sítí, odborných seminářů, kulatých stolů a konferencí. Nejdůležitější zjištění a doporučení shrnuje **zpráva o činnosti veřejného ochránce práv** předkládaná každoročně Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR.

OBSAH

Úvodní slovo.....	5
0 systematických návštěvách	6
1) Zákonný podklad systematických návštěv	6
2) Průběh návštěv	6
3) Informace o navštívených zařízeních	7
Doporučení Ministerstvu zdravotnictví.....	8
1) Personální zajištění péče a jeho financování.....	8
2) Požadavky na technické a věcné vybavení zařízení.....	8
3) Podpora poskytování paliativní péče	9
4) Instituty dříve vysloveného přání a předběžného prohlášení.....	10
5) Používání omezovacích prostředků a snižování četnosti jejich užití.....	11
6) Nové přestupky (dříve správní delikty) v oblasti zdravotních služeb	11
7) Supervize pro pracovníky léčen dlouhodobě nemocných	12
Doporučení léčebnám.....	13
1) Pokoj pacientů.....	13
2) Koupelna a toalety.....	18
3) Prostředí léčebny	20
4) Úhrady v zařízení	23
6) Udělování souhlasu s hospitalizací a souhlasu s poskytováním zdravotních služeb	26
7) Pacient s omezenou svéprávností.....	28
8) Lékařské tajemství, zachování mlčenlivosti	30
9) Pacient jako partner	32
10) Návštěvy	35

11) Soukromí na pokoji, při hygieně, na toaletě	37
12) Volnost pohybu, zajištění bezpečí	39
13) Prevence malnutrice a dehydratace	45
14) Podávání stravy a nápojů	46
15) Mikční režim	49
16) Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace	50
17) Ordinace, příprava a podání léků	51
18) Hodnocení bolesti	53
19) Deprese.....	54
20) Kožní defekty, dekubity.....	54
21) Péče o pacienta s demencí	55
22) Rehabilitace, ergoterapie, aktivizace	56
23) Péče o umírající, paliativní péče.....	58
24) Sociální práce	59
25) Personální zajištění péče	63
26) Péče o zaměstnance.....	65
 Přehled doporučení	 67
 Zdroje	 74
1) Právní předpisy	74
2) Ostatní zdroje	74
 Příloha – Získávání souhlasu pacienta	 76
1) Souhlas s hospitalizací.....	76
2) Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb	77

SHRNUTÍ

1

Zaměstnanci Kanceláře navštívili celkem 8 léčeben dlouhodobě nemocných vybraných na základě informací z národního registru poskytovatelů zdravotních služeb.

2

Špatné zacházení bylo zjištěno v jednom případě, a to když léčebna nedodržela zákonné podmínky při omezení pacienta v pohybu pomocí kurtů (popruhů). Používání omezovacích prostředků (včetně léků s tlumícím účinkem) v léčebnách obecně představuje největší riziko, neboť může snadno vést ke špatnému zacházení.

3

Pro kvalitu péče je zásadní dostatečný a stabilní počet personálu s pravidelně rozloženými dny práce a odpočinku. Ačkoliv zařízení dodržela minimální počty personálu stanovené vyhláškou, byl personál často přetížen a neměl dostatek času na jednotlivé úkony při péči o pacienty, proto řadu těchto úkonů prováděl paušálně, bez ohledu na individuální potřeby a schopnosti pacienta.

4

Náprava některých nedostatků se neobejde bez posílení materiálních a personálních zdrojů léčeben. Mnohé nedostatky však lze odstranit pouhým citlivějším přístupem personálu a nastavením pracovních postupů, které budou podporovat individuální přístup k pacientovi.

5

Za stěžejní považují komplexní přístup k pacientovi, který zahrnuje uspokojení nejen jeho biologických potřeb, ale také potřeb psychických či sociálních. Podporují proto poskytování terapií, kvalitní sociální poradenství a dostupnost psychologické péče pro pacienty v léčebnách, neboť mohou mít pozitivní vliv na celkový stav pacienta.

ÚVODNÍ SLOVO

Situaci seniorů žijících v institucích se intenzivně věnuji posledních několik let. Ať to byly návštěvy domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem či zařízení poskytujících sociální služby bez oprávnění. Snažím se tak přispět k prevenci špatného zacházení a zajištění důstojných životních podmínek pro osoby, které zde žijí.

Nyní veřejnosti předkládám souhrnnou zprávu z návštěv léčeben pro dlouhodobě nemocné.

Jako v každém jiném typu zařízení, i v léčebnách jsem se setkala se situacemi, které odporují právu člověka na důstojnost, na soukromí či jinému lidskému právu. Náprava části z nich je na samotných zařízeních, část bude vyžadovat systémové změny.

Současně musím vyzdvihnout a ocenit práci ošetřujícího personálu. Jeho počet v léčebnách byl ve většině případů podhodnocen, pracovníci byli přetížení, a ačkoliv objektivně nemohli pacientovi zajistit péči na odpovídající úrovni (zejména stran individualizace a podpory k soběstačnosti), dělali často vše, co bylo v jejich silách. S ohledem na toto zjištění považuji do budoucna za hlavní úlohu stabilizovat počet (a finanční ohodnocení) pečujícího personálu v léčebnách.

Některá z navštívených zařízení, ale také odborníci, s nimiž jsem při návštěvách spolupracovala, volali po diskusi o péči v léčebnách, jež podle jejich názoru v této oblasti zdravotnictví chybí. Ráda bych proto touto zprávou vyzvala ke společné debatě a snaze o zajištění důstojných podmínek pro pacienty v léčebnách.



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

O systematických návštěvách

1) Zákonný podklad systematických návštěv

Veřejný ochránce práv na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona o veřejném ochránci práv provádí systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Příčinou omezení na svobodě může být jak rozhodnutí orgánu veřejné moci, tak může být důsledkem závislosti na poskytované péči.

Veřejný ochránce práv provádí systematické návštěvy od roku 2006. Informace se zobecněnými poznatky o situaci v jednotlivých typech zařízení zveřejňuje. Jsou dálkově dostupné,¹ aby mohly sloužit veřejnosti i nenavštíveným zařízením jako zdroj informací o doporučeních ochránce.

”

cílem návštěv je
posílení ochrany
před špatným
zacházením

“

Smyslem systematických návštěv je dle § 1 odst. 3 zákona o veřejném ochránci práv posílit ochranu osob před všemi formami tzv. špatného zacházení. Špatným zacházením je přitom 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, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě, zneužívání závislosti na poskytované péči, nebo jejího prohlubování. Formálně může špatné zacházení spočívat jak v porušování práv garantovaných Listinou, mezinárodními úmluvami, zákony a podzákonnými právními předpisy, tak v neplnění více či méně závazných instrukcí, pokynů, standardů péče, principů dobré praxe.

2) Průběh návštěv

Systematické návštěvy proběhly neohlášeně, na místě však vždy s vědomím ředitele zařízení. Provedením návštěv jsem pověřila zaměstnance Kanceláře, kterými byli právníci Kanceláře a externí konzultanti Kanceláře – lékaři a všeobecné sestry.

Návštěvy léčeben byly dvoudenní a zahrnovaly prohlídku prostor, pozorování, rozhovory se zaměstnanci a pacienty, studium vnitřních předpisů a zdravotnické dokumentace. V průběhu návštěv byla pořizována fotodokumentace.

Zprávy z návštěv, které reflektovaly má zjištění a obsahovaly doporučení ke zlepšení praxe, jsem adresovala ředitelům jednotlivých léčeben. Ředitelé všech léčeben se ke zprávě vyjádřili a informovali mě o přijatých opatřeních.

¹ Srov. Veřejný ochránce práv. Ochrana osob omezených na svobodě. Ochrance.cz [on-line]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

3) Informace o navštívených zařízeních

Zaměstnanci Kanceláře navštívili celkem 8 léčeben pro dlouhodobě nemocné. Ačkoliv právní úprava toto označení nezná a ve svém názvu jej mnohdy neužívají ani samotná zařízení, mezi širokou veřejností je tento pojem zažitý a používá jej také národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. Právě informacemi z něj se ochránkyně při výběru zařízení řídila.

Informace o navštívených zařízeních, jejich zřizovateli a kapacitě jsou uvedeny v následující tabulce.

Název	Kraj	Zřizovatel	Kapacita
Léčebna pro dlouhodobě nemocné Hradec Králové	Královehradecký	Královehradecký kraj	99
Nemocnice následné a rehabilitační péče	Praha	Interna Co., spol. s r. o.	100
Dům domácí péče	Olomoucký	ADP – SANCO, s. r. o.	50
Nemocnice následné péče Ledec-Háj	Vysočina	Vysočinské nemocnice, s. r. o.	88
Léčebna dlouhodobě nemocných Polní (součást Nemocnice milosrdných bratří)	Jihomoravský	město Brno	170
Oddělení následné a rehabilitační péče (součást Podřipské nemocnice s poliklinikou)	Ústecký	Podřipská nemocnice s poliklinikou Roudnice n. L., s. r. o.	44
Oddělení následné péče (součást Městské nemocnice v Odřích)	Moravskoslezský	město Odry	75
Podkrušnohorská nemocnice následné péče	Ústecký	Krušnohorská poliklinika, s. r. o.	55

Doporučení Ministerstvu zdravotnictví

1) Personální zajištění péče a jeho financování

Léčebny musejí dodržet minimální počet zdravotnických a jiných odborných pracovníků, ale také zvýšit jejich počet nad minimální rozsah tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče.²

Všechny navštívené léčebny splňovaly vyhláškou stanovené minimální počty pracovníků. Zjistila jsem však, že tento počet zpravidla nestačí k zajištění kvalitní péče. Přesvědčila jsem se, že není v silách přetížených a finančně podhodnocených pracovníků splnit všechny požadavky na kvalitu péče. Zaznamenala jsem nedostatek času na podávání stravy pacientům nebo provádění hygieny, na sledování bolesti, péči o dekubity či zavedení alternativ k používání omezovacích prostředků.

Protože vedení léčeben často považuje minimální personální zabezpečení za optimální, domnívám se, že chceme-li odstranit nedostatky v péči o pacienta a zajistit „kvalitu, bezpečí a dostupnost zdravotní péče“, nezbývá než zvýšit minimální počty zdravotnických a jiných odborných pracovníků.

Doporučuji ministerstvu, aby zvýšilo minimální počet zdravotnických a jiných odborných pracovníků v léčebnách dlouhodobě nemocných a zajistilo odpovídající finanční prostředky.

2) Požadavky na technické a věcné vybavení zařízení

Zjištěná pochybení spočívající v nesplnění požadavků na minimální technické a věcné vybavení léčeben³ popisují dále ve zprávě. V následujících dvou bodech upozorňuji na nedostatky, které představují zásah do práva pacienta na soukromí, důstojnost, bezpečí či kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, přestože z právního hlediska nedošlo k porušení vyhlášky.⁴

2 Část I, bod 1 přílohy č. 3 vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění vyhlášky č. 287/2013 Sb. (dále také jen „vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb“).

3 Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče (dále také jen „vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení“).

4 Ustanovení § 28 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o zdravotních službách“).

Komunikační zařízení v dosahu každého pacienta

Léčebny mají povinnost vybavit pokoj komunikačním zařízením mezi pacientem a sestrou.⁵ Ve většině zařízení se v pokojích nacházelo pouze jedno signalizační zařízení (neumožňující obousměrnou komunikaci), a to u postele jednoho z pacientů. Ostatní pacienti museli v případě potřeby křičet či třeba tlouct berlemi o rám postele. Někteří se tak nemohli dovolat pomoci, jiní raději zcela rezignovali na své potřeby.

Považuji za nutné, aby si každý pacient mohl sám přivolat pomoc.

Doporučuji ministerstvu, aby komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou označilo za povinné vybavení u každého lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Povinnost zřídit denní místnost pro pacienty

Léčebny mohou, ale nemusejí zřídit denní místnost pro pacienty, která pak může sloužit jako jídelna pro chodící pacienty. Není-li zřízena jídelna, je třeba vyčlenit v každém pokoji prostor pro stravování chodících pacientů.⁶

Denní místnosti jsou prospěšné z mnoha důvodů. Společné stolování a trávení času s ostatními pacienty aktivizuje a pomáhá mu udržet si sociální návyky. Možnost změnit jednotvárné prostředí pokoje jej motivuje k pohybu. V denní místnosti také může důstojně přijímat návštěvy (viz kapitola 10.2) nebo soukromě hovořit s lékařem (viz kapitola 8.1).

Doporučuji ministerstvu, aby stanovilo povinnost zřídit denní místnost pro pacienty v léčebnách dlouhodobě nemocných.

3) Podpora poskytování paliativní péče

Nevyléčitelně nemocní a umírající pacienti mají stejně jako ostatní lidé právo na respektování a ochranu své důstojnosti. Povinností společnosti je umožnit jim zemřít důstojně, ve vhodném prostředí a při poskytnutí patřičné péče.⁷ K mírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který je nevyléčitelně nemocen, slouží paliativní péče.⁸

5 Část I, bod 3 přílohy č. 4 vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.

6 Část I, bod 1 písm. h) a bod 3 přílohy č. 4 vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.

7 Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům ze dne 12. listopadu 2003 o organizaci paliativní péče.

8 Ustanovení § 5 odst. 2 písm. h) zákona o zdravotních službách.

V České republice se paliativní péče bohužel obecně spojuje pouze s péčí hospicovou. Žádná z navštívených léčen neposkytovala systematicky paliativní péči (viz kapitola 23). Tuto péči přitom nepotřebují jen pacienti v terminální fázi onkologického onemocnění, ale také geriatrickí pacienti trpící často větším počtem různých závažných chorob či pacienti v pokročilém stádiu demence.⁹ Právě tyto pacienti využívají zejména péče léčen dlouhodobě nemocných.

Paliativní péče musí být dostupná všem, kteří ji potřebují.¹⁰

Doporučuji ministerstvu, aby podpořilo rozšíření paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných.

4) Instituty dříve vysloveného přání a předběžného prohlášení

S účinností od 1. dubna 2012 byl do české právní úpravy zaveden institut dříve vysloveného přání¹¹ a od 1. ledna 2014 také institut předběžného prohlášení.¹² Zjistila jsem, že zdravotnický personál navštívených zařízení tyto instituty nezná nebo s nimi neumí pracovat. V některých případech je zaměňoval za eutanazii.

Právo pacienta vyslovit přání ohledně podoby své budoucí léčby pro případ pozdější neschopnosti vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí (a povinnost respektovat toto přání) vyplývá nejen ze zákona, ale také z mezinárodních úmluv,¹³ kterými je Česká republika vázána.

V léčebnách chybí informace o možnostech a podmínkách využití těchto institutů, chybí oficiální materiály, tamní pracovníci se nemají o této problematice odkud dozvědět.

Doporučuji ministerstvu, aby zvýšilo povědomí personálu léčen dlouhodobě nemocných o institutech dříve vysloveného přání a předběžného prohlášení a jejich správném využití.

9 Standardy paliativní péče vypracované Českou společností paliativní medicíny v roce 2013.

10 Část i, bod č. 2 přílohy Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům ze dne 12. listopadu 2003 o organizaci paliativní péče.

11 Ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách.

12 Ustanovení § 38 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění zákona č. 460/2016 Sb. (dále také jen „občanský zákoník“).

13 Článek 9 Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvy o lidských právech a biomedicině a článek 12 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

5) Používání omezovacích prostředků a snižování četnosti jejich užití

Omezovací prostředky lze použít až po bezúspěšném pokusu zklidnit pacienta mírnějšími postupy, ledaže by to zjevně nevedlo k dosažení účelu, přičemž je třeba zvolit nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.¹⁴

S ohledem na zjištění z návštěv jsem přesvědčena o nutnosti posílit právo pacienta na osobní a duševní integritu, snižovat četnost používání omezovacích prostředků a kontrolovat jejich používání.

Doporučuji ministerstvu, aby doplnilo náležitosti záznamu o použití omezovacích prostředků¹⁵ o informaci o využití mírnějších postupů včetně vyhodnocení jejich účinnosti.

Doporučuji ministerstvu, aby za účelem snižování četnosti používání omezovacích prostředků upravilo:

- zpracovávání individuálního plánu zvládnutí neklidu,
- zohledňování použití omezovacího prostředku při naplňování plánu péče,
- zákaz předepisování omezovacích prostředků pro budoucí případy a
- zásady ordinace a podávání léků s tlumícím účinkem (blíže viz kapitola 12.2).

6) Nové přestupky (dříve správní delikty) v oblasti zdravotních služeb

Používání omezovacích prostředků je spojeno s množstvím podmínek a povinností. Například je lze použít pouze k odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití.¹⁶ O jejich použití musí poskytovatel vhodným způsobem informovat pacienta či jeho opatrovníka, musí na pacienta dohlížet po dobu omezení či zaznamenávat použití omezovacího prostředku do zdravotnické dokumentace pacienta.¹⁷ Nedodržení těchto povinností zákon o zdravotních službách (na rozdíl od obdobné úpravy v zákoně o sociálních službách) neumožňuje sankcionovat.

14 Ustanovení § 39 zákona o zdravotních službách, ve znění účinném od 31. května 2017.

15 Ustanovení § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

16 Ustanovení § 39 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

17 Ustanovení § 39 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

Použití omezovacích prostředků představuje značný zásah do důstojnosti a integrity pacienta, proto soukromoprávní prostředky obrany (žaloba na ochranu osobnosti) nepovažuji za dostatečné k zajištění řádné praxe.

Doporučuji ministerstvu, aby mezi přestupky (dříve správní delikty) doplnilo nedodržení označených povinností spojených s použitím omezovacích prostředků.

7) Supervize pro pracovníky léčeben dlouhodobě nemocných

Poskytovatelé zdravotních služeb nemají povinnost podporovat pracovníky v přímé péči prostřednictvím nezávislého kvalifikovaného odborníka (supervizora), jako je tomu v oblasti sociálních služeb.¹⁸

Ministerstvo práce a sociálních věcí popisuje tento standard jako „skutečné privilegium pracovníků pomáhajících profesí, kteří jsou pod zvláštním emočním tlakem a zátěží lidské nouze, s níž se dennodenně setkávají ve své profesi“.¹⁹ Péče poskytovaná v léčebnách dlouhodobě nemocných se v mnoha ohledech podobá péči poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb. Pacienti zde pobývají zpravidla dlouhou dobu, proto pravděpodobně naváží osobní vztah s některými pracovníky, kteří jsou poté mnohdy svědky jejich úmrtí a všech těžkostí s tím souvisejících.

Přestože pracovníci léčeben potřebují podporu, aby se vyrovnali s emoční zátěží spojenou s jejich profesí, zjistila jsem, že jim ji poskytovatelé zdravotních služeb nedopřávají.

”

pracovníci
v léčebnách jsou
pod zvláštním
emočním tlakem

“

Doporučuji ministerstvu, aby zdravotnickým a jiným odborným pracovníkům léčeben dlouhodobé péče zajistilo supervizi – podporu prostřednictvím nezávislého kvalifikovaného odborníka.

¹⁸ Bod 10, písm. e) přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁹ Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele. Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb.

Doporučení léčebnám

1) Pokoj pacientů

Velikost a kapacita pokoje

Pokoj pro pacienty musí mít minimální plochu na 1 lůžko 5 m², celkovou minimální plochu 8 m² a mezi lůžky musí být dostatečný prostor pro činnost personálu, pohyb pacienta a manipulaci s přístroji, materiálem a lůžky.²⁰ Pokud tento požadavek není naplněn, personál musí při práci manipulovat s lůžky pacientů, což vede jak k nepohodlí personálu, tak také ke zvýšenému riziku pádu v případě, že by lůžka pacientů zůstala delší dobu odbrzděna. Absence dostatečného manipulačního prostoru má za důsledek také nemožnost použití zvedáků a jiných pomůcek pro snazší manipulaci s pacientem.

Zjištění z návštěv:

- V navštívených zařízeních se zaměstnanci Kanceláře setkávali se čtyřmi, pěti a v ojedinělých případech také šesti lůžky na pokoji.

Vysoký počet lůžek na pokoji je nevyhnutelně spojen také s narušením práva pacienta na soukromí. Otázkou je zajištění soukromí při hygieně, vyprazdňování apod. Je potřeba zohlednit také to, že hospitalizace v tomto typu zařízení trvá zpravidla delší dobu a pacient mnohdy nemá k dispozici jiné prostory, kde by mohl např. trávit čas se svými blízkými (v jednom z navštívených zařízení jsem doporučila snížit stávající kapacitu pokoje z důvodu poměrně malého prostoru mezi lůžky, který nutil návštěvy pacientů u lůžka svého blízkého stát).

”

vysoký počet
lůžek na pokoji
je nevyhnutelně
spojen s naru-
šením práva na
soukromí

“

Doporučení:

- Snížit kapacitu pokojů.
- Kapacitu pokojů přizpůsobit jejich velikosti.

Vybavení pokoje

U každého lůžka musí být zdroj elektrické energie a lokální osvětlení. Každý pokoj musí mít umyvadlo, pokud nemá návaznost na koupelnu, sprchu nebo WC vybavené umyvadlem a dále vyčleněný prostor pro stravování chodících pacientů, pokud není zřízena jídelna samostatně.²¹

Při úvahách o vybavení pokoje musíme brát v úvahu také právo pacienta na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb.²²

Vybavenost pokoje přímo souvisí také s jeho kapacitou. Mám za to, že pokud nebude zohledněn požadavek na adekvátní kapacitu pokojů, nebude možné pacientovi zajistit bezpečné a důstojné prostředí s náležitým soukromím ani standard stanovený výše citovanou vyhláškou.



Velkokapacitní pokoj s nedostatkem prostoru mezi lůžky

Zjištění z návštěv:

- Pokoje nebyly vybaveny stolem nebo dostatečným počtem židlí dle počtu pacientů na pokoji. V řadě případů nahrazovaly židle v průběhu podávání stravy toaletní křesla, nebo toaletní křesla sloužila jako běžný odkládací prostor.
- Lokální osvětlení často chybělo, nebo bylo pouze u některých lůžek.
- Mezi jednotlivými lůžky chyběly závěsy, které by se daly v případě potřeby zatáhnout, a vytvořit tak soukromí pro pacienta.

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

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

Pokud je nábytek v pokoji pohyblivý, je potřeba, aby ho bylo možné zabezpečit proti pohybu, zejména pokud se jedná o noční či jídelní stolky. Pohyblivý nábytek je pro pacienta nebezpečný, opře-li se o něj, může spadnout. Pohyblivý nábytek zvyšuje riziko pádu a může být příčinou vážných zranění.

Doporučení:

- **Pokoj musí být pro pacienta bezpečným a důstojným prostředím, musí poskytovat alespoň základní míru soukromí.**
- **Dodržovat povinné vybavení pokoje stanovené vyhláškou o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.**
- **Vybavit pokoj potřebným množstvím nábytku a zabezpečit jej proti pohybu, je-li pohyblivý.**

Uzamykatelný prostor pro uložení osobních věcí pacienta

Mezi základní provozní prostory lůžkového oddělení patří šatna, která (pokud není zřízena) může být nahrazena uzamykatelnými skříněmi.²³

Při hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných je odůvodněné považovat za standard, že pacient má ve své dispozici vlastní oblečení a věci denní potřeby a že je může mít uloženy na pokoji při zachování základní ochrany před ztrátou nebo krádeží. Umocňuje to u pacienta pocit přirozenějšího prostředí.

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

Doporučení:

- **Zajistit pacientovi na pokoji uzamykatelný prostor pro uložení osobních věcí a zajistit, jeli to s ohledem na individuální možnosti a schopnosti pacienta možné, aby pacient měl klíč.**

Signalizace u lůžka pacienta

Signalizace na pokoji je základním komunikačním zařízením mezi pacientem a sestrou. Je povinným vybavením pokoje²⁴ a slouží pacientovi k přivolání pomoci. Je proto nutné, aby byla funkční a každý pacient v pokoji na ni mohl v případě potřeby dosáhnout. Umístění signalizace například pouze u dveří pokoje je pro pacienty trvale upoutané na lůžko nebo se sníženou pohyblivostí zcela nedostačující.

Zjištění z návštěv:

- V některých zařízeních pacienti nemohli na signalizaci z lůžka dosáhnout, nebo signalizace nebyla funkční. Pomoc se pokoušeli přivolat voláním na personál zařízení, případně za pomoci druhého pacienta, bouchali o rám postele, nebo se nepokoušeli vůbec, aby nerušili pacienty, případně se obávali reakce sester.

Léčebna je povinna za každých okolností zajistit možnost přivolání pomoci, ponechání pacienta bez dostupné signalizace je rizikové a může vést k ohrožení zdraví a života pacienta. Pokud dojde k poškození signalizace, považují za vhodné vést o době poškození a následném času opravy písemné záznamy v knize oprav. V případě poškození signalizace je třeba zajistit, aby zdravotnický personál pacienta častěji kontroloval. Stejně je třeba postupovat u pacienta, který signalizaci používat nemůže, aby bylo zaručeno, že nezůstane bez pomoci a nebude například ohrožen jeho mikční režim.

Pokud má signalizace plnit svůj účel a sloužit jako bezpečnostní opatření, mělo by být taktéž vždy zajištěno, že personál zareaguje bezprostředně po jejím užití.

”

někteří pacienti
nemohli na
signalizaci
dosáhnout, jiným
nefungovala

“

Doporučení:

- Zajistit všem pacientům dostupnou a funkční signalizaci.
- Dbát o neprodlenou reakci personálu na signalizaci od lůžka.
- Pacienty, kteří nemohou ovládat signalizaci, navštěvovat tak často, aby v případě komplikací nezůstali bez pomoci a aby nebyl ohrožen jejich mikční režim.

Vzhled pokoje

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



Jeden ze způsobů zpříjemnění prostředí pokoje

Oceňuji pokoje s barevnými stěnami, obrázky a další výzdobou na stěnách nebo květinami na oknech. Pocit domácího prostředí pomáhají dále navodit například záclony na oknech, barevné ložní prádlo apod. Tyto estetické a další prvky mohou vytvořit z pokoje přívětivé prostředí, které pacientovi pomůže adaptovat se ve zdravotnickém zařízení a zpříjemní mu mnohdy velmi dlouhý pobyt.

Zjištění z návštěv:

- Zaměstnanci Kanceláře zjistili, že zařízení často nevěnují dostatečnou pozornost zornému poli ležícího pacienta. Televize na pokoji, magnetická tabule s fotkami rodinných příslušníků nebo obrázky na stěně byly umístěny na stěně za hlavou pacienta, tedy mimo jeho zorné pole.

Je nutné uvědomovat si, že pacient nemá jenom fyziologické potřeby a že i celodenní pohled na bílou zeď pro něj představuje riziko (u některých pacientů může například vyvolávat halucinace). Zorné pole pacienta je taktéž důležitým prostředkem k jeho stimulaci. Terapeutické prvky umístěné mimo zorné pole neplní svůj účel a jejich potenciál není vůbec využit. Pokud má pacient slabší zrak a do dálky (například na protější stěnu) nedohlédne, je potřeba pracovat s prostorem, ve kterém se zrakově orientuje. Je proto možné využít například nástěnek umístěných do nohou postele, stojanů na noty umístěných na postel nebo dalších pomůcek, kde se dají umístit pacientovy obrázky, fotky, případně vyvěsit jiné osobní předměty tak, aby stimulační prvky zasahovaly v co největší míře do jeho zorného pole.

Doporučení:

- Zpříjemnit prostředí pokoje, mimo jiné, osobními předměty pacientů.
- Věnovat pozornost zornému poli ležících pacientů a využívat všech dostupných prostředků k jejich stimulaci.

2) Koupelna a toalety

Úprava koupelny

Pacienti v léčebnách dlouhodobě nemocných se vyznačují zvýšenou ošetrovatelskou náročností. Toalety a koupelny v zařízení by proto měly být standardně bezbariérové. Přizpůsobení zařízení i v tomto ohledu specifickým potřebám pacientů povede ke zvýšení jejich soběstačnosti, snížení rizika úrazu a mimoto také k zefektivnění práce ošetřujícího personálu.

Imobilní pacienty by měl personál sprchovat vleže, čemuž by měly být uzpůsobeny prostory koupelny. Sprchování imobilních pacientů vsedě je pro personál zvýšeně náročné a pro pacienty rizikové.

Doporučení:

- Zajistit dostatečný počet bezbariérových toalet a koupelen, které umožňují sprchovat imobilní pacienty vleže.

Vybavení toalet

Na společných toaletách v zařízeních často nebyl toaletní papír, mýdlo ani ručníky. Pacienti museli toaletní papír nosit s sebou, což je nepříjemné pro všechny, kdo mají problém s chůzí, případně využívají nějakou kompenzační pomůcku. Nutnost nosit toaletní papír zvyšuje riziko pádu a také vystavuje pacienta značně ponižující situaci na toaletě, když si papír zapomene vzít, případně již nemá vlastní papír k dispozici. Současně by toaletní papír, mýdlo i ručníky měly být umístěny tak, aby na ně dosáhla i osoba na invalidním vozíku. I tímto zdánlivě nepodstatným opatřením lze zachovat soběstačnost pacientů a podpořit pravidelný mikční režim.

Doporučení:

- Zajistit na toaletách pro pacienty toaletní papír, mýdlo a ručníky. Toaletní papír zajistit přímo v kabině toalety.

Zajištění soukromí při vykonávání hygieny

Pacient má právo na soukromí při vykonávání hygieny. Toalety a sprchy musejí být proto vybaveny tak, aby zajišťovaly alespoň základní míru soukromí. Toalety musejí být odděleny pro muže a ženy.²⁵

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

V některých zařízeních byly koupelny využívány pro sprchování více pacientů najednou. Ne vždy pro to byly náležité podmínky. Sprchovací místa nebyla oddělena a pacienti neměli při sprchování soukromí. Koupelny by měly být vybaveny závěsy či jinými prostředky pro zajištění soukromí, nebo by měla být hygiena pacientů prováděna samostatně.

Toalety se často nedaly zamknout nebo chyběl jiný, alespoň provizorní, způsob označení jejich obsazenosti. Zamknout se v kabině pomocí zámku či jiných zařízení, které v případě potřeby personál může odemknout, neohrožuje bezpečí klienta.

Toaleta by rovněž měla být vybavena signalizačním zařízením, kterým si pacient může přivolat pomoc. Aby signalizační zařízení plnilo svůj bezpečnostní účel, musí být umístěno v dosahu (sedícího) pacienta.

”

**pacient má právo
na soukromí
při vykonávání
hygieny**

“

Doporučení:

- Vybavit koupelny závěsy či jinými prostředky pro zajištění soukromí.
- Oddělit toalety pro muže a ženy.
- Na toaletách zajistit možnost bezpečného uzamknutí (s možností otevření zvenčí) či alespoň vhodný prostředek upozorňující na obsazení toalety.
- Vybavit toalety dostupnou a funkční signalizací.

3) Prostředí léčebny

Orientace v čase a místě

Léčebna je pro pacienta neznámé prostředí. Může být dezorientován, tím spíše pokud trpí kognitivní poruchou. Nežádoucím důsledkem je bloudění, zmatenost, úzkost, setrvávání v pokoji. Prostředí bezpečné pro pacienta lze vytvořit používáním vhodných pomůcek, úprav, značení či piktogramů. Cílem opatření je usnadnit pacientům, zejména těm, kteří trpí syndromem demence, orientaci v zařízení, neboť jedním z projevů demence je právě ztráta nebo narušení schopnosti orientace v realitě.

Léčebna musí být uzpůsobena po technické a organizační stránce tak, aby zlepšila orientaci pacienta v prostoru a zabránila mu v nezamýšleném opuštění zařízení.



Příklady orientačních prvků pro osoby s demencí

Zjištění z návštěv:

- Pacienti s demencí byli soustředěni na velkých pokojích, kde také trávili veškerý čas. Jejich pokoje byly lehce zaměnitelné, vybaveny jeden jako druhý, dveře nebyly barevně odlišeny, nad postelí osob s demencí ani v jejich zorném poli nebyly podněty (barevné poutače). Pacienti se tak dívali do holých zdí a ztráceli se v prostoru. Mnohdy se s nimi systematicky nepracovalo, nevěnoval se jim cíleně žádný terapeut.

Označení pokojů cedulkou s příjmením pacienta nebo nevýrazným číslem a využívání běžných ukazatelů není dostatečné. Pacient se zhoršenou schopností orientace může mít potíže s vyhledáním nejenom svého pokoje, ale i sociálního zařízení nebo sesterny. Jasnými orientačními prvky může léčebna v tomto směru pro své pacienty mnoho udělat.

V tomto směru oceňuji praxi jednoho z navštívených zařízení, kde byla pacientům s demencí vyhrazena zvláštní část zařízení. Vchod na toto oddělení byl vhodně zajištěn proti svévolnému odchodu pacientů s poruchou kognitivních schopností (dveře se otevíraly po zmáčknutí tlačítka nad dveřmi a současným táhnutím za kliku-kouli). Pacienti zde byli umístěni ve dvoulůžkových pokojích. Dveře každého pokoje byly označeny barevným motivem. Ve společných prostorech byla uskladněna vysazovací křesla pro pacienty, pracovní stůl pro sestru, televizor a akvárium. Stěny ve společenských prostorách byly vytapetovány přírodními motivy a ze společných prostor se dalo s doprovodem vyjít rovnou na zahradu.



Příklad odlišení pokojů

V praxi se dále osvědčily tyto metody:

- vybavení chodeb jasnými a návodnými směrovkami,
- označení dveří piktogramy vyjadřujícími účel jednotlivých místností (například pokoj pacienta nebo sociální zařízení),
- označení prostorů, v nichž se pacienti pohybují, aby omylem neopouštěli léčebnu,
- východ z areálu opatřený zařízením, které otevře pouze orientovaný člověk (například po vytkání vyznačeného číselného kódu), či nenápadný východ z oddělení.

Orientaci v čase je možné podpořit umístěním hodin do jednotlivých pokojů pacientů. Je však vhodné vybrat typ hodin, který nevydává žádný zvuk, tj. tikání, které může být pro pacienty značně rušivé zejména v noci. Podpořit pacientovu orientaci v čase lze i skrz zveřejnění přibližného harmonogramu dne v léčebně. Aby však mělo zveřejnění harmonogramu dne přínos i pro pacienta s kognitivní poruchou, je třeba dbát o jeho srozumitelnost.

Doporučení:

- **Vhodnými nástroji podpořit schopnost pacienta orientovat se v prostoru a čase.**

Denní místnost pro pacienty

Denní místnost pro pacienty patří, je-li zřízena, mezi základní provozní místnosti zdravotnického zařízení.²⁶ Je to prostor, který může sloužit k terapeutickým i soukromým aktivitám, k návštěvám příbuzných nebo ke společenskému styku mezi pacienty. Může zmírňovat nepohodlí pacienta způsobené větším počtem lůžek na pokoji, ale může být využita i k rehabilitačním činnostem, které byly často prováděny na lůžku nebo chodbách zařízení. Z provedených návštěv vyplynulo, že denní místnosti pro pacienty jsou opomíjeny, i když by, podle mého názoru, měly být standardem. Může to být důsledek nedostatku prostoru. Některá zařízení však denní místnost mohou zřídit pouhou změnou účelu místnosti.



Ukázky denních (a jídelních) místností v navštívených zařízeních

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

Doporučení:

- Zřídit denní místnost pro pacienty.

Prostor pro stravování

K nácviku samoobslužných činností pacienta patří i stolování. Pacient má právo stolovat v klidu a důstojně, má právo na společenský styk (blíže viz kapitola 14.1).

Jako jídelna pro chodící pacienty může sloužit denní místnost, pokud je zřízena.²⁷ Pokud denní místnost ani jídelna zřízeny nejsou, musejí být podmínky pro důstojné stolování vytvořeny na pokoji pacienta. Výbor ministrů Rady Evropy v této souvislosti požaduje, aby všichni pacienti, a to nejen chodící, mohli jíst u stolu.²⁸

”

způsob stolování
může mít pro
pacienta aktivi-
zační potenciál

“

Odpovídající způsob stolování může mít pro pacienta aktivizační potenciál. Jinak se u pacientů může prohlubovat pocit nesamostatnosti a závislosti na jiné osobě.

Zjištění z návštěv:

- Zařízení nemělo jídelnu ani vyčleněný prostor pro stolování, všichni pacienti jedli vsedě nebo vleže u příslušných stolků.
- Vyčleněný prostor pro stolování byl zároveň využíván jako odkládací plocha pro nejrůznější pomůcky a zdravotnický materiál.
- Počet židlí v pokoji byl nižší než počet zde umístěných pacientů.

Doporučení:

- Zajistit prostor pro důstojné stravování.

Uzavřená oddělení

Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí, zařízení jsou však zároveň povinna zajistit bezpečí poskytovaných služeb.²⁹ Některá zařízení se s těmito na první pohled protikladnými požadavky vypořádala tak, že vyčlenila zvláštní uzavřená oddělení pro pacienty, kteří bývají dezorientováni a hrozí u nich, že svévolně opustí zařízení, a vystaví se tak nebezpečí

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

28 Část 3.3, bod III. Rezoluce Výboru ministrů Rady Evropy ze dne 12. listopadu 2003, o stravování a nutriční péči ve zdravotnických zařízeních.

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

(viz kapitola 3.1). Pokud jsou na uzavřeném oddělení umístěni pouze tito pacienti, je vše v pořádku. Problém nastává ve chvíli, kdy je naplněna kapacita ostatních částí zařízení a všichni další nově přichozí pacienti jsou bez dalšího umísťováni na tato uzavřená oddělení. Tehdy je vhodné opatřit východ z oddělení dveřmi, jež bude orientovaný pacient schopen sám otevřít a oddělení kdykoliv opustit (například po vytkání vyznačeného číselného kódu).

Doporučení:

- **Zavést takový systém uzavření oddělení, jenž ve volném pohybu neomezí pacienty a další osoby, u kterých to není žádoucí.**

4) Úhrady v zařízení

Finanční spoluúčast pacienta na poskytované péči

Hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je pacientovi zpravidla plně hrazena ze zdravotního pojištění. V zařízení může existovat omezený počet pokojů, které budou nadstandardně vybaveny (televize za nadstandardní zařízení nepovažují). Pacient má mít možnost výběru, zda chce tyto pokoje využít a za nadstandardní vybavení pokoje si připlatit. V situaci, kdy jsou tyto pokoje pro pacienta jedinou možností nebo jejich vybavení výrazně nepřekračuje běžný ubytovací standard lůžkového zdravotnického zařízení, nelze vyžadovat úhradu od pacienta. Tím spíše nelze vyžadovat úhradu za pokoj s polohovacím lůžkem, neboť prostředky pro zajištění péče o imobilní pacienty, včetně polohovacího lůžka, patří mezi povinné vybavení lůžkového oddělení následně i dlouhodobé péče.³⁰ Stejně tak obstarání běžných záležitostí a pomoc při uplatňování práv pacienta by neměly být podmíněny platbou a v základním rozsahu by měly být poskytnuty v rámci sociální práce.

”

polohovací lůžko
nelze považovat
za nadstandard

“

Zjištění z návštěv:

- Zařízení nabízelo pacientům ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Podle ceníku na nástěnce „Platba za nadstandardní pokoje v LDN od 1. 1. 2014“ platí pacienti za trojlůžkový pokoj 40 Kč, dvoulůžkový pokoj 70 Kč a jednolůžkový pokoj 100 Kč za osobu na den. Primář uvedl, že rozdíl v ceně pokojů spočívá v určitém nadstandartu (např. více programů v TV, v možnosti připojení na internet apod.). Na internetových stránkách zařízení bylo uvedeno: „Poplatek za nadstandardní pokoje: (vybavení: TV, WIFI, lednice, polohovací lůžko, rádio s CD přehrávačem).“ Z ceníku na nástěnce však bylo patrné, že cena byla určena podle

30 Část II, body 3.1 a 4 přílohy č. 4 k vyhlášce o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.

počtu lůžek na pokoji. Primář uvedl, že úhrada není účtována v šesti pokojích, ve zbytku ano. Dotázaní pacienti neměli možnost zvolit si mezi standardním a nadstandardním pokojem. Rozdíl mezi standardním a nadstandardním pokojem nebyl zřejmý, neboť všechny pokoje byly přibližně stejně vybaveny a nebyly patrné žádné větší odlišnosti.

- Zařízení nabízelo pacientům ubytování v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Všechny pokoje byly vedeny jako nadstandardní. Nadstandardní služby spočívaly ve vybavení pokoje polohovací postelí, sociálním zařízením, televizorem a připojením na internet. Za nadstandardní byla považována i úprava pokoje pro imobilní pacienty. Úhrada pacienta za dvoulůžkový pokoj byla stanovena na částku 300 Kč za den, za jednolůžkový pokoj na částku 500 Kč za den. Mimoto měl pacient možnost sjednat si za úhradu také přidělení klíčového pracovníka pro pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Zařízení nedisponovalo žádným jiným než nadstandardním pokojem, a pobyt zde byl tedy vždy vázán na finanční spoluúčast pacienta.

Doporučení:

- **Nepodmiňovat hospitalizaci pacienta v zařízení jeho finanční spoluúčastí.**

Dary od pacientů

Občanský zákoník omezuje možnost ujednání o darování mezi pacientem a poskytovatelem. „Darování osobě, která provozuje zařízení, kde se poskytují zdravotnické nebo sociální služby, anebo osobě, která takové zařízení spravuje nebo je v něm zaměstnána, je neplatné, stalo-li se v době, kdy dárce byl v péči takového zařízení nebo jinak přijímal jeho služby“.³¹ Umístění ve zdravotnickém zařízení je způsobilé zásadně ovlivnit dárce vůli, neboť v něm může vyvolat pocit závislosti na zařízení nebo potřebu odvděčení se za poskytované služby. Občanský zákoník citovaným ustanovením současně brání situacím, kdy neposkytnutí daru pacientem povede ke zhoršení péče nebo dokonce k jejímu odepření.

Zjištění z návštěv:

- Zařízení hned při přijetí pacienta, resp. při prvním kontaktu s jeho rodinou či blízkými, nabízelo uzavření darovací smlouvy. Nabídka uzavření darovací smlouvy souvisela s příplatky za ubytování na pokoji s méně lůžky. Pacienti však ze způsobu podání nabídky na uzavření darovací smlouvy dovodili, že smlouvu uzavřít musejí.

Léčebny dlouhodobě nemocných se musejí vypořádat s řadou finančních obtíží. Případný dar od pacienta však musí být dobrovolný, bez očekávání protiplnění a o dar lze požádat až po propuštění pacienta. Vyzývat pacienta jakoukoliv formou, aby poskytl zařízení finanční dar již v době poskytování péče v zařízení, je v rozporu s dobrými mravy a jako praxe zařízení zcela nepřipustná, i kdyby rozhodnutí pacienta neovlivňovalo kvalitu poskytované péče.

31 Ustanovení § 2067 odst. 1 občanského zákoníku.

Doporučení:

- Žádat a přijímat dary od pacienta lze až po jeho propuštění.

Stížnosti, vnitřní řád

Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení.³² Vnitřní řád upravuje základní práva a povinnosti pacienta ve vztahu k zařízení.

Jedním z těchto práv je i právo pacienta podat stížnost na postup poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami.³³ Zařízení musí mít vypracovaná pravidla pro vyřizování stížností a ta zveřejněna na veřejně přístupném místě v zařízení a na svých internetových stránkách.³⁴ Stížnostní mechanismus představuje základní obranu pacienta v oblasti poskytování zdravotních služeb a zároveň často nejjednodušší způsob zajištění nápravy.

”

léčebna musí
mít vypracovaná
pravidla pro vyřizování stížností

“

Zjištění z návštěv:

- Vnitřní řád ani stížností pravidla nebyly vypracovány, případně nebyly pacientovi dostupné.
- Dokumenty zařízení obsahem i pojmenováním hovořily o podmínkách poskytování sociálních služeb, nikoliv zdravotních. Toto může v pacientovi i příbuzných vyvolávat mylný dojem, že zařízení poskytuje sociální, nikoliv zdravotní služby.
- Na zdi chodby v jednom z pater léčebny visela cedule, která informovala, že se lze obrátit na klientské centrum. Informovala o možnosti vyplnit anonymní dotazníky a rovněž uváděla, že na každém oddělení jsou sběrné dřevěné schránky. Schránky však nikde umístěny nebyly. Dle sdělení zaměstnanců léčebny byla tabule několik desítek let stará a klientské centrum již nějakou dobu neexistovalo.
- Mechanismus vyřizování stížností byl nejasný a zcela neformální. Dle sdělení personálu byly stížnosti adresovány obvykle primáři, lékařům nebo vrchní sestře a poté diskutovány na poradách.
- Stížnostní mechanismus nahrazovala kniha přání a stížností uložená u vrchní sestry.

S ohledem na charakter jednotlivých dokumentů považuji za důležité, aby vnitřní řád i stížnostní pravidla byly pacientovi snadno dostupné nejenom v okamžiku jeho přijetí k hospitalizaci, ale i během celého jeho pobytu v léčebně, a to ve srozumitelné podobě.

K tomu je možné využít nástěnek na jednotlivých patrech, umístit dokumenty do denních místností, jídelen, ale i na jednotlivé pokoje pacientů. Dokumenty by pacientovi měl na jeho žádost poskytnout také personál zařízení.

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

33 Ustanovení § 93 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

34 Ustanovení § 93 odst. 4 písm. a) zákona o zdravotních službách.

Stížnostní mechanismus by měl být jasný a přezkoumatelný. Pokud stížnost není anonymní, musí vedení zařízení pacienta do 30 dnů vyrozumět o způsobu jejího vyřízení.³⁵

Doporučení:

- Zpřístupnit pacientovi vnitřní řád a pravidla pro vyřizování stížností.

6) Udělování souhlasu s hospitalizací a souhlasu s poskytováním zdravotních služeb

Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem.³⁶ Za zdravotní služby je přitom třeba považovat jakoukoliv zdravotní péči a další úkony definované v § 2 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

Zákonem stanovený postup poskytovatele při získávání souhlasu pacienta s hospitalizací a poskytováním zdravotních služeb je blíže popsán v příloze č. 1 této zprávy.

Úkony, k nimž je potřeba souhlasu pacienta

Zákon stanoví, že písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví zvláštní právní předpis nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel.³⁷ Ten má povinnost zpracovat seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí vyžaduje písemný souhlas.³⁸

V některých zařízeních pacient uděluje již při nástupu k hospitalizaci souhlas k některým konkrétním úkonům, které mu během hospitalizace mohou být provedeny. Jedná se například o zavedení/výměnu permanentního močového katetru, odběry krve, vakcinaci a infuze či vyšetření per rektum. Souhlas pacienta v takovém případě nelze považovat za informovaný, a tedy platný. Vycházím z toho, jaké nároky na poskytnuté informace klade zákon o zdravotních službách. Ty jsou obsáhlé jak s ohledem na informaci o možných komplikacích nebo alternativách, tak i vzhledem k nutnosti zohlednit individuální situaci pacienta a jeho zdravotní stav.³⁹ Pacient má být před vyslovením souhlasu s určitým úkonem informován o svém zdravotním stavu, což nelze činit předběžně a bez znalosti jeho vývoje.

”

souhlas pacienta
musí být
svobodný
a informovaný

“

35 Ustanovení § 93 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách.

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

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

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

39 Ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách.

Předběžně a plošně udělený souhlas tak může být snadno zpochybněn. Správně, pokud je některý z předem odsouhlasených zákroků zvažován, musí být zjišťován aktuální postoj pacienta.

Doporučení:

- Mít zpracovaný seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí se v zařízení vyžaduje písemný souhlas.
- Žádat souhlas pacienta (případně jiné oprávněné osoby) s poskytnutím zdravotních služeb vždy, když mu zdravotník navrhuje provedení konkrétního úkonu péče, ke kterému má být souhlas poskytnut.

Vícepoložkové formuláře souhlasu s hospitalizací

V některých zařízeních uděluje pacient spolu se souhlasem k hospitalizaci souhlas například s pořizováním a vedením fotodokumentace dekubitů, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání nahlížely do pacientovy zdravotnické dokumentace, či se zveřejněním informací získaných v souvislosti s léčbou ve vědeckých publikacích. V takovém případě je nutné dbát o to, aby pacient vyplnil všechna pole formuláře, a bylo tak možné zjistit, s čím souhlasí a s čím naopak ne. V opačném případě může později kdokoli do formuláře cokoliv doplnit. Všechna pole formuláře musejí být vyplněna anebo pro případ, že pacient na věc nemá názor, proškrtnuta. Platí přitom, že pokud se pacient k dané složce péče nevyjádří, má se za to, že s ní nesouhlasí.

Doporučení:

- Řádně vyplňovat jednotlivá pole ve formuláři pro udělování souhlasu s hospitalizací, aby bylo zřejmé a průkazné, s čím pacient souhlasí či nesouhlasí.

Pacient přicházející z oddělení akutní péče

Za problematickou považují rovněž praxi, kdy zařízení nepožaduje souhlas s hospitalizací od pacienta, který přichází z oddělení akutní péče stejného zařízení. Důvodem je zejména odlišný charakter péče, která je poskytována na akutním oddělení a v léčebně dlouhodobě nemocných. Mění se obsah a cíl péče a pacient musí mít možnost další hospitalizaci odmítnout. Pokud překlad neprovází žádný formální úkon, může se snadno stát, že pacient nebude informován a dotázán na svůj postoj. Hospitalizace pacienta je z pohledu zákona možná zásadně pouze s jeho (nebo opatrovníkovým) souhlasem, jinak na základě přivolení soudu. Je proto nutné i u pacienta překládaného z jiného oddělení vyžadovat souhlas s hospitalizací. Alternativou může být průkazný záznam v dokumentaci s vymezením individuálního léčebného postupu plánovaného pro pobyt v léčebně a s podpisem pacienta.

Doporučení:

- Požadovat souhlas s hospitalizací také u pacientů, kteří do léčebny přicházejí z některého z oddělení akutní péče nemocnice, jejíž součástí je LDN, a mít jej zdokumentovaný.

Předběžná prohlášení a dříve vyslovená přání

Při poskytování zdravotních služeb je třeba umožnit pacientům vyslovit předběžné prohlášení⁴⁰ či dříve vyslovené přání⁴¹, a ty poté respektovat. Oba instituty považují za dobrý nástroj v případech, kdy se pacient obává, že v budoucnu nebude pro svůj zdravotní stav schopen spolurozhodovat o podobě léčby, přestože by si to přál. Během návštěv zaměstnanci Kanceláře zjistili, že lékaři (a zdravotničtí pracovníci obecně) nejsou dostatečně obeznámeni s instituty dříve vysloveného přání a předběžného prohlášení. Jedná se o relativně nové instituty, které byly do české právní úpravy začleněny na základě mezinárodních závazků České republiky. Očekávám však, že je pacienti budou využívat stále častěji, a proto poskytovatelům zdravotnických služeb doporučuji, aby personálu v této oblasti zajistili proškolení.

Doporučení:

- Vzdělávat personál v oblasti předběžných prohlášení a dříve vyslovených přání.

7) Pacient s omezenou svéprávností

Zákon o zdravotních službách stanoví u pacienta s omezenou svéprávností zvláštní pravidla pro udělování souhlasu s poskytováním zdravotních služeb.

Předně je třeba říci, že samotné omezení svéprávnosti neznamená, že lze rozhodovat za pacienta. Pro postup poskytovatele je rozhodující rozsah omezení⁴² a aktuální schopnost pacienta vnímat informace a vyjádřit svůj názor.

Poskytovatel zdravotních služeb musí nejprve zjistit, zda se omezení svéprávnosti vztahuje na oblast poskytování zdravotních služeb. Pokud ne, uděluje souhlas pacient. Pokud ano, je poskytovatel

”

omezení
svéprávnosti
neznamená, že
lze rozhodovat
za pacienta

“

⁴⁰ Ustanovení § 38 až 44 občanského zákoníku.

⁴¹ Ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách.

⁴² Zákon používá zkratku „pacient s omezenou svéprávností“ pro případy, kdy svéprávnost pacienta byla omezena tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí [§ 28 odst. 3 písm. e) bod 2 zákona o zdravotních službách].

(lékař) povinen zjistit názor pacienta na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, pokud je to přiměřené jeho rozumové a volní „vyspělosti“.⁴³ Tato povinnost platí i v případě, že souhlas neuděluje pacient, ale jeho opatrovník. Mohou ale nastat situace, kdy u pacienta s omezenou svéprávností nebude souhlas opatrovníka stačit, pokud bude pacient vážně odporovat zásahu do své integrity.⁴⁴

Také podávání informace o zdravotním stavu ve smyslu § 31 odst. 1 zákona o zdravotních službách není vázáno na svéprávnost pacienta; léčebna má povinnost informovat všechny pacienty, kromě těch, kteří nejsou vůbec schopni v důsledku svého zdravotního stavu informace vůbec vnímat.⁴⁵

Informace o omezení svéprávnosti musejí být vždy podložena rozhodnutím soudu. Získat všechny podklady jistě není snadné, z pouhé informace o omezení svéprávnosti nelze dovodit, jak má poskytovatel zdravotních služeb postupovat. Proto je nutné vždy usilovat o její upřesnění a stav věcí dokumentovat (vyžádat si kopii relevantního rozhodnutí od pacienta či jeho opatrovníka).

Znalost rozsahu omezení svéprávnosti a povědomí o tom, kterých pacientů se omezení týká, jsou důležité nejen pro oblast udělování souhlasů s poskytovanou zdravotní péčí. V zařízení proto musí být dostatečně nastaven systém výměny informací mezi zdravotně-sociálním pracovníkem a ostatním zdravotnickým personálem.

Zjištění z návštěv:

- Personál věděl, že je pacient omezen ve svéprávnosti, ale neznal přesný rozsah tohoto omezení; u některých pacientů nebylo možné v dokumentaci dohledat kopii rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti a/nebo o ustanovení opatrovníka.
- Zdravotnický personál v jednom z navštívených zařízení uváděl, že by počet osob omezených ve svéprávnosti měla znát sociální pracovnice. Ta naopak uváděla, že ona tento údaj znát nemusí, že to ví hlavně na oddělení.

Doporučení:

- **Respektovat zákonnou úpravu udělování souhlasů s poskytováním zdravotních služeb u pacienta s omezenou svéprávností.**
- **Zjišťovat a zaznamenávat rozsah omezení svéprávnosti pacienta.**
- **O omezení svéprávnosti (včetně jeho rozsahu) informovat všechny pracovníky, kteří s tímto pacientem přicházejí do styku.**

43 Ustanovení § 35 odst. 1 a odst. 4 zákona o zdravotních službách.

44 Dle § 100 odst. 1 občanského zákoníku platí, že má-li být zasaženo do integrity nezletilého, který dovršil čtrnáct let, nenabyl plné svéprávnosti, a který zákroku vážně odporuje, třebaže zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. To platí i v případě provedení zákroku na zletilé osobě, která není plně svéprávná.

45 Ustanovení § 31 odst. 4 zákona o zdravotních službách.

8) Lékařské tajemství, zachování mlčenlivosti

Mezi základní práva pacienta patří právo na respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.⁴⁶ Tomuto právu pacienta odpovídá povinnost poskytovatele a zákonem vymezených dalších osob zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb pacientovi.⁴⁷

Povinnost zachovávat mlčenlivost se vztahuje ke všem skutečnostem, tj. pojmu podstatně širšímu, než je pouze zdravotní stav pacienta. Zahrnuje podrobnosti o rodinném životě pacienta a jeho zázemí, finanční situaci, předchozích hospitalizacích apod.

Porušení povinnosti mlčenlivosti je správním deliktem, za který lze uložit pokutu až 1.000.000 Kč,⁴⁸ dopad porušení na pacienta však může být podstatně zásadnější.

Vizity

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



Místo vhodné pro soukromé rozhovory s lékařem

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

47 Ustanovení § 51 odst. 1 a 5 zákona o zdravotních službách.

48 Ustanovení § 117 odst. 3 písm. d) a odst. 4 písm. a) zákona o zdravotních službách.

Zjištění z návštěv:

- Téměř ve všech navštívených zařízeních probíhaly vizity na pokojích za přítomnosti ostatních pacientů. Lékař sděloval pacientům diagnózu na pokojích v přítomnosti jiných pacientů. Všichni, kdo byli v lůžku, tak slyšeli, co lékař a ostatní zdravotníci říkají o zdravotním stavu pacienta (co ho čeká, jaká budou provádět vyšetření apod.).
- Personál řešil zdravotní stav před vstupem do pokoje pacienta při trvale otevřených dveřích do pokojů.
- Na pokojích probíhalo také vyšetření pacienta a předávání instrukcí o dalším léčebném postupu mezi zdravotnickými pracovníky.
- V zařízení nebylo dostatek prostor, kde by mohl lékař s pacientem (a případně jím určenými osobami) vést soukromý rozhovor.
- S pacienty se nevedly vůbec soukromé rozhovory o jejich zdravotním stavu.

V popsanych případech slyší osobní a citlivé informace o pacientovi běžně i ostatní pacienti. Ke sdělování informací lze přistupovat šetrněji. Zdravotníci, kteří se vizity účastní, si citlivé informace o pacientovi mohou sdělit předem v soukromí pracovny a na návštěvě na pokoji se o nich již zbytečně nezmiňovat. Chodícím pacientů by taktéž měla být nabídnuta možnost probrat osobní a citlivé informace jinde než na pokoji.

Naproti tomu nic nenamítám proti řádnému označení lůžka jménem a příjmením pacienta, neboť toto opatření předchází nebezpečí záměny pacientů například při podávání léků.

Doporučení:

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

Informování blízkých o zdravotním stavu pacienta

Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace a současně může určit, zda mohou vyslovit namísto něho souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pacient může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určit osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat.⁴⁹

Záznam o přání pacienta je součástí jeho zdravotnické dokumentace; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Součástí záznamu je rovněž sdělení pacienta, jakým způsobem mohou být informace

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

o jeho zdravotním stavu sdělovány,⁵⁰ tj. zda ústně, telefonicky, nebo písemně. Volba záleží pouze na pacientovi a je limitována pouze důvodnými překážkami na straně léčebny. Je třeba mít na zřeteli, že někteří pacienti mají rodinu či blízké ve značné vzdálenosti od zařízení, případně v zahraničí. I ti mají právo na podání informace o zdravotním stavu pacienta, pokud s tím on sám souhlasí. Využitím vhodného způsobu kontaktu zařízení předejde jejich znevýhodňování.

Praxe, kdy zařízení limituje počet osob, které mohou být informovány o zdravotním stavu pacienta, nebo neumožňuje pacientovi vybrat způsob sdělování informací třetím osobám, je protizákonná.

Za dobrou praxi naopak považují možnost získat informace o aktuálním zdravotním stavu pacienta ze strany oprávněných osob po telefonu, a to na základě osobně smlouvaného a ve zdravotnické dokumentaci řádně zaznamenaného hesla.

Doporučení:

- Výběr osob, které mohou být informovány o zdravotním stavu pacienta, ponechávat zcela na pacientovi a neomezovat počet těchto osob ani způsob podání informací.

9) Pacient jako partner

Celkový přístup pracovníků k pacientovi by se měl odvíjet od úcty k člověku jako takovému a od vědomí, že pacient není osobou, která se v zařízení ocitla bez předchozích životních zkušeností a bez budoucnosti. Bez ohledu na stav intelektu a komunikační schopnosti je třeba pohlížet na pacienta jako na úctyhodnou osobnost, a tím způsobem s ním i jednat.



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

Komunikace mezi personálem s pacientem

Častým jevem v zařízeních pečujících o starší osoby je jejich infantilizování. V navštívených zařízeních personál s pacienty komunikoval v pozitivním duchu, přesto zaměstnanci Kanceláře zaznamenali občasné nevhodné používání zdrobnělin, familiární oslovení, nebo oslovení v množném čísle.

Zjištění z návštěv:

- Zaměstnanci Kanceláře zaznamenali tato oslovení:
„Copak beruško, papejte hezky.“
„hoši“, „broučku“, „holčičky“, „ženušky“, „berušky“,
„sluníčko“, „kočičky“, „zlatíčka“, „děvčátka“, „kočko“
„Karolínko“ (či jakákoliv zdrobnělina křestního jména)
„Budeme bumbat.“
„Otevřeme pusku.“
„Pojďte maďam, budeme papat.“
- Zaměstnankyně léčebny, poté co objevila silně znečištěné WC a okolní podlahu, vběhla na pokoj pacientů a nevhodným způsobem se dotazovala pacientů, kdo to udělal.

”
oslovování
pacientů
zdrobnělinami je
nutné odmítnout
“

Ačkoliv může oslovování zdrobnělinami vyjadřovat pozitivní vztah personálu k pacientovi, je nutné je odmítnout. Pacient je dospělý člověk a stavění do role dítěte, používání zdrobnělin či intimních oslovení, je nevhodné. Pacient je v závislém postavení, styl komunikace nastavuje personál. Oslovení zrcadlí postoj personálu k pacientovi. Uvedený trend staví pacienta do role dítěte a zneschopnění a hluboce zasahuje do jeho důstojnosti.

Doporučení:

- **Dbát o korektní oslovování pacienta a vhodnou komunikaci, nestavět jej do role dítěte, nepoužívat k jeho oslovování zdrobněliny.**

Označení personálu

Pacient má právo znát jméno a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání.⁵¹ Jinými slovy, pacient má právo vědět, kdo o něj pečuje a personál má odpovídající povinnost být řádně označen jménem a příjmením a minimálně hůře orientovaným pacientům se představovat. Orientaci pacienta výrazně zjednodušuje i barevné odlišení jednotlivých skupin zdravotníků. Aby význam barevného odlišení plnil svůj účel, musí být pacientovi znám (například formou jeho vysvětlení na nástěnce). Složení týmu (jméno a pracovní zařazení) by mělo být rovněž přehledně vyvěšeno na místě v zařízení, kde se pacienti běžně pohybují.

51 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. g) zákona o zdravotních službách.

Zjištění z návštěv:

- Někteří pracovníci se při prvním setkání představovali, jiní nikoliv; zdravotníci se nepředstavovali ani před prováděným zdravotním úkonem.
- Někteří pracovníci byli označeni jménem, jiní pouze názvem pracovní pozice.
- Cedulky se jmény pracovníků byly pro pacienty obtížně čitelné.
- Oděv jednotlivých skupin zdravotníků nebyl barevně rozlišen.
- Pacienti se v barevném odlišení jednotlivých skupin zdravotníků neorientovali.

Doporučení:

- **Dbát o to, aby se pacientovi minimálně při prvním kontaktu každý pracovník představil.**
- **Dbát o řádné označení pečujícího personálu.**

Zapojení pacienta do provádění hygieny

Provádění hygieny má vycházet z potřeb pacienta. Teprve není-li pacient schopen či ochoten sám se umýt, převezme personál celou péči. Podpora soběstačnosti pacienta by měla být vždy jedním z hlavních cílů poskytované péče v zařízení.

Zjištění z návštěv:

- Personál prováděl hygienu bez zapojení pacienta, a to bez ohledu na jeho soběstačnost či schopnosti.
- Pacientce, která byla v zařízení druhý den, se pracovník ani nepředstavil, nehovořil s ní, jen ji připravil a odvezl do sprchy.
- Probíhala ranní hygiena a pracovníci převáželi pacienty do sprch. Pracovníci se mezi sebou bavili o svých osobních záležitostech a na pacienta vůbec nemluvili. Pacient tak nevěděl, co bude následovat, jak bude pracovník postupovat a co bude pacient muset strpět.

”
asistence cizí
osoby při provádění
hygieny je
pro mnohé
pacienty stresující
“

Provádění hygieny s asistencí další osoby je pro mnohé pacienty stresová situace. Personál by proto měl s pacientem citlivě komunikovat a vyzývat jej k co největší míře spolupráce. Současně by měl personál přistupovat k pacientovi při provádění úkonů souvisejících s hygienou ohleduplně a diskrétně. Pouze takový přístup personálu podporuje pocit důstojnosti pacienta, jeho soběstačnost a zároveň omezuje pacientovu závislost na poskytované péči.

Doporučení:

- Podporovat soběstačnost pacienta při provádění hygieny, během provádění hygieny s ním komunikovat.

Odebírání občanských průkazů a průkazů pojištěnce

V průběhu návštěv se zaměstnanci Kanceláře setkali s praxí plošného odebírání občanského průkazu a průkazu pojištěnce (dále jen „průkazy“) při nástupu pacienta do léčebny. Průkazy byly v takovém případě založeny do zdravotnické dokumentace pacienta, kde byly dostupné personálu, který s dokumentací pracuje.

Za nevhodné považují jak plošné odebírání průkazů, tak jejich následné ponechání ve zdravotnické dokumentaci pacienta. V odůvodněných případech, kdy odebrání průkazů vede k ochraně pacienta proti jejich zneužití (například pacient s demencí), je odebrání průkazů možné. Ostatním pacientům je vhodné tuto možnost pouze nabídnout, neboť ti k jejich uskladnění mohou využít uzamykatelného prostoru, který by měli mít k dispozici.⁵² V případě odebrání průkazu pacienta je nutné jej uložit tak, aby k němu neměly přístup třetí osoby.

”

plošné odebírání
průkazů považují
za nevhodné

“

Doporučení:

- Omezit plošné odebírání občanských průkazů a průkazů pojištěnce.
- Odebrané průkazy zajistit tak, aby nemohlo dojít k jejich zneužití.

10) Návštěvy

Časové ohraničení návštěv

Přijímání návštěv je realizací základního lidského práva na soukromý a rodinný život. Pacient má právo přijímat návštěvy v léčebně v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů.⁵³ Vnitřní řád by měl toto právo respektovat a omezovat je pouze v důvodných případech souvisejících s chodem zařízení. Zaměstnanci Kanceláře se setkali převážně se vstřícnou praxí zařízení,

⁵² Část I, bod 1 a 12 přílohy č. 4 k vyhlášce o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.

⁵³ Ustanovení § 28 odst. 3 písm. i) zákona o zdravotních službách.

kteřá pacientovi umožňovala po domluvě s personálem přijímat návštěvy i po stanovených návštěvních hodinách. Tento přístup oceňují, existovaly z něj však výjimky.

Zjištění z návštěv:

- Návštěvní hodiny byly od 14:00 do 18:00 hodin. Po této době mohly návštěvy probíhat pouze se souhlasem ředitele zařízení. Ten nemusel být v léčebně přítomen neustále, což mohl být problém zejména v případě návštěv u umírajících pacientů.
- Nebyly zřejmé podmínky, za nichž může návštěva probíhat i po návštěvních hodinách.
- V případě umírajícího pacienta neměla jeho návštěva možnost v zařízení přespat.

Možnost navštěvovat pacienta v odůvodněných případech i mimo návštěvní hodiny považují za standard, jelikož ne vždy je možné či žádoucí, aby se blízcí pacienta přizpůsobovali režimu zařízení, který je stanoven jednotně. Současně by měly být podmínky, za nichž může návštěva proběhnout i mimo návštěvní hodiny, známy jak pacientovi, tak jeho blízkým a jejich splnění dosažitelné. Za vstřícný přístup považují možnost po domluvě s personálem navštívit pacienta kdykoliv. Zvláště citlivě by zařízení měla postupovat v případě návštěv u umírajícího pacienta (viz kapitola 23).

Doporučení:

- Umožnit blízkým pacienta setrvat v zařízení i mimo návštěvní hodiny a aktivně o této možnosti pacienty i jejich blízké informovat.

Prostředí pro návštěvy

Dalším krokem při naplňování práva pacienta na přijímání návštěv je vytvoření důstojných podmínek a soukromí při návštěvách. Návštěvní místnost (společenská místnost nebo víceúčelový prostor) by měla být zřízena tak, aby byla dostupná i pacientovi s omezenou pohyblivostí. Návštěvy mohou současně probíhat na pokoji, a to za předpokladu, že budou co nejméně rušit ostatní pacienty.

Zjištění z návštěv:

- Návštěvní místnost byla v léčebně k dispozici, dle sdělení personálu a pacientů se však nevyužívala, návštěvy chodily na pokoje pacientů. Stísněné pokoje neposkytovaly návštěvám dostatek prostoru a návštěvy mohly rušit ostatní pacienty na pokoji.
- V zařízení nebyla k dispozici návštěvní místnost, návštěvy mohly probíhat pouze na pokojích za přítomnosti ostatních pacientů, nebo na chodbě zařízení. Návštěva neměla dostatek soukromí, pacient nemohl být se svými blízkými o samotě.

”

léčebna by měla zajistit důstojné podmínky pro uskutečňování návštěv

“

- Návštěva na pokoji se neměla ani kam posadit, k posezení pro návštěvu bylo využito přenosné toaletní křeslo.

Doporučení:

- **Zajistit soukromí a důstojné prostředí pro návštěvu.**

11) Soukromí na pokoji, při hygieně, na toaletě

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

Zjištění z návštěv:

- V době návštěv seděla pacientka na přenosném toaletním křesle při otevřených dveřích na chodbu a zároveň na pokoj přicházela návštěva jiného pacienta.
- Vyměšování pacientů probíhalo před zraky ostatních pacientů.
- V průběhu toho, kdy jeden pacient konal potřebu na přenosném toaletním křesle, jinému byla podána strava. Toaleta nebyla nijak oddělena.
- Pokoje v zařízení byly šestilůžkové. Hygienu prováděl personál vždy u všech pacientů najednou. Pacienti leželi obnaženi na posteli, každého umýval jeden sanitář či sanitářka, bez ohledu na pohlaví pacientů na pokoji. Zástěny nebyly použity, dveře od pokoje byly otevřeny. Intimní partie pacientů tak mohl spatřit kdokoli.
- Pacienti byli při převážení do koupelny obnaženi, případně v košili zavazované za krkem (tzv. anděl). Při přesunech na vozíku nebo při cvičení v tomto oděvu byl pacient vystaven pohledům ostatních na hýždě a genitálie.
- V důsledku nedostatečného oděvu byli někteří pacienti v lůžku odhaleni i na intimních místech. Pacientka byla v noční košili převážena na lehátko do sanitky. Při přesunu na chodbě křičela, ať na ni hodí aspoň deku, že nemá ani kalhotky.
- Soběstační pacienti, kteří byli schopni dojít do koupelny, byli v koupelně vždy pod dozorem ošetřovatelského personálu. Pravidlo bylo uplatňováno plošně, přítomnost zdravotnického personálu nebyla při sprchování každého pacienta důvodná.
- Soběstační pacienti neměli podmínky pro samostatné provádění hygieny. V pokojích nebyla umyvadla a v zařízení nebyl dostatečný počet sprch. V době ranní hygieny pacient vyšel z pokoje na chodbu k umyvadlu, sundal noční košili a nahý se zde umýval.
- Pacient čekal obnažen na lůžku před zraky dalších osob, než mu ošetřovatel vymění pleny.

Popsaným pochybením lze předejít částečně již důsledností personálu (klepání při vstupu do pokoje, důsledné zavírání dveří, využívání zástěn, vyzvání pohyblivých pacientů, aby opustili pokoj, omezení přítomnosti personálu u hygieny soběstačných pacientů). Ve zbytku je třeba přijmout opatření, použitelná



Zástěna vhodná pro zajištění soukromí na pokoji

v každodenní ošetrovatelské praxi, která umožní zastínění pacienta v choulostivé situaci. Na roveň je tak postaveno materiální zabezpečení léčebny, ohleduplný a důsledný přístup personálu a nastavení pracovních úkolů zaměstnanců tak, aby při své práci mohli pacientovi zabezpečit soukromí. I při sebelepší zdravotní péči dochází k zásahům do důstojnosti a základního práva pacientů na soukromí kvůli nedostatkům v materiálním vybavení ve spojení s nevhodně nastaveným pracovním tempem ošetrovatelského personálu.

Doporučení:

- Zajistit takové materiální podmínky, které umožní soukromí pacientů na pokoji při provádění hygieny, při použití pokojové toaletní židle či při ošetrovatelských úkonech (například zajištěním a používáním zástěn); nastavit pracovní úkoly zaměstnanců tak, aby pacientům mohli zabezpečit soukromí.
- Ohleduplným přístupem personálu bránit zásahům do intimity pacientů (zavírání dveří, klepání při vstupu do pokoje, zakrytí člověka, odvrácení se, vyzvání ostatních pacientů k odchodu z místnosti); dbát na důslednost pracovníků.
- Zajistit soběstačným pacientům možnost samostatného provádění hygieny, a to v soukromí.
- Pacienty do koupelny převážet oblečené.

12) Volnost pohybu, zajištění bezpečí

Volnost pohybu pacienta lze omezit jen za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a pouze po dobu, po kterou ohrožení trvá.⁵⁴ K omezení pacienta v pohybu lze použít:

- **omezovací prostředky**, například omezovací pásy, kurty nebo psychofarmaka,
- **úkony a nástroje zdravotní (především ošetrovatelské) péče**, které mají pomoci zajistit bezpečí a pohodlí pacienta, například postranice, a
- **režimová opatření**, jako je například zákaz opouštět oddělení po určité noční hodině.

Omezovací prostředky

Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí.⁵⁵ Každé použití omezovacího prostředku představuje zásah do základního práva pacienta na zachování tělesné a duševní integrity, a proto je možné až poté, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity jiné mírnější postupy (s výjimkou případu, kdy by použití mírnějšího postupu zjevně nevedlo k odvrácení bezprostředního nebezpečí). Zároveň platí, že musí být vždy zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.⁵⁶



Omezovací prostředky by měly být až nejzazší variantou řešení krize

U pacienta, jehož zdravotní stav by mohl vyžadovat použití omezovacího prostředku, doporučuji vypracovat a vést ve zdravotní dokumentaci individuální plán zvládnutí neklidu. Plán by měl obsahovat informace o tom, jak neklidu předcházet, jak na něj reagovat v případě, že nastane, případně jak bezpečně a co nejšetrněji omezovací prostředek použít. V případě použití omezovacího prostředku doporučuji následně jeho použití analyzovat a zohlednit při naplňování plánu péče.

54 Ustanovení § 39 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

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

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

Zákon stanoví, že každé použití omezovacího prostředku, včetně důvodu jeho užití, musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.⁵⁷ Dle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci by měl záznam obsahovat:

- A.** záznam o indikaci omezení, včetně specifikace druhu, způsobu a účelu omezení, stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu,
- B.** čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku,
- C.** záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku,
- D.** záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení,
- E.** v případě výskytu komplikací jejich popis,
- F.** jméno (popřípadě jména) a příjmení zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval; v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, také jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku dodatečně informován,
- G.** v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy ji potvrdil,
- H.** informaci o tom, že byl zákonný zástupce pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilého pacienta informován o použití omezovacích prostředků.⁵⁸

Zjištění z návštěv:

- V praxi se zaměstnanci Kanceláře nejčastěji setkávali s tím, že záznam neobsahoval dobu použití omezovacího prostředku (resp. dobu zahájení a dobu ukončení jeho použití), informace o kontrolách, v některých případech ani informace o tom, kdo omezovací prostředek indikoval a jakým způsobem.
- V dokumentaci pacienta jednoho zařízení zaměstnanci Kanceláře našli pouze tyto strohé záznamy o použití omezovacích prostředků: „Večer se jeví zmatený, neklidný, i přes kurtaci si tahá pleny.“, „Mírný neklid, trhá kurty.“, „Opět agresivní, nutná kurtace.“, „Zmatený, agresivní, nespupracuje, nutná kurtace – nebezpečí pádu.“

Poskytovatel je dále povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť; identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití.⁵⁹

Problematickou je také otázka indikace omezovacího prostředku. Zákon stanoví, že omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob⁶⁰ a že o indikaci rozhoduje vždy lékař.⁶¹

” poskytovatel je povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků “

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

58 Ustanovení § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

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

60 Ustanovení § 39 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.

61 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.

Zjištění z návštěv:

- Lékaři indikovali použití kurtů pro futuro, např. „dle potřeby“ či „v případě neklidu“ a ponechávali na nelékařském personálu, který aktuálně slouží, aby stav pacienta vyhodnotil a zvážil případné použití kurtu. Této možnosti personál využíval zejména ve večerních a nočních hodinách, kdy lékař nebyl bezprostředně přítomen.

Při praxi popsané výše ponechává lékař rozhodnutí o použití (tedy de facto indikaci) na nelékařských pracovnících, což je, podle mého názoru, v rozporu se zákonem. Nelékařský pracovník může omezovací prostředky indikovat pouze ve výjimečných případech vyžadujících neodkladné řešení; lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku bezodkladně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení.⁶² Zařízení žádám, aby respektovala požadavek na výjimečnost, zajistila dosažitelnost lékaře, a nečinila tak z výjimečných případů standard.

Doporučení:

- Omezovací prostředky používat jen v nejnutnějších případech.
- Zpracovávat individuální plány zvládnutí neklidu.
- Záznam o použití omezovacího prostředku činit v souladu s požadavky vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.
- Vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků.
- Vyhnout se indikacím omezovacích prostředků do budoucna a převádění lékařských kompetencí na nelékařský personál.

Léky s tlumícím účinkem

Podání léků s tlumícím účinkem podle okolností představuje buď omezovací prostředek, nebo ad hoc podání léku, které lékař předepsal pro určité předem předvídané situace v rámci medikamentózní léčby onemocnění pacienta. Pokud je účelem podání léku omezení pacienta v pohybu (zabránění mu v chůzi, ve vstávání z lůžka, v sahání na předměty či osoby atp.), půjde zpravidla o omezovací prostředek stejně jako v případech, kdy je pacientovi podán lék kvůli agresivnímu chování. O omezovací prostředek však nepůjde, pokud je účelem podání léku úleva od určitého nepříjemného stavu (vnímaného v konkrétním případě jako „neklid“), přičemž lékař dopředu předvídal, že tento stav může, s ohledem na projevy onemocnění pacienta, nastat.

Praxe je často taková, že lékaři předepisují léky s tlumícím účinkem pro případ, že bude pacient „neklidný“. Při podobně vágní ordinaci nelze rozlišit, zda se jedná o omezovací prostředek, a podání léků se tedy

62 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.

řídí § 39 zákona o zdravotních službách, či zda se jedná o ad hoc podání léků. V ordinaci rovněž doporučuji uvádět maximální denní dávku léku a interval mezi dvěma podáními. Přesná ordinace léků s tlumícím účinkem pomůže zabránit nadužívání tlumící medikace, jednomu z palčivých problémů českého zdravotnictví.

Také u léků s tlumícím účinkem stejně jako u omezovacích prostředků platí, že by měly být až nejzazší variantou řešení krize či problematického chování pacienta. V případě podání léku proto doporučuji uvádět do dokumentace informace o času podání, popis situace předcházející podání a následný efekt tak, aby bylo možné okolností podání léku analyzovat a případně přizpůsobit další péči.

”

léky s tlumícím účinkem mohou být omezovacím prostředkem

“

Zjištění z návštěv:

- Pacient dostával léky s tlumícím účinkem před koupelí, neboť během ní býval neklidný až agresivní. Z dokumentace vyplývalo, že dne 22. 9. 2015 v 7:15 hod. při koupeli napadl sanitáře, přestože mu již v 6:20 hod. byl aplikován lék s tlumícím účinkem (1 amp. Tiscinu i. m.); po incidentu více medikován nebyl. Dále záznam v nočním hlášení uváděl, že pacient obdržel také 30. 9. 2015 v 6:00 hod. 1 amp. Tiscinu i. m. „z důvodu koupele“. Ordinace léku byla provedena pro nepravidelné podání a zní „při neklidu“, bez bližšího komentáře. V dekurzu bylo podání léku 22. 9. 2015 dokumentováno jen zatržením léku v ordinaci a poznačením času, dále záznam z velké vizity uváděl jen „neklidný, agresivní, nespolupracuje“; v ošetrovateľské dokumentaci byl záznam nečitelný (k podání léku se nelze nic dozvědět); podrobnosti obsahoval záznam o mimořádné události, kde byl popis napadení, nikoli okolnosti podání medikamentu či vyhodnocení. Podání 30. 9. 2015 bylo v dekurzu vyznačeno jen zatržením léku v ordinaci, v ošetrovateľské dokumentaci nebyl žádný záznam k mimořádnému podání léku ani k průběhu koupele; kniha hlášení, která není zdravotnickou dokumentací, obsahovala informaci o čase a důvodu podání léku. V ošetrovateľském plánu se incident ze dne 22. 9. 2015 nijak neprojevil – riziko agrese tam nebylo zmíněno, ačkoli už předtím ordinace „při neklidu“ existovala.

Doporučení:

- Upustit od vágních předpisů léků s tlumícím účinkem „při neklidu“ a ordinaci vždy formulovat jasně a způsobem, který vyloučí možnost různých interpretací situace.
- V ordinaci léků s tlumícím účinkem uvádět maximální denní dávku léku a interval mezi dvěma podáními.
- Vést podrobné záznamy o podání léků s tlumícím účinkem; uvádět informace o času podání, popis situace předcházející podání a účinek.
- Okolnosti podání léků s tlumícím účinkem pravidelně analyzovat a zohlednit při plánu další péče.

Prevence pádů

Pád může vést ke snížení kvality života pacienta, prodloužit jeho hospitalizaci a starší pacienty dokonce může trvale upoutat na lůžko.

Jsem si vědoma toho, že není v silách zařízení zcela zabránit pádu pacientů, je však důležité je v co možná největší míře eliminovat. Za tímto účelem doporučuji dbát zejména o:

- sledování a hodnocení rizika pádu pacienta v průběhu celé hospitalizace, nikoliv pouze při příjmu,
- důsledné zaznamenávání rizika pádu do zdravotnické dokumentace pacienta,
- důkladné seznámení ošetřujícího personálu s rizikem pádu u konkrétního pacienta (například pomocí piktogramů u lůžka),
- okamžité řešení zdravotního stavu pacienta v případě pádu a přijetí opatření k minimalizaci rizika do budoucna.

Řádné zhodnocení rizika pádu a stanovení plánu k jeho následné minimalizaci má pacienta ochránit před pozdějším zbytečně restriktivním přístupem a jsou také předpokladem pro práci například s postranicemi.

Zjištění z návštěv:

- Během jedné z návštěv zaměstnanci Kanceláře pozorovali, jak uklízečka vytírala chodbu, aniž nechala část suchou, a zajistila tak možnost bezpečně projít. Nevzala přitom v úvahu, že pacienti zařízení jsou především starší lidé, kteří se mnohdy pohybují pomocí hole (případně chodítka) a pro které tedy mokrá podlaha představuje velké nebezpečí. Správně by uklízečka měla postupovat tak, že vytře vždy nejprve podélně jednu polovinu chodby a teprve poté, co tato polovina uschne, vytře druhou polovinu. Mokrou polovinu by přitom vždy měla označit tabulí s upozorněním na kluzkost podlahy.

”

pád může staršího
člověka trvale
upoutat na lůžko

“

Doporučení:

- Dbát o prevenci pádů.

Postranice

Postranice (nebo zábrany) jsou běžně užívaným ošetřovatelským nástrojem, jehož účelem je zabránit pacientovi v pádu z lůžka. Jejich použití však může ohrožovat pacientovu důstojnost i zdraví (imobilizace, inkontinence), proto při jejich užití žádám o splnění následujících podmínek.

1. Účelem použití postranic musí být zamezení pádu pacienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, nikoliv například ulehčení práce personálu. Předpokladem je individuální hodnocení rizika pádu, které je popsáno v předchozí kapitole.
2. Použití postranic musí být přiměřené riziku. Jako pravidlo platí, že je nutné vždy používat co nejméně restriktivní opatření. Je tedy třeba nejdříve zvážit, zda nelze k ochraně před pádem, respektive před následkem pádu, použít méně restriktivní opatření, například snížit lůžko či položit matrace vedle lůžka, nebo použít postranice částečné, nebo spustitelné pacientem na lůžku. U pacientů s demencí může být vhodné rovněž použití piktogramů vysvětlujících nutnost zvednutí postranic. Zvláště je třeba zvažovat použití postranic u pacientů, u kterých vyvolává postranice úzkost a mohou se snažit ji sundávat, nebo přelézat.
3. Při použití postranic u pohyblivých pacientů (prevence pádu ve spánku) je nutné zajistit, aby pacient mohl opustit lůžko. Například lze použít postranice částečné, nebo spustitelné pacientem na lůžku.
4. Zákon výslovně neukládá zdravotnickému zařízení povinnost zaznamenávat režim použití postranic do zdravotnické dokumentace. Je-li však režim nasazování postranic uveden v pacientově dokumentaci, má personál jasné instrukce, jak má postranice nasazovat. Za vhodné zde považují, aby měl personál při službě k dispozici jako pomůcku vedoucím pracovníkem autorizovaný seznam pacientů, kterým má být postranice nasazována, v němž bude upřesněn režim nasazování.



Použití postranic musí být přiměřené riziku

Zjištění z návštěv:

- Chodící pacientka, která zvládala sama dojít na toaletu, se v noci kvůli postranicím nedostala na toaletu, a vykonávala proto potřebu do plen.
- V sesterském hlášení byl nalezen záznam o pádu pacienta, který postranice přelézal.
- U pacientky nebyly postranice zvedány, ačkoliv podle zdravotnické dokumentace zvedány být měly. Ordinace se jevila jako formální, neboť pacientka ani personál o použití postranic neuvažovali; byla bez dopomoci schopna přesunout se na toaletní křeslo i kolečkové křeslo, a postranice by ji tak nepřipustně omezovaly v pohybu. Ordinace lékaře neodpovídala jejímu aktuálnímu zdravotnímu stavu.
- U pacienta byly postranice na noc zvednuty, ačkoliv tento pokyn nebyl v jeho zdravotnické dokumentaci zaznamenán.

Doporučení:

- Respektovat zásady správného a bezpečného užívání postranic (viz text).

13) Prevence malnutrice a dehydratace

Považuji za standard, aby péče v zařízení vzhledem k cílové skupině pacientů zahrnovala nutriční péči a v rámci ní prevenci malnutrice (špatné výživy).⁶³ Riziko malnutrice musí být u pacienta průběžně sledováno a vyhodnocováno. V případě jeho zjištění musí následovat adekvátní reakce a další hodnocení zdravotního stavu pacienta.

K prevenci malnutrice patří sledování stavu výživy pacienta. Jedná se o standardní úkol všeobecné sestry prováděný bez dohledu a indikace lékaře.⁶⁴ Sledování stavu výživy pacienta umožňuje individuální přístup k péči o výživu pacienta a včasné zachycení problémů pacienta v této oblasti.

”

prevenci mal-
nutrice se perso-
nál musí věnovat
systematicky

“

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

Zjištění z návštěv:

- Záznamy o sledování příjmu stravy a tekutin ne vždy odpovídaly skutečnosti. Zaměstnanci Kanceláře, kteří byli přítomni u podávání stravy, u některých pacientů zjistili, že jimi sněžené množství neodpovídá záznamu, který učinili zdravotničtí pracovníci.
- Pacientka, která podle ordinace lékaře měla být vážena 1 × týdně, vážena nebyla, protože onemocněl pracovník, který měl vážení na starosti.
- Laboratorní vyšetření (měření hodnoty celkové bílkoviny a albuminu) nebylo prováděno u všech pacientů a nebylo prováděno průběžně v čase. Personál v důsledku toho nebyl schopen posoudit, zda se celkový stav výživy zlepšuje, či nikoliv.
- V zařízení nebyla k dispozici osobní váha ani váha umožňující vážení vleže. Alternativní způsoby hodnocení stavu výživy (například měření obvodu paže) se nepoužívaly.
- Zařízení nevedlo žádné systematické záznamy o příjmu stravy a tekutin.
- Zdravotnický personál neměl přehled o tom, zda a kolik toho pacient snědl, neboť nádoby po obědě sbírala uklízečka a ta personálu nepředávala žádnou informaci o tom, zda a kolik toho pacient snědl, nebo zda pacient jedl, či nejedl.
- V dokumentaci chyběly záznamy o bilanci příjmu a výdeje tekutin, a to ani u pacientů s permanentním močovým katetrem. Jedna pacientka měla lékařem stanoveno maximální množství tekutin přijatých během 24 hodin. Ani její příjem tekutin nebyl ve zdravotní dokumentaci zaznamenán. Personál to odůvodnil tím, že pacienta je soběstačná a množství přijatých tekutin si hlídá sama.
- Bilance tekutin se vedla u pacientů, kteří málo pili nebo měli zavedené cévky. Pacienti si však mohli tekutiny v průběhu dne sami doplnit, měli různé nádoby na pití, nebo měli vlastní nápoj v PET lahvích. Za těchto okolností nebylo možné množství vypitých tekutin řádně evidovat.

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

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

- Primář zařízení uvedl, že přibližně 15 % pacientů užívá nutridrink, avšak v dokumentaci chyběly záznamy, že by pacienti dostávali doplňky stravy, a to ani ti s rizikem malnutrice, u nichž byl sledován denní příjem potravy.

Prevenici malnutrice se personál musí věnovat systematicky. Za tím účelem by zařízení mělo mít stanoven jasný pracovní postup pro personál. Prevence a léčba malnutrice nebo dehydratace musí být individualizována, vždy se zaměřením na každého jednotlivého pacienta zvlášť. Pokud bude u některého pacienta nutné sledovat množství přijaté stravy nebo bilanci tekutin, je nezbytné o tom vést řádnou a přesnou evidenci. Pouze tak lze rizika náležitě vyhodnotit nebo sledovat, zda je předepsaná léčba účinná.

Doporučení:

- Důsledně provádět úkony představující prevenci malnutrice, zejména sledovat riziko malnutrice (po celou dobu hospitalizace), adekvátně reagovat v případě jeho zjištění a nadále hodnotit zdravotní stav pacienta (upravit související činnosti pracovním postupem).
- Nastavit systém provádění záznamů o stravě a tekutinách tak, aby zbytečně nepodporoval riziko chyb (například umístit záznamové archy k lůžku pacienta).
- Využívat odbornost nutričního terapeuta v rámci komplexní péče o pacienta.
- V individuálních případech (pacienti s katetry, pacienti s ordinovaným max. množstvím přijatých tekutin) důsledně sledovat bilanci tekutin.

14) Podávání stravy a nápojů

Kultura stolování

Příjemné stravování a stolování je podstatné pro každého, a to nejen pro pocit vlastní důstojnosti. Stravování uspokojuje nejen biologické, ale i psychické a sociální potřeby. Pomáhá také zachovat a navracet soběstačnost. Stravování je součástí komplexní péče. Je to společenský rituál, který může sbližovat pacienty, nutí je sejit se a komunikovat, sdílet společný zážitek a neizolovat se. Personál by měl proto zajistit, aby stolování probíhalo v příjemném prostředí.

Zjištění z návštěv:

- Personál pacientům nepomáhal s mytím rukou ani jim nabízel alternativu (například vlhčený ubrousek).
- Všichni pacienti používali k jídlu lžici. Vidličku a nůž jim personál nevydával.

- Polévka se podávala všem pacientům v hrnčících. Nápoje se mnohým pacientům podávaly v kojeneckých lahvích.
- Pacienti jedli nemletou stravu bez zubních protéz. V důsledku toho nemohli maso pokousat, a tak ho nesnědli.
- Pacienti jedli v lůžku, i když byli soběstační.
- Pacient jedl v bezprostřední blízkosti stolku, na kterém stála láhev s močí. Na zemi v blízkosti pacienta, který jedl oběd, stály podložní mísy.
- Personál před podáním stravy nevynesl mobilní toalety a nevyvětral pokoje, kde byl cítit zápach.
- Zatímco personál vyměňoval bez použití zástěny jednomu pacientovi pleny, ostatní pacienti na pokoji obědvali.



Nedůstojné způsoby podávání stravy

Uvedenou praxi považuji za nedůstojnou, a proto je potřeba se jí vyvarovat. Z velké míry je náprava možná pouze ohleduplným a citlivým přístupem personálu a vytvořením harmonogramu práce personálu. Správná organizace práce zajistí personálu dostatek času, aby mohl pacienta na oběd řádně připravit a individuálně se mu věnovat při pomoci s jídlem. Pouze nepatrnou část je možné odstranit materiálním zabezpečením (jako například zabezpečením vhodného nádobí pro geriatrické pacienty, nebo adekvátním dovybavením pokojů).

Doporučení:

- **Věnovat větší pozornost stravování a chápat je jako součást komplexní péče s ohledem na uspokojování nejen biologických, ale i psychických a sociálních potřeb a zájem na zachování a navrácení soběstačnosti.**



Možná alternativa k podávání nápojů v kojeneckých lahvích

Podávání stravy nesoběstačným pacientům

Podávání stravy má probíhat v klidné atmosféře, rušivé vjemy je potřeba odstranit, aby se pacient mohl na jídlo soustředit. Pacientovi je potřeba při pomáhání u jídla věnovat pozornost, udržovat oční kontakt, vnímat jeho projevy a přiléhavě na ně reagovat. Aktivizaci pacienta prohloubí, když bude podporován v sezení u jídla, ležícího pacienta je nutné při podávání stravy polohovat. Pacient má právo na to, aby s ním bylo jednáno důstojně, s úctou a byl v něm podporován pocit jeho vlastní soběstačnosti. Ani zde nedoporučuji stavět pacienty do role dětí, i když to může být projev vlídného přístupu personálu a zařízení s cílem pacientovi jeho situaci co nejvíce ulehčit.

Zjištění z návštěv:

- Osoby, které asistovaly nesoběstačným pacientům při jídle, stály nad pacienty a podávaly jim stravu z výšky, bez udržování očního kontaktu.
- Dopomoc personálu nesoběstačným pacientům při obědovém jídle (polévka, hlavní jídlo) probíhala velice rychle. V případě některých pacientů to bylo 3 až 5 minut. Zaměstnanci se po výdeji oběda vzájemně chlubil, jak rychle to dnes zvládli.
- Pacienti, kteří potřebovali dopomoc při jídle, neměli možnost určit tempo podávání stravy personálem, respektive jejich náznaky v tomto směru personál přehlížel.
- Pacient trvale upoután na lůžko nebyl personálem při dopomoci s jídlem polohován, i přestože polohován být mohl, a stravu přijímal vleže.
- Osoba z personálu, která dopomáhala klientům s jídlem, přecházela mezi dvěma nesoběstačnými ležícími pacientkami a střídavě asistovala jedné i druhé.
- Při dopomoci s jídlem používal asistující personál zdvořilost, dětskou řeč a familiární oslovení.

Doporučení:

- Při dopomoci pacientovi při jídle dbát na klidný přístup, oční kontakt, podpůrnou komunikaci a projevy pacienta, podporovat pacientovu soběstačnost.
- Aktivně podporovat pacienty v sezení u jídla.

Mechanická úprava jídla

U pacienta, který má z různých důvodů potíže s pozřením jídla, je třeba stravu mechanicky upravovat. Jedná se o závažnou změnu v životě pacienta. Pacient vnímá ztrátu svých schopností a soběstačnosti a přichází o úplný zážitek z jídla. Mixování stravy by tedy mělo být až poslední možností úpravy stravy. Vždy je potřeba upřednostnit úpravu jídla, která pacientovi ponechá možnost vnímat strukturu stravy.

V průběhu návštěv se zaměstnanci Kanceláře setkali s praxí, kdy byly jednotlivé složky potravy pro pacienta mixovány dohromady. Jednalo se zejména o mix masa s přílohou, nebo polévky s hlavním chodem. Vzniká tak nevábny pokrm, který pravděpodobně nepodpoří pacientovu chuť k jídlu.

Tato praxe je nepřípustná. I při mixování stravy mají být její jednotlivé složky odděleny. Nejedná se pouze o neetický přístup k pacientovi. Oddělením jednotlivých složek potravy při mělněné stravě lze zajistit, aby pacient snědl nutričně hodnotnější složku, pokud nedojídá celou porci, a efektivně sledovat příjem potravy a tekutin jako prevenci malnutrice a dehydratace pacienta.

Doporučení:

- Vyhnout se mixování všech složek jídla dohromady.

15) Mikční režim

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

Zjištění z návštěv:

- V léčebně vůbec neprobíhal nácvik mikce. Většině kontinentních pacientů, kteří přes den používali toaletní křeslo, byly na noc nasazeny pleny.
- Pacienti uváděli, že mají v noci zakázáno chodit na WC. Pacienti, kteří přes den chodili na toaletu, byli v noci nuceni používat toaletní křeslo na pokoji.
- Zaměstnanci Kanceláře byli svědky dvou případů, kdy pacient nesouhlasil s použitím jednorázové pleny a chtěl použít bažanta. Sanitář neměl zájem situaci řešit a odpověděl, že jistota je jistota, ve druhém případě odpověď zněla, že pacient může močit do pleny.
- Nadměrné množství pacientů mělo zaveden močový katetr. V některých případech v záznamech nebyl uveden důvod jeho zavedení. Zavedení močového katetru se tak jevilo jako řešení inkontinence (i částečné) pacienta směřující k usnadnění práce personálu.
- Personál se dle svých slov snažil, aby byly katetry pacientům zavedeny po co nejkratší dobu, mnohdy se však stávalo, že nedlouho po odstranění bylo nutné katetr opětovně zavést. Zdravotnická dokumentace však neobsahovala žádný zápis, který by tuto skutečnost dokládala.
- Pacient byl do zařízení překládán bez problémů s močením a v průběhu dne byl schopen dojít na toaletu nebo použít močovou láhev. Pomočoval se pouze v době spánku. Reakcí na tuto situaci bylo zavedení močového katetru.
- Pacientka používající toaletní křeslo ho nebyla schopna sama opustit a neměla na dosah signalizaci, aby si přivolala pomoc. Byla nucena setrvat na křesle déle, než potřebovala, což nesla nelibě.

Léčebna má s mikčním režimem pacienta systematicky pracovat a zohledňovat jeho zvyky a potřeby při vyprazdňování. Léčebna musí pacientovi stanovit individuální mikční režim a podporovat jej v samostatném vyprazdňování za podmínek, které mu vyhovují. Inkontinenční pomůcky by měl personál využívat pouze v nutných případech, kdy je jejich použití řádně indikováno. Zejména katetr je potenciálním zdrojem infekce a jeho delším používáním se navíc snižuje schopnost obnovení normálního vylučování

moči. Použití močových katetrů je třeba řádně dokumentovat. Pokud pacient používající inkontinenční pomůcky požádá o pomoc, personál mu pomůže a vysadí ho na toaletu, nebo mu na ni dopomůže dojít, zajistí podložní mísu či močovou láhev. Používání inkontinenční pomůcky není důvod pro to, aby se s mikcí pacienta přestalo pracovat.

Doporučení:

- Přijmout za jeden z cílů hospitalizace udržení či zlepšení samostatnosti pacienta v oblasti vyměšování.
- Inkontinenční pomůcky (pleny) používat jen v nutných případech.
- Přísně zvažovat indikaci močového katetru a ošetrovatelské úkony s ním spojené řádně dokumentovat.

16) Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace

Zdravotnická dokumentace je důležitým prvkem péče. Je to místo sdílení poznatků o pacientovi a jeho zdravotním stavu, nástroj pro plánování a individualizaci péče. Proto musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována – zápisy se musejí provádět bez zbytečného odkladu.⁶⁵ V opačném případě hrozí, že bude ohroženo zdraví a v krajních případech také život pacienta.

Dokumentace musí být vedena tak, aby měly údaje v ní obsažené dostatečnou vypovídající hodnotu o zdravotním stavu pacienta, a to pro všechny členy týmu, kteří do ní nahlíží. Absence průběžných záznamů v dokumentaci pacienta se může dříve nebo později projevit na samotné kvalitě poskytované péče. Pokud není dokumentace vedena řádně a úplně, roste nebezpečí chyby, a tím i zdravotní újmy pacienta.

Zjištění z návštěv:

- V dokumentaci pacientky se nacházel nevyplněný Barthelův test, a to i přesto, že pacientka v té době pobývala v zařízení již cca 2 týdny. V dokumentaci nebyl uveden žádný zvláštní důvod, pro který nedošlo k vyplnění.
- Záznamy v dekurzu byly nečitelné.
- U pacientky po amputaci dolní končetiny nebyly záznamy o převazech. V dokumentu „Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty“ byl pouze strohý záznam o amputaci.
- Část informací se objevovala v hlášení sester, přitom hlášení není zdravotnickou dokumentací, a nemělo by tudíž obsahovat informace o zdravotním stavu pacienta.

”
špatně vedená
dokumentace
může ohrožovat
zdraví pacienta

“

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

- U pacientky zcela chyběl denní záznam lékaře. Přestože měla pacientka v době návštěvy dekubit, scházel jeho popis lékařem. Informace byla obsažena pouze v sesterské zprávě.
- Pacientka byla přijata po pádu se zlomeninou pravé horní končetiny a v dokumentaci byla jako důvod hospitalizace uvedena potřeba ošetrovatelské péče pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Lékař v její dokumentaci nepopisoval stav zlomeniny, neindikoval rehabilitaci.

Příjmová ošetrovatelská anamnéza musí obsahovat hodnocení biologických, psychických a sociálních potřeb změněných v důsledku zdravotního stavu. Jen tak lze stanovit cíl pobytu a jeho hlavní režimový charakter.

Součástí zdravotnické dokumentace o pacientovi by v případě lůžkové péče přesahující 7 dnů měl být také souhrn informací (epikríza) o průběhu léčby a plán dalšího postupu léčby.⁶⁶ Jen tak lze vyhodnocovat úspěšnost zvoleného postupu, případně jej v průběhu hospitalizace přehodnocovat.

Zdravotnický personál si někdy zjednodušil práci tím, že údaje o provedených ošetrovatelských úkonech vyplnil dopředu. To je nejen v rozporu se zákonem (zdravotnická dokumentace musí být vedena pravdivě⁶⁷), ale znamená to především ohrožení pacienta. Personál může v takovém případě na faktické provedení úkonu zapomenout, nebo jej naopak provést dvakrát (v případě střídající se služby).

Doporučení:

- Vést zdravotnickou dokumentaci tak, aby byla relevantním podkladem pro další péči.
- Zavést vstupní hodnocení psychických a sociálních potřeb pacienta a zaznamenávat je do dokumentace.
- Vést epikrízu a plán dalšího léčebného postupu.
- Údaje o provedených ošetrovatelských úkonech zaznamenávat až poté, co opravdu proběhnou.

17) Ordinace, příprava a podání léků

Zákon stanoví, že záznamy o předepsání léčivých přípravků (včetně dávkování a počtu předepsaných balení) a jejich následném podání (opět včetně množství) jsou součástí zdravotnické dokumentace pacienta.⁶⁸ Bližší informace o způsobu ordinace, přípravy či podání léků však zákon nestanoví, a je proto na zařízení, aby si vytvořilo systém, který bude bezpečný. Během návštěv se zaměstnanci Kanceláře

66 Ustanovení § 2 písm. c) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

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

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

setkávali s chybami spojenými jak s ordinací léků, tak s jejich podáváním či skladováním. V návaznosti na tato pochybení doporučuji, aby byl kladen důraz zejména na níže uvedené oblasti.

Ordinace léků

Léky ordinuje výhradně lékař, a to i v případě, že se jedná o běžně prodejné léky. Ordinace musí být přesná a úplná, včetně formy léku, způsobu ředění apod. Přepisování ordinace (například do knihy hlášení, z listu na list apod.) může vést k chybám, které naopak práce s originální ordinací v dekurzu minimalizuje. Vhodné je rovněž upravit systém ordinací tak, aby bylo patrné kdo, jaký lék a kdy ordinoval. Ordinace nepravidelně podávaného léku by měla navíc obsahovat údaj o maximálním množství předepsaného léku za den a stanovení minimálního intervalu mezi jednotlivými podáními. Po jeho podání pak informace o čase podání, situaci předcházející podání a následném efektu.

Doporučení:

- Léky pacientovi podávat pouze na základě přesné a úplné ordinace lékaře.
- Vést záznamy o čase podání, situaci předcházející podání a následném efektu u nepravidelně podávaných léků.



Podávání a skladování léků

Všeobecná zdravotní sestra roznáší pacientům léky, které bezprostředně předtím připravila z originálního balení, a to v době, kdy mají být dle ordinace lékaře užity. Léky podává zdravotnický asistent či ošetřovatel pouze pod dohledem všeobecné sestry a přístup k lékům má mít pouze osoba oprávněná k manipulaci s léky. Z dekurzu se lék vyškrtne až poté, co byl skutečně podán pacientovi. Pacientům je možné podávat pouze léky v expirační lhůtě, která by měla být pravidelně kontrolována. Po podání léků je rovněž důležité zkontrolovat, zda pacient léky skutečně užil a zda mu například nepopadaly do postele.

Doporučení:

- Zajistit, aby léky pacientům podával pouze k tomu oprávněný personál. Postup pro podávání léků nastavit tak, aby minimalizoval riziko chyb.
- Zajistit, aby přístup k lékům měl pouze k tomu oprávněný personál.
- Pravidelně kontrolovat expirační lhůtu léků.

18) Hodnocení bolesti

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

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

Zjištění z návštěv:

- V zařízení se bolest systematicky nehodnotila, v dokumentaci pro to nebyl vyznačen zvláštní prostor.
- Ze zdravotnické dokumentace pacientky vyplývalo, že na základě opakovaného zápisu sestry o velkých bolestech pacientky lékař naordinoval analgetika až třetí den.

Řada pacientů pravidelně užívá analgetika, mezi nimi také opiáty. V takovém případě považuji za důležité, aby se účinek těchto léčiv pravidelně vyhodnocoval a aby byla řádně vedena dokumentace o jejich užívání.

Zjištění z návštěv:

- Dokumentace neobsahovala údaje o tom, zda bylo podání daného analgetika účinné a vedlo k úlevě pacienta.

- Ordinance analgetik byla v některých případech neúplná, nestanovovala minimální interval, který musí sestra mezi dvěma podáními analgetika dodržet. Naopak v jednom případě byl ordinován Morphin s. c. à 12 hodin, ale podáván byl v 6:00 hod. a ve 20:00 hod., tedy po 14 hodinách.

Doporučení:

- Zavést standardní hodnocení bolesti a zaznamenávat její charakter a intenzitu.
- Činit řádné záznamy o podávání analgetik včetně jejich účinku na pacienta.

19) Deprese

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

Doporučení:

- Zaměřit se na včasnou detekci příznaků deprese.
- Zohlednit depresi při naplňování individuálního plánu pacienta.

20) Kožní defekty, dekubity

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

Zjištění z návštěv:

- Řada pacientů zařízení trávila v nezměněné poloze několik hodin. O polohování nebyly vedeny záznamy, ze kterých by bylo zřejmé, kdy a jak se mění poloha pacienta.

Z provedených návštěv zařízení vyplynulo, že dokumentace spojená s prevencí vzniku dekubitů a jejich ošetřováním byla vedena často nedostatečně. V dokumentacích chyběly v různé míře nejenom záznamy o polohování pacientů a převazech, ale i o rozsahu a stavu dekubitů u jednotlivých pacientů. Fotodokumentace stavu dekubitů byla opomíjena.⁶⁹ Stav dokumentace nebyl odrazem skutečně poskytované péče ze strany zařízení. Logickým protiargumentem bylo upřednostnění péče o pacienta před sezením nad dokumentací. Důsledkem takto vedené dokumentace však bylo, že péče o dekubity a prevence jejich vzniku byla nesystematická a intuitivní.

Doporučení:

- Pacienta s dekubity a pacienta, který je ohrožen jejich vznikem, systematicky polohovat.
- Úkony spojené s péčí o dekubity (údaje o frekvenci převazů a rozsahu stavu dekubitů včetně fotodokumentace) zaznamenávat do dokumentace pacienta.
- Vést vypovídající záznamy o polohování.

21) Péče o pacienta s demencí

Ve všech navštívených zařízeních byli mezi pacienty lidé trpící některou z forem demence. Vzhledem k tomu, že počet osob potýkajících se s tímto onemocněním v posledních letech stoupá,⁷⁰ domnívám se, že by na specifika péče o tyto pacienty měly být připraveny také léčebny dlouhodobě nemocných. Za důležité považuji zejména včasné stanovení diagnózy a přizpůsobení péče specifickým potřebám pacientů trpících touto nemocí (viz také kapitola 3.1).

Včasná diagnóza spolu s následnou vhodně zvolenou léčbou může pomoci omezit progresi onemocnění, a po určitou dobu tak zachovat jak soběstačnost, tak dobrou kvalitu života pacienta.⁷¹ Pacient, který zná včas svou diagnózu, může rovněž v předstihu rozhodnout o své budoucnosti (může si například vybrat sociální službu, ve které by chtěl v budoucnu pobývat, či zvolit osobu, která za něj bude rozhodovat v situaci, kdy toho on sám již nebude schopen).

”

mezi pacienty
léčeben patří
také pacienti
s demencí

“

69 Fotí se pouze vzniklý dekubit a průběh jeho léčby, nikoliv celý pacient, fotografie je součástí zdravotní dokumentace pacienta.

70 Dle Zprávy o stavu demence 2016 vydané Českou alzheimerovskou společností žilo v ČR v roce 2015 s demencí pravděpodobně téměř 156 tisíc lidí (105 tisíc žen a 51 tisíc mužů).

71 HOLMEROVÁ, Iva. Úvodní stručné informace o problematice demence. In: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014, s. 6-13. ISBN 978-80-87949-03-0.

Doporučení:

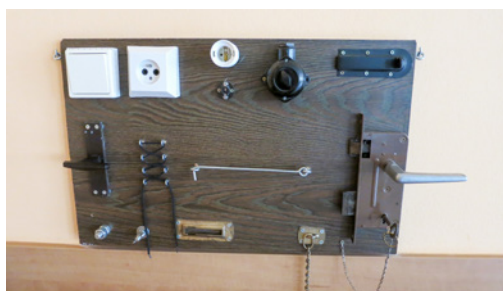
- Provádět komplexní diagnostické kognitivní testy.

22) Rehabilitace, ergoterapie, aktivizace

U části dlouhodobě nemocných pacientů představují rehabilitace (včetně ergoterapie) a aktivizace těžiště poskytované péče. Jejich cílem je přispívat ke zlepšení zdravotního stavu, rozvoji, případně zachování stávajících schopností, podpoře soběstačnosti pacienta, a zachovat tak maximální možnou míru účasti pacienta na běžných činnostech.



Ergoterapeutická místnost



Nástroj pro procvičování jemné motoriky pacientů



Pacientovi by měl být při příjmu vytvořen rehabilitační plán

Zjištění z návštěv:

- Poskytovaná terapie nebyla individualizována, nezohledňovala potřeby pacienta.
- Terapie se neprováděla, aktivizace neprobíhala, nebo probíhala pouze u mobilních pacientů.
- Rehabilitace pacientů trvala pouze několik minut denně. Pacienti vyžadovali intenzivnější rehabilitaci, avšak v důsledku nedostatečného množství personálu ji nebylo možné zajistit.
- V zařízení chyběly jakékoliv společenské aktivity.
- Pacienti trávili celý den v nočním úboru.
- Sledování televize bylo zařazeno mezi aktivizační činnosti, vyjma ně v zařízení neprobíhaly žádné další aktivizační činnosti.
- Nesoběstační pacienti nebyli pravidelně doprovázeni mimo budovu, do parku v rámci areálu. Pacientka sdělila, že mimo budovu nebyla již rok.
- Rehabilitační plán byl vytvořen se zpožděním (cca 3 týdny po přijetí pacienta), navíc byl plněn jen sporadicky.

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

K tomu, aby aktivizace pacienta plnila svůj účel, tj. vedla ke zlepšení nebo zachování soběstačnosti pacienta a zvládnutí běžných činností, by měla být prováděna systematicky.

Zjištění z návštěv:

- Pacienti byli aktivizováni na základě aktivizačního plánu. Plán sestával z krátkého hodnocení stávajícího stavu uživatele, krátkodobého plánu a dlouhodobého plánu. Ani u krátkodobého, ani u dlouhodobého plánu nebylo uvedeno, do kdy měl být splněn, zároveň z plánu neplynulo, které osoby a jakým způsobem se mají podílet na jeho plnění, případně jestli se měl plán nějak vyhodnocovat či aktualizovat. Jako aktivizace pak zařízení vykazovalo i činnosti jako sledování TV či návštěva rodiny.

Aktivizační plán je důležitým nástrojem. Vychází z potřeb pacienta, přihlíží k jeho možnostem a systematicky pacienta provádí aktivizaci v průběhu jeho pobytu v zařízení. Klade mu cíle, které může v rámci svých možností dosáhnout a k tomu mu stanovuje adekvátní prostředky (činnosti). Důležité však je, aby stanovil rovněž i osoby, které se na aktivizaci pacienta budou podílet a pravidelně plnění plánu vyhodnocovat. Jak jsem již uvedla, aktivizace pacienta je nedílnou součástí poskytované péče, proto je potřeba, aby aktivizační plán nebyl vypracováván pouze formálně, ale byl skutečně účinným nástrojem.

Doporučení:

- **Využívat dostupné terapie, více aktivizovat pacienty a podporovat nácvik jejich soběstačnosti.**

- Reflektovat individuální potřeby a schopnosti pacienta; usilovat o aktivizaci i u těch pacientů, kteří se neúčastní společné ergoterapie.
- Vypracovat aktivizační plány tak, aby z nich bylo zřejmé, jak konkrétně a v jakém časovém horizontu má aktivizace pacienta probíhat a kdo ji má zajišťovat.
- Zajistit pobyt na čerstvém vzduchu i pacientům, kteří k tomu potřebují pomoc personálu.

23) Péče o umírající, paliativní péče

Jedním z faktorů ohrožujících základní práva umírajících osob ve státech Rady Evropy je špatná dostupnost paliativní péče.⁷² Vzhledem k tomu, že v léčebnách dlouhodobě nemocných umírá v České republice téměř 10 % všech lidí, věnovali se zaměstnanci Kanceláře během návštěv také tomuto tématu.

Ze statistik získaných během návštěv vyplývá, že v těchto zařízeních umírá přibližně jeden pacient týdně. Přestože se z velké části nejedná o náhlá úmrtí, pacientům v těchto zařízeních často nebývá poskytována paliativní péče v souladu se Standardy paliativní péče⁷³. Doporučuji zejména:

” každý desátý člověk v České republice umírá v léčebně dlouhodobě nemocných “

a) Vytvářet plány paliativní péče

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

b) Dostatečně komunikovat s pacientem a jeho blízkými

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

c) Vzdělávat personál v paliativní péči

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

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

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

Za důležitý předpoklad naplnění práv pacienta a jeho blízkých považují to, že zařízení aktivně informuje o zdravotním stavu pacienta osoby uvedené v jeho zdravotnické dokumentaci nebo jeho blízké. Pokud tyto osoby nejsou informovány o zhoršení zdravotního stavu pacienta, nemohou se podílet⁷⁴ na spolu-rozhodování o další péči, a pokud pacient umírá, nemohou se s ním rozloučit.

Doporučení:

- Poskytovat standardizovanou paliativní péči.
- Informovat blízké pacienta o zhoršení zdravotního stavu a umožnit jim setrvat u lůžka i v době mimo návštěvní hodiny.

24) Sociální práce

Dlouhodobě špatný zdravotní stav a s tím spojená hospitalizace zpravidla dopadají také na sociální postavení pacienta. Pacient může v důsledku nemoci ztratit soběstačnost, schopnost finančně zabezpečit sebe a svou rodinu, může mu hrozit sociální vyloučení. Právní úprava proto předpokládá, že součástí zdravotnického týmu v zařízeních následné a dlouhodobé lůžkové péče je také zdravotně-sociální pracovník.⁷⁵



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

75 Bod 18 přílohy č. 3 vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Odbornost zdravotně-sociálního pracovníka

Minimální kvalifikační předpoklady zdravotně-sociálního pracovníka stanoví zákon.⁷⁶ Stejně jako u jiných členů personálu ani u zdravotně-sociálního pracovníka není možné, aby jeho práci suploval někdo bez příslušné odborné způsobilosti.

Zjištění z návštěv:

- Sociální práci se v zařízení zabývá asistentka ředitelky, staniční sestra, zdravotní sestra terénní zdravotní služby a ředitelka. Odborné kvalifikační požadavky zdravotně-sociálního pracovníka splňuje pouze ředitelka. Jak sama uvedla, a plyne to i ze záznamů, této činnosti se s ohledem na vytíženost věnuje minimálně.

Doporučení:

- **Zajistit odborně způsobilého pracovníka pro výkon sociální práce.**

Zajištění dostupnosti sociální práce

V zařízeních byl často nedostatek zdravotně-sociálních pracovníků s ohledem na celkový počet pacientů v zařízení. Zdravotně-sociální pracovníci při návštěvách přiznávali, že za situace, kdy je na jednoho z nich více než padesát pacientů, je velmi obtížné být se všemi v každodenním kontaktu. O to důležitější je, aby sami pacienti zdravotně-sociálního pracovníka znali a věděli, jak, kde a s čím se na něj mohou obracet, tedy aby byl pacientům dostupný.

Zvláštní pozornost (nad rámec výše uvedeného) si zasluhují pacienti, kteří jsou zvláště zranitelní a u kterých je vhodné sociální práci nabízet, aniž by si o ni sami aktivně řekli. Jedná se například o geriatrické pacienty, pacienty s demencí, bez domova, s tělesnými či duševními handicapami vzniklými v důsledku onemocnění, onkologicky nemocné pacienty apod. V zařízení, které si tyto skupiny předem definovalo, personál uměl včas rozpoznat (mnohdy již při příjmu), že do nich konkrétní pacient spadá. Bez prodlení pak mohla následovat zdravotně-sociální péče v podobě provedení sociálního šetření a návrhu dalšího postupu. To vše za předpokladu, že s tím pacient souhlasil.

Zjištění z návštěv:

- Sociální šetření při příjmu pacienta prováděl lékař. Nebylo zjištěno, že by byla sociální situace pacienta po příjmu systematicky zjišťována a řešena zdravotně-sociálním pracovníkem. Zvláštní dokumentace stran sociální práce v zařízení nebyla vedena. Ke kontaktu zařízení s blízkými pacienta sice vzápětí po příjmu dochází, nicméně zejména za účelem zajištění darovací smlouvy.
- V době návštěvy čerpala sociální pracovnice dovolenou v délce 3 týdnů. Během této doby nebyla sociální práce v zařízení vykonávána.

76 Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Doporučení:

- **Sociální práci realizovat v souladu s potřebami pacientů, a to v průběhu celé hospitalizace.**

Standardy sociální práce

Právně závazné standardy sociální práce ve zdravotnických zařízeních neexistují. Zákon o zdravotních službách přesto stanoví určité povinnosti poskytovatele zdravotních služeb, které nelze splnit, není-li sociální práce realizována.

Poskytovatel zdravotních služeb je například povinen pacienta informovat o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav.⁷⁷ Pokud není pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby a není u něj zajištěna další péče, poskytovatel zdravotních služeb o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle místa trvalého pobytu pacienta.⁷⁸

Zdravotně-sociální pracovník by měl pacientovi pomoci rovněž s finančním zabezpečením na dobu po propuštění (například mu pomoci zažádat o příspěvek na péči). Příslušná krajská pobočka Úřadu práce České republiky může nově provést místní šetření pro účely řízení o příspěvku na péči již v průběhu hospitalizace,⁷⁹

čímž se celý proces vyřizování příspěvku významně urychlí, avšak pouze za předpokladu, že se o této možnosti pacient dozví a že mu zdravotně-sociální pracovník, pokud je třeba, s podáním žádosti pomůže.

Vzhledem k viditelné roztržičnosti pracovní náplně zdravotně-sociálního pracovníka doporučuji, aby vedení každého zařízení stanovilo systém, dle kterého bude daný pracovník při výkonu sociální práce postupovat tak, aby bylo zajištěno, že budou splněny všechny výše uvedené povinnosti. Vedení by mělo průběžně sledovat také dodržování tohoto systému.

” poskytovatel je povinen pacienta informovat o dalších možných zdravotních nebo sociálních službách “

Doporučení:

- **Stanovit systém, dle kterého bude zdravotně-sociální pracovník při výkonu sociální práce postupovat.**

77 Ustanovení § 46 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách.

78 Ustanovení § 47 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

79 Ustanovení § 25 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Sdílení informací mezi zdravotně-sociálním pracovníkem a ostatními členy personálu

Vedení zařízení by mělo vhodným způsobem nastavit spolupráci mezi zdravotně-sociálním pracovníkem a zbylými členy týmu, a to v průběhu celé hospitalizace. Zdravotně-sociální pracovník by se například mohl pravidelně účastnit porad týmu. Sdílení poznatků o pacientovi považují za velmi důležité, neboť zdravotní a sociální aspekty nemoci spolu mohou úzce souviset a vzájemně se ovlivňovat.

Zjištění z návštěv:

- Staniční sestra jednoho z oddělení uvedla, že sociální anamnézu neprovádějí u všech pacientů, ale jen u těch, které personál na oddělení vytipuje jako rizikové. Sociální práce pak spočívala zejména v hledání návazného zařízení. Jiná staniční sestra však sdělila, že sociálně-zdravotní pracovníce si samy zjistí potřebné informace o každém pacientovi ze žádosti o hospitalizaci, kde jsou i základní sociální údaje; zdravotníci na oddělení nesdělují sociálně-zdravotním pracovnícím, na koho se zaměřit.
- Ošetřovatelský personál nepracoval se sociální dokumentací a s informacemi, které obsahuje. Dotázaní pracovníci neuměli v rámci počítačové sítě dohledat sociální dokumentaci, nemohou proto pracovat s komplexními potřebami pacienta.

Doporučení:

- Stanovit pravidla pro sdílení informací mezi zdravotně-sociálním pracovníkem a ostatními členy personálu.

Vedení dokumentace o sociální práci

Vhodným způsobem vedená dokumentace o provedených intervencích zdravotně-sociálního pracovníka zjednodušuje práci především samotnému pracovníkovi. Pokud je však tato dokumentace dostupná také ostatním členům týmu pečujícího o pacienta, může pomoci také jim. Typicky si lze představit pacienta, u kterého došlo k náhlému zhoršení psychického stavu spojeného například s odmítáním stravy. Pokud jsou součástí zdravotnické dokumentace také záznamy zdravotně-sociálního pracovníka, lze jednoduše dohledat, zda nemá toto zhoršení původ v sociální sféře pacienta.

Zjištění z návštěv:

- Zdravotně-sociální pracovníce vedla dokumentaci v podobě tzv. záznamu sociální pracovníce. Ten vkládala do ošetřovatelské dokumentace. Záznam byl podle sociální pracovníce v průběhu hospitalizace aktualizován vložením nového záznamu nebo dopsáním dalších údajů. V dokumentaci nicméně nebyly nalezeny záznamy, které by svědčily o kontinuální sociální práci.
- Záznam sociální pracovníce obsahoval závěr sociálního šetření, což je buď strohý popis sociální situace pacienta (rozvedený, ženatý, rodina, děti), nebo je zde poznámka, že sociální šetření nebylo provedeno často ve spojení s tím, že rodina nebyla kontaktována. Sociální pracovníce

uvedla, že jde o případy, kdy pacient není schopen komunikace (například pokročilá stádia demence). Zároveň zde není záznam o tom, že by se pracovnice snažila sociální situaci zjistit jinými způsoby (od rodiny, z jiného zdravotnického zařízení...). V záznamu byl stanoven plán sociální pomoci, který byl fakticky totožný s cílem sociální práce. Plán sociální pomoci, který by reflektoval individuální potřeby pacienta a zároveň stanovil dílčí realizovatelné kroky k dosažení cíle, neexistoval.

Doporučení:

- Vést o sociální práci s pacientem dostatečně vypovídající dokumentaci.

25) Personální zajištění péče

Počet sloužícího personálu

Vyhláška⁸⁰ stanoví minimální počet personálu pro zabezpečení lůžkové péče, ale i povinnost zařízení tento počet zvýšit tak, aby byla pacientům zajištěna kvalitní a bezpečná zdravotní péče. A právě tento požadavek zůstává často v pozadí. Dostatek odborného personálu je přitom základním předpokladem pro poskytování kvalitní dlouhodobé péče.

Nedostatek personálu nutně vede k automatizaci péče – personál provádí úkony plošně, ve stanoveném režimu vycházejícím z provozní praktičnosti, ne z potřeb pacientů. Sloužící personál přijde na pokoj, ve spěchu všem pacientům zkontroluje infuze, dá jim napít, zkontroluje inkontinenční pomůcky, čistotu lůžek, polohování a odejde. Z poskytované péče se zcela vytrácí jakákoliv individualizace.

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

Specifickou otázkou je počet ošetřujícího personálu na noční směně. Samozřejmě, pacienti po většinu času spí a nevyžadují tolik pozornosti jako přes den. I v noci by však měla být péče přizpůsobena pacientům a jejich potřebám. Příkladem je mikční režim. Personál by měl v rámci aktivizace doprovázet během noci chodící pacienty na toaletu, případně na toaletní křeslo. Praxe je však taková, že přítomný personál nemá na tyto činnosti čas či fyzické síly, a pacientům jsou proto nasazovány pleny.

”

dostatek odborného personálu je základním předpokladem kvalitní péče

“

80 Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Zjištění z návštěv:

- Jedna sestra na noční směně měla na starosti obvykle 15 až 20 pacientů.

Doporučení:

- Zajistit dostatečný počet ošetřujícího personálu na směnách.

Multidisciplinarita pečujícího týmu

O pacienta v dlouhodobé péči pečuje profesně velmi různorodý tým (lékař, ošetrovatelský personál, zdravotně-sociální pracovník, fyzioterapeut, nutriční terapeut a v některých případech také duchovní). Pokud k tomu připočteme fakt, že většinu pacientů tvoří pacienti seniorského věku vyžadující péči ne jednoho, ale hned několika odborných lékařů, považují za důležité, aby si zařízení stanovilo způsob, jakým mezi sebou budou tito odborní pracovníci komunikovat a sdílet poznatky o jednotlivých pacientech a sjednocovat své pohledy na ně tak, aby jim poté mohla být poskytnuta komplexní péče na náležité odborné úrovni.⁸¹



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

Jsem přesvědčena, že vhodným prostředkem k naplnění výše uvedeného jsou pravidelné multidisciplinární porady. Ty by také mohly zabránit frustraci některých pracovníků, kteří se necítí být plnohodnotnými členy týmu.

Zaměstnanci Kanceláře se během návštěv setkali se situací, kdy byl pacient převážen za účelem vyšetření psychiatrem. Toho by se zařízení měla, pokud možno, vyvarovat. Pokud pacient vyžaduje péči psychiatra, je vhodné ji zajistit přímo v léčebně formou psychiatrického konsilia. Převozy a překlady jsou velkou zátěží pro křehké geriatrické pacienty stejně jako pro řadu pacientů s jinými syndromy typickými pro péči v léčebnách.

Doporučení:

- K pacientovi přistupovat komplexně, pracovat v týmu.

Zapojení lékaře geriatra do péče o pacienty

Přestože se pacientem léčebny dlouhodobě nemocných může stát kdokoli, z praxe je zřejmé, že zde pobývají zejména pacienti seniorského věku. Doporučuji proto zvážit také zapojení lékaře geriatra, který zná specifika péče o tuto skupinu pacientů a mohl by být v tomto ohledu zdravotnickému týmu velmi prospěšný.

Doporučení:

- Zvážit zapojení lékaře geriatra do péče o pacienty.

26) Péče o zaměstnance

Poskytovatel má povinnost zajistit pacientům zdravotní služby na náležité odborné úrovni a v bezpečném prostředí.

Zjištění z návštěv:

- Z rozpisu služeb v jednom z navštívených zařízení zaměstnanci Kanceláře zjistili, že některé všeobecné sestry měly v jednom měsíci volno pouze jeden den (nepočítáme-li volno po odsloužené noční službě).

Stav, kdy jsou někteří pracovníci dlouhodobě přetěžováni a nemají dostatečný prostor k odpočinku, považují za porušení této povinnosti, neboť je jen otázkou času, kdy dojde k odbornému pochybení (chybě z nepozornosti) tohoto pracovníka.

V oblasti sociálních služeb má poskytovatel povinnost zajistit pro své zaměstnance podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka (supervizora). V oblasti poskytování zdravotních služeb právní úprava s ničím podobným nepočítá, nic však nebrání tomu, aby poskytovatel podobnou možnost svým zaměstnancům přesto nabídl. Důvodem je vysoká emoční náročnost péče o dlouhodobě nemocné spolu s vysokou úmrtností pacientů.

Doporučení:

- Plánovat služby tak, aby nedocházelo k přetěžování jednotlivých pracovníků.
- Nabízet zaměstnancům možnost podpory nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Přehled doporučení

Pokoje pacientů

- Snížit kapacitu pokojů.
- Kapacitu pokojů přizpůsobit jejich velikosti.
- Pokoj musí být pro pacienta bezpečným a důstojným prostředím, musí poskytovat alespoň základní míru soukromí.
- Dodržovat povinné vybavení pokoje stanovené vyhláškou o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.
- Vybavit pokoj potřebným množstvím nábytku a zabezpečit jej proti pohybu, je-li pohyblivý.
- Zajistit pacientovi na pokoji uzamykatelný prostor pro uložení osobních věcí a zajistit, jeli to s ohledem na individuální možnosti a schopnosti pacienta možné, aby pacient měl klíč.
- Zajistit všem pacientům dostupnou a funkční signalizaci.
- Dbát o neprodlenou reakci personálu na signalizaci od lůžka.
- Pacienty, kteří nemohou ovládat signalizaci, navštěvovat tak často, aby v případě komplikací nezůstali bez pomoci a aby nebyl ohrožen jejich mikční režim.
- Zpříjemnit prostředí pokoje, mimo jiné, osobními předměty pacientů.
- Věnovat pozornost zornému poli ležících pacientů a využívat všech dostupných prostředků k jejich stimulaci.

Prostředí léčebny

- Zajistit dostatečný počet bezbariérových toalet a koupelen, které umožňují sprchovat imobilní pacienty vleže.
- Zajistit na toaletách pro pacienty toaletní papír, mýdlo a ručníky. Toaletní papír zajistit přímo v kabině toalety.
- Vybavit koupelny závěsy či jinými prostředky pro zajištění soukromí.
- Oddělit toalety pro muže a ženy.

- Na toaletách zajistit možnost bezpečného uzamknutí (s možností otevření zvenčí) či alespoň vhodný prostředek upozorňující na obsazení toalety.
- Vybavit toalety dostupnou a funkční signalizací.
- Vhodnými nástroji podpořit schopnost pacienta orientovat se v prostoru a čase.
- Zřídit denní místnost pro pacienty.
- Zajistit prostor pro důstojné stravování.
- Zavést takový systém uzavření oddělení, jenž ve volném pohybu neomezí pacienty a další osoby, u kterých to není žádoucí.

Práva člověka jako pacienta

- Nepodmiňovat hospitalizaci pacienta v zařízení jeho finanční spoluúčastí.
- Žádat a přijímat dary od pacienta lze až po jeho propuštění.
- Zpřístupnit pacientovi vnitřní řád a pravidla pro vyřizování stížností.
- Mít zpracovaný seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí se v zařízení vyžaduje písemný souhlas.
- Žádat souhlas pacienta (případně jiné oprávněné osoby) s poskytnutím zdravotních služeb vždy, když mu zdravotník navrhuje provedení konkrétního úkonu péče, ke kterému má být souhlas poskytnut.
- Řádně vyplňovat jednotlivá pole ve formuláři pro udělování souhlasu s hospitalizací, aby bylo zřejmé a průkazné, s čím pacient souhlasí či nesouhlasí.
- Požadovat souhlas s hospitalizací také u pacientů, kteří do léčebny přicházejí z některého z oddělení akutní péče nemocnice, jejíž součástí je LDN, a mít jej zdokumentovaný.
- Vzdělávat personál v oblasti předběžných prohlášení a dříve vyslovených přání.
- Respektovat zákonnou úpravu udělování souhlasů s poskytováním zdravotních služeb u pacienta s omezenou svéprávností.
- Zjišťovat a zaznamenávat rozsah omezení svéprávnosti pacienta.
- O omezení svéprávnosti (včetně jeho rozsahu) informovat všechny pracovníky, kteří s tímto pacientem přicházejí do styku.

- Chránit soukromí pacienta, a pokud to okolnosti dovolí, nesdělovat před ostatními pacienty citlivé osobní údaje týkající se jeho zdravotního stavu.
- Nabízet chodícím pacientům možnost soukromého rozhovoru pacienta s lékařem.
- Výběr osob, které mohou být informovány o zdravotním stavu pacienta, ponechávat zcela na pacientovi a neomezovat počet těchto osob ani způsob podání informací.

Důstojnost a soukromí pacientů

- Dbát o korektní oslovování pacienta a vhodnou komunikaci, nestavět jej do role dítěte, nepoužívat k jeho oslovování zdvořiliny.
- Dbát o to, aby se pacientovi minimálně při prvním kontaktu každý pracovník představil.
- Dbát o řádné označení pečujícího personálu.
- Podporovat soběstačnost pacienta při provádění hygieny, během provádění hygieny s ním komunikovat.
- Omezit plošné odebírání občanských průkazů a průkazů pojištění.
- Odebrané průkazy zajistit tak, aby nemohlo dojít k jejich zneužití.
- Umožnit blízkým pacienta setrvat v zařízení i mimo návštěvní hodiny a aktivně o této možnosti pacienty i jejich blízké informovat.
- Zajistit soukromí a důstojné prostředí pro návštěvu.
- Zajistit takové materiální podmínky, které umožní soukromí pacientů na pokoji při provádění hygieny, při použití pokojové toaletní židle či při ošetrovatelských úkonech (například zajištěním a používáním zástěn); nastavit pracovní úkoly zaměstnanců tak, aby pacientům mohli zabezpečit soukromí.
- Ohleduplným přístupem personálu bránit zásahům do intimity pacientů (zavírání dveří, klepání při vstupu do pokoje, zakrytí člověka, odvrácení se, vyzvání ostatních pacientů k odchodu z místnosti); dbát na důslednost pracovníků.
- Zajistit soběstačným pacientům možnost samostatného provádění hygieny, a to v soukromí.
- Pacienty do koupelny převážet oblečené.

Volnost pohybu, zajištění bezpečí

- Omezovací prostředky používat jen v nejnútnejších případech.
- Zpracovávat individuální plány zvládání neklidu.
- Záznam o použití omezovacího prostředku činit v souladu s požadavky vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.
- Vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků.
- Vyhnout se indikacím omezovacích prostředků do budoucna a převádění lékařských kompetencí na nelékařský personál.
- Upustit od vágních předpisů léků s tlumícím účinkem „při neklidu“ a ordinaci vždy formulovat jasně a způsobem, který vyloučí možnost různých interpretací situace.
- V ordinaci léků s tlumícím účinkem uvádět maximální denní dávku léku a interval mezi dvěma podáními.
- Vést podrobné záznamy o podání léků s tlumícím účinkem; uvádět informaci o času podání, popis situace předcházející podání a účinek.
- Okolnosti podání léků s tlumícím účinkem pravidelně analyzovat a zohlednit při plánu další péče.
- Dbát o prevenci pádů.
- Respektovat zásady správného a bezpečného užívání postranic (viz text).

Ošetrovatelská a lékařská péče

- Důsledně provádět úkony představující prevenci malnutrice, zejména sledovat riziko malnutrice (po celou dobu hospitalizace), adekvátně reagovat v případě jeho zjištění a nadále hodnotit zdravotní stav pacienta (upravit související činnosti pracovním postupem).
- Nastavit systém provádění záznamů o stravě a tekutinách tak, aby zbytečně nepodporoval riziko chyb (například umístit záznamové archy k lůžku pacienta).
- Využívat odbornost nutričního terapeuta v rámci komplexní péče o pacienta.
- V individuálních případech (pacienti s katetry, pacienti s ordinovaným max. množstvím přijatých tekutin) důsledně sledovat bilanci tekutin.

- Věnovat větší pozornost stravování a chápat je jako součást komplexní péče s ohledem na uspokojování nejen biologických, ale i psychických a sociálních potřeb a zájem na zachování a navrácení soběstačnosti.
- Při dopomoci pacientovi při jídle dbát na klidný přístup, oční kontakt, podpůrnou komunikaci a projevy pacienta, podporovat pacientovu soběstačnost.
- Aktivně podporovat pacienty v sezení u jídla.
- Vyhnout se mixování všech složek jídla dohromady.
- Přijmout za jeden z cílů hospitalizace udržení či zlepšení samostatnosti pacienta v oblasti vyměšování.
- Inkontinenční pomůcky (pleny) používat jen v nutných případech.
- Přísně zvažovat indikaci močového katetru a ošetrovatelské úkony s ním spojené řádně dokumentovat.
- Vést zdravotnickou dokumentaci tak, aby byla relevantním podkladem pro další péči.
- Zavést vstupní hodnocení psychických a sociálních potřeb pacienta a zaznamenávat je do dokumentace.
- Vést epikrízu a plán dalšího léčebného postupu.
- Údaje o provedených ošetrovatelských úkonech zaznamenávat až poté, co opravdu proběhnou.
- Léky pacientovi podávat pouze na základě přesné a úplné ordinace lékaře.
- Vést záznamy o čase podání, situaci předcházející podání a následném efektu u nepravidelně podávaných léků.
- Zajistit, aby léky pacientům podával pouze k tomu oprávněný personál. Postup pro podávání léků nastavit tak, aby minimalizoval riziko chyb.
- Zajistit, aby přístup k lékům měl pouze k tomu oprávněný personál.
- Pravidelně kontrolovat expirační lhůtu léků.
- Zavést standardní hodnocení bolesti a zaznamenávat její charakter a intenzitu.
- Činit řádné záznamy o podávání analgetik včetně jejich účinku na pacienta.

- Zaměřit se na včasnou detekci příznaků deprese.
- Zohlednit depresi při naplňování individuálního plánu pacienta.
- Pacienta s dekubity a pacienta, který je ohrožen jejich vznikem, systematicky polohovat.
- Úkony spojené s péčí o dekubity (údaje o frekvenci převazů a rozsahu stavu dekubitů včetně fotodokumentace) zaznamenávat do dokumentace pacienta.
- Vést vypovídající záznamy o polohování.
- Provádět komplexní diagnostické kognitivní testy.
- Využívat dostupné terapie, více aktivizovat pacienty a podporovat nácvik jejich soběstačnosti.
- Reflektovat individuální potřeby a schopnosti pacienta; usilovat o aktivizaci i u těch pacientů, kteří se neúčastní společné ergoterapie.
- Vypracovat aktivizační plány tak, aby z nich bylo zřejmé, jak konkrétně a v jakém časovém horizontu má aktivizace pacienta probíhat a kdo ji má zajišťovat.
- Zajistit pobyt na čerstvém vzduchu i pacientům, kteří k tomu potřebují dopomoc personálu.
- Poskytovat standardizovanou paliativní péči.
- Informovat blízké pacienta o zhoršení zdravotního stavu a umožnit jim setrvat u lůžka i v době mimo návštěvní hodiny.

Sociální práce

- Zajistit odborně způsobilého pracovníka pro výkon sociální práce.
- Sociální práci realizovat v souladu s potřebami pacientů, a to v průběhu celé hospitalizace.
- Stanovit systém, dle kterého bude zdravotně-sociální pracovník při výkonu sociální práce postupovat.
- Stanovit pravidla pro sdílení informací mezi zdravotně-sociálním pracovníkem a ostatními členy personálu.
- Vést o sociální práci s pacientem dostatečně vypovídající dokumentaci.

Personál

- Zajistit dostatečný počet ošetřujícího personálu na směnách.
- K pacientovi přistupovat komplexně, pracovat v týmu.
- Zvážit zapojení lékaře geriatra do péče o pacienty.
- Plánovat služby tak, aby nedocházelo k přetěžování jednotlivých pracovníků.
- Nabízet zaměstnancům možnost podpory nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Zdroje

1) Právní předpisy

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny:
Úmluva o lidských právech a biomedicině, vyhlášená pod č. 96/2001 Sb. m. s.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, vyhlášená pod č. 10/2010 Sb. m. s.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ve znění vyhlášky č. 284/2017 Sb.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění zákona č. 460/2016 Sb.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

2) Ostatní zdroje

Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele. Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb. 2008. [online]. [cit. 18. 8. 2016]. Dostupné z http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/prirucka_supervize.pdf.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Zpráva o stavu demence 2016. [online]. Česká alzheimerská společnost [cit. 14. 7. 2017]. Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>.

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. Standardy paliativní péče. 2013. [online]. [cit. 14. 7. 2017]. Dostupné z http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf.

RADA EVROPY. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 ze dne 25. června 1999 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících („Charta práv umírajících“).

RADA EVROPY. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům ze dne 12. listopadu 2003 o organizaci paliativní péče.

RADA EVROPY. Rezoluce Výboru ministrů Rady Evropy [ResAP(2003)3] ze dne 12. listopadu 2003, o stravování a nutriční péči ve zdravotnických zařízeních.

HOLMEROVÁ, Iva. Úvodní stručné informace o problematice demence. In: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014, s. 6–13. ISBN 978-80-87949-03-0.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Malnutrice - riziko a možnosti ochrany v zařízeních sociálních a zdravotních služeb. Brno: Veřejný ochránce práv 2014 [online]. [cit. 14. 7. 2017]. Dostupné z <https://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/malnutrice/>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Důvodová zpráva k návrhu zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Sněmovní tisk 405/0. 2011. [online]. [cit. 14. 7. 2017]. Dostupné z <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=405&CT1=0>.

Příloha – Získávání souhlasu pacienta

1) Souhlas s hospitalizací

Proces udělování souhlasu s hospitalizací závisí na zdravotním stavu pacienta.

Pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, uděluje souhlas on sám v písemné formě.⁸²

Zjištění z návštěv:

- V zařízení podepisovali formulář „Poučení a souhlas s hospitalizací“ rodinní příslušníci pacientů, a to bez toho, aby bylo uvedeno, z jakého důvodu není pacient schopen souhlas udělit sám. Současně zařízení neinformovalo příslušný soud a neiniciovalo řízení, v rámci kterého by byla soudem vyslovena přípustnost držení ve zdravotnickém zařízení (dále jen „detenční řízení“). Z rozhovorů s personálem vyplynulo, že při vyjednávání o umístění do zařízení udělují pacienti plnou moc příbuzným k zastupování při jakýchkoliv jednáních souvisejících s poskytováním služeb. Na základě toho pak i v otázce udělení informovaného souhlasu zařízení automaticky jedná se zmocněnci a formulář předkládá k podpisu právě jim.

Písemný souhlas s hospitalizací může udělit také pacient s kognitivním deficitem, avšak za předpokladu, že rozumí tomu, že je v nemocnici a souhlasí se svým setrváním.

Zjištění z návštěv:

- Pacientka byla dle vstupního lékařského vyšetření dezorientována. V dokumentaci je záznam: „Při příjmu neurčí místo ani nemocnici, neví, který je rok, neodpoví, kdy se narodila...“ Ve stejný den však podepsala souhlas s hospitalizací.

Pokud personál (lékař) přijímá k hospitalizaci pacienta s kognitivním deficitem, musí podávané informace přizpůsobit schopnosti pacienta porozumět a zaznamenat ve formuláři okolnosti poskytnutí souhlasu, neboť pacient je řádně informován pouze tehdy, pokud podané informace rozumí.

Formulář souhlasu s hospitalizací by měl vedle pacienta vždy podepsat také lékař, který pacienta v souladu se zákonem informoval.

V případě, že pacient s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen vyjádřit souhlas s hospitalizací písemně, může jej vyjádřit jinak.⁸³

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

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

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

Pokud pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, avšak jeho stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče, lze jej hospitalizovat bez souhlasu.⁸⁴

V takovém případě je poskytovatel povinen informovat o hospitalizaci soud, v jehož obvodu se zdravotnické zařízení nachází, a to ve lhůtě 24 hodin. Poskytovatel je povinen informovat rovněž osoby určené pacientem v souladu s § 33 zákona o zdravotních službách, a není-li takových osob, některou z osob blízkých, popřípadě osobu ze společné domácnosti, nebo zákonného zástupce pacienta, pokud jsou mu známy.

Na tomto místě doporučujeme, aby poskytovatelé upravili postup při oznamování převzetí pacienta do léčebny soudu a dalším subjektům vnitřním předpisem.

2) Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb

1. Pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, uděluje souhlas sám pacient.

Pro udělení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb zákon o zdravotních službách nevyžaduje písemnou formu. Výjimkou jsou úkony, pro které stanoví písemnou formu zvláštní zákon,⁸⁵ případně sám poskytovatel (viz kapitola 4.3). V ostatních případech postačuje souhlas ústní či dokonce předpokládaný (například při aplikaci injekce⁸⁶).

2. Pokud zvláštní zákon (příp. poskytovatel) požaduje udělení souhlasu v písemné formě, avšak pacient s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen vyjádřit souhlas v této formě, může jej vyjádřit jinak.

V takovém případě platí stejné pravidlo jako pro souhlas s hospitalizací – zdravotnický pracovník zaznamená nepochybný projev vůle pacienta do jeho zdravotnické dokumentace. Uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící pacientovi ve vyjádření požadovaným způsobem; záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

3. Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, vyžaduje se souhlas osoby určené podle § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách, není-li takové osoby, nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby, nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby, nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.

Pokud není žádná osoba, která by splňovala výše uvedená kritéria, a nejedná-li se o služby, které je možné poskytnout bez souhlasu, poskytovatel není oprávněn zdravotní služby poskytnout.

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

85 Například zákon o specifických zdravotních službách.

86 Důvodová zpráva k návrhu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.



Veřejný ochránce práv
OMBUDSMAN