



Veřejný ochránce práv
OMBUDSMAN

DOMOVY PRO SENIORY A DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM



ZPRÁVA

ZE SYSTEMATICKÝCH NÁVŠTĚV
VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV

2015



Veřejný ochránce práv
OMBUDSMAN

DOMOVY PRO SENIORY A DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

ZPRÁVA

ZE SYSTEMATICKÝCH NÁVŠTĚV
VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV

2015

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

<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/>

ISBN 978-80-87949-11-5

POSLÁNÍ OCHRÁNCE

Veřejný ochránce práv (ombudsman) podle zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, 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. V rámci prošetřování stížností má ochránce právo nahlížet do úředních či soudních spisů, žádat úřady o vysvětlení a může bez ohlášení provádět místní šetření. 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 podzákoných 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

Poslání ochránce	1
Úvodní slovo	4
I) Systematické návštěvy zařízení sociálních služeb pro seniory	5
1) Právní úprava poskytování sociální služby „domov se zvláštním režimem“ a „domov pro seniory“	5
2) Průběh návštěv	6
3) Informace o navštívených zařízeních	7
II) Péče o osoby trpící demencí	8
1) Demence	8
2) Specifické potřeby dané demencí	9
3) Zařízení pro seniory provozovaná bez řádné registrace	13
4) Detence v zařízeních sociálních služeb	13
5) Zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb	14
III) Zjištění a doporučení ochránce	16
1) Prostředí a vybavení	16
a) Orientace v realitě	16
b) Individualizace pokojů	17
c) Zajištění bezpečí	18
d) Prostor pro trávení dne	19
2) Důstojnost a autonomie vůle klientů	21
a) Přístup personálu ke klientům	21
b) Příklad nerespektu – přidělové systémy	22
c) Management potřeb	22
d) Přání klientů	24
3) Denní rytmus	25
a) Harmonogram dne	25
b) Náplň dne	26
c) Pobyt na vzduchu	27

4) Soukromí	28
a) Soukromí při hygieně, na toaletě, při ošetrovatelských úkonech	28
b) Soukromí na pokoji	29
c) Ochrana osobních údajů	30
5) Volnost pohybu	32
a) Opatření omezující pohyb	32
b) Nakládání s medikací s tlumivým účinkem	36
c) Uzavřenost oddělení	39
6) Poskytovaná péče	41
a) Prevence malnutrice	41
b) Dekubity	47
c) Trvale ležící klient	48
d) Sledování bolesti	49
e) Deprese	50
f) Hygiena	50
g) Mikční režim	51
h) Nakládání s léky	53
7) Bezpečnost	57
a) Postranice	57
b) Pády	59
c) Signalizace	61
8) Personál	63
IV) Zdroje a literatura	64
V) Příloha – Analýza medikačních karet	68

ÚVODNÍ SLOVO

Systematické návštěvy pobytových zařízení sociálních služeb pečujících o seniory, o kterých pojednává tato zpráva, proběhly za doby působení mého předchůdce, JUDr. Pavla Varvařovského. Platnost formulovaných doporučení však trvá a já se s nimi ztotožňuji, stejně jako s vytýkanými pochybeními.

Návštěvy odhalily **v 7 případech ze 14 špatné zacházení**. Špatné zacházení je pojem, který používám, když chci vyjádřit, že zjištěné pochybení se nejen dotýká důstojnosti člověka, ale zásah už dosahuje určité intenzity, která je alarmující a musí být vyžadována náprava.

Cílem systematických návštěv je prevence špatného zacházení a je zřejmé, že **i v zacházení s osobami závislými na poskytované péči je mnoho oblastí, kde může špatné zacházení nastat**. I na místech předurčených k péči o člověka, nikoli k detenci, může být ohroženo právo člověka na život, právo nebýt podroben špatnému zacházení, právo na osobní svobodu či právo na soukromý a rodinný život.

Pro rozšíření citlivosti k tématům pro klienty naprosto základním a zásadním předkládám podrobný rozbor témat, jako je bolest, výživa, malnutrice, nadměrné tlumení léky, zanedbání prevence pádu, omezení svobody či soukromí. Věřím, že i právní pohled může posílit ochranu osob odkázaných na péči, byť ta musí primárně spočívat v cíleném úsilí zařízení o dobrou praxi a v systémovém vytváření podmínek pro to, aby byla dobrá péče dostupná.

Většina vytknutých pochybení nebyla výsledkem úmyslné chyby personálu. Zaměstnanci naopak často podávali obdivuhodné výkony a projevovali mimořádnou empatii. Většinou bylo podle mého názoru **na vině vedení, které nenastavilo pravidla a postupy pro určitý okruh činností**, například nestanovilo úkoly a povinnosti v rámci procesu prevence malnutrice, sledování bolesti, atp. Případně tato pravidla nastavena byla, ale pracovníkům v přímé péči nebyla adekvátně vysvětlena. Pokud pečovatelé nechápou význam toho, co dělají, odráží se to samozřejmě na jejich motivaci dělat daný úkon řádně a zodpovědně.

Konečně je třeba připomenout, že téměř do všech zařízení můj předchůdce adresoval doporučení zvýšit počet pečujícího personálu. Bohužel, některá zařízení v následné komunikaci sdělovala, že nepřiznivá finanční situace je naopak tlačí ještě do další redukce personálu. **Bez dostatku pracovníků však dobrou péči osobám s vysokou závislostí na pomoci druhé osoby poskytovat nelze.**



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

I) Systematické návštěvy zařízení sociálních služeb pro seniory

Veřejný ochránce práv v roce 2013 zahájil dlouhodobější projekt mapování zacházení se seniory v institucích. Konkrétně se zaměřil na podmínky poskytování péče osobám, které trpí syndromem demence. S ohledem na demografický vývoj v celém světě a zejména v Evropě je zřejmé, že problematika poskytování péče osobám s demencí bude čím dál významnější, a to ve všech evropských zemích. První fáze¹ projektu probíhala od jara 2013, kdy se prováděly systematické návštěvy těch pobytových zařízení sociálních služeb, ve kterých je poskytována péče osobám trpícím syndromem demence. Šlo o domovy pro seniory ve smyslu § 49 zákona o sociálních službách² a o domovy se zvláštním režimem ve smyslu § 50 téhož zákona.

Poznatky ze systematických návštěv nastolily témata, která lze považovat za dosud ne zcela zmapovaná a prodiskutovaná. Proto dostala prostor v rámci odborné konference Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, kterou uspořádala Kancelář veřejného ochránce práv v roce 2014. Zájemcům o kvalitu sociálních služeb doporučuji sborník, který byl z konference pořízen.³

1) Právní úprava poskytování sociální služby „domov se zvláštním režimem“ a „domov pro seniory“

Definice a základní úprava činnosti domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem jsou obsaženy zejména v zákoně o sociálních službách. Na podzákoné úrovni je důležitá zejm. prováděcí vyhláška k zákonu,⁴ která v příloze 2 obsahuje Standardy kvality sociálních služeb.

Při posuzování zacházení s klienty z hlediska dodržování jejich práv vycházím z Listiny základních práv a svobod. Z mezinárodně-právních dokumentů, které mají před vnitrostátní právem aplikační přednost, je nutné zmínit zejména Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod (Evropská úmluva),⁵ Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením,⁶ či Mezinárodní pakt o občanských a politických právech.⁷

1 Součástí projektu jsou dále návštěvy zdravotnických zařízení a také těch pobytových zařízení, která nemají registraci dle zákona o sociálních službách, ale fakticky sociální služby poskytují, byť nelegálně.

2 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále také „zákon o sociálních službách“).

3 Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv 2014 [cit. 18. listopadu 2014]. ISBN 978-80-87949-04-7. Dostupné z: http://spolecne.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/projekt_ESF/Seniorska_konference/sbornik_CZ.pdf. Dále jen „Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí“.

4 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

5 Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, ve znění protokolů č. 3, 5 a 8, vyhlášená pod č. 209/1992 Sb. (dále také „Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod“).

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

7 Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, vyhlášené pod č. 120/1979 Sb.

I) Systematické návštěvy zařízení sociálních služeb pro seniory

Zohledňuji dále standardy a doporučení formulované mezinárodními organizacemi či nevládními organizacemi, které jsou sice právně nezávazné, avšak představují určité měřítko pro posuzování správné či špatné praxe zacházení s osobami, které trpí syndromem demence. Z českého prostředí je důležité poukázat na **Strategii české alzheimerovské společnosti P-PA-IA**.⁸ V mezinárodním měřítku jsou významná doporučení, stanoviska a deklarační prohlášení společnosti Alzheimer Europe.⁹ Práva starších osob jsou pak řešena i v řadě právně nezávazných deklarácí a chart. Zmínit lze např. Principy OSN pro seniory, které přijalo Valné shromáždění OSN v roce 1991,¹⁰ z roku 2014 je pak důležité uvést doporučení Výboru ministrů Rady Evropy týkající se lidských práv a svobod starších osob.¹¹

2) Průběh návštěv

Návštěvy proběhly vždy bez předchozího ohlášení. V momentě zahájení návštěvy bylo informováno vedení zařízení. Trvaly obvykle 2 až 3 dny, délka návštěvy závisela na velikosti zařízení. V několika případech bylo součástí návštěvy i noční šetření.

Návštěvy zahrnovaly prohlídku zařízení, a to zejména prohlídku prostor, kde se pohybují klienti (pokoje, jídelny, společenské místnosti, zahrady atp.), a prohlídku zázemí personálu (sesterna, kuchyně, sklady léků atp.). Další důležitou součástí návštěvy byly rozhovory s personálem, vedením, případně některými klienty. Rozhovory byly vedeny zásadně v soukromí a jejich obsah byl důvěrný. Dále zaměstnanci Kanceláře během návštěv pozorovali personál při práci, studovali dokumentaci klientů, dokumentační pomůcky personálu a vnitřní předpisy zařízení.

Kromě právníků Kanceláře veřejného ochránce práv **se všech návštěv zúčastnil i externí konzultant Kanceláře – zdravotník**. Aby byla zajištěna odborná správnost výstupů z těchto návštěv, uzavřel veřejný ochránce práv memorandum o spolupráci s Českou alzheimerovskou společností, Českou asociací sester a Českou společností paliativní medicíny.¹² V rámci této spolupráce proběhly četné konzultace i výběr externích spolupracovníků ochránce.

8 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence* [on-line]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Revidovaná verze 2013 [cit. 3. června 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>, dále také „Strategie P-PA-IA“.

9 Např. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí (ALZHEIMER EUROPE. The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia [on-line]. Alzheimer Europe 2012 [cit. 3. června 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports>).

10 VALNÉ SHROMÁŽDĚNÍ OSN. *Principy OSN pro seniory (United Nations Principles for Older Persons)*. Rezoluce A/RES/46/91, přijatá 16. prosince 1991 [on-line]. New York: Valné shromáždění OSN [cit. 5. června 2014]. Dostupné z: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>.

11 RADA EVROPY. *Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy CM Recommendation (2014) 2 o podpoře lidských práv starších osob, přijaté 19. února 2014* [on-line]. Rada Evropy [cit. 5. června 2014]. Dostupné z: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&>. Jedná se o první evropský nástroj, který se zabývá explicitně lidskými právy starších osob.

12 VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Z činnosti ombudsmana* [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2013 [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/>.

I) Systematické návštěvy zařízení sociálních služeb pro seniory

3) Informace o navštívených zařízeních

Celkem bylo v roce 2013 navštíveno 14 pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory, v jednom ze zařízení proběhla opakovaná návštěva zaměřená na plnění doporučení ochránce. Špatné zacházení spočívající v různých intenzivních zásazích do základních práv a svobod klientů ochránce shledal v 7 případech. Podrobnější informace o navštívených zařízeních jsou uvedeny v následující tabulce.¹³

Název zařízení	Zřizovatel	Typ zařízení	Kapacita
Domov pro seniory Třebíč ¹⁴	Kraj Vysočina	DPS, ¹⁵ DZR ¹⁶	106
Domov Slaný ¹⁷	Středočeský kraj	DZR	50
Alzheimercentrum Průhonice, o. p. s.	Alzheimercentrum Průhonice, o. p. s.	DZR	159
Charitní dům pokojného stáří, Cetechovice ¹⁸	Oblastní charita Kroměříž	DZR, odlehčovací služby	42
Domov pro seniory Světlo, Drhovle	Jihočeský kraj	DPS, DZR	106
Domov pro seniory Uničov, s. r. o.	Domov pro seniory Uničov, s. r. o.	DPS	40
Domov pro seniory Kobylisy	Hl. m. Praha	DPS, DZR	211 ¹⁹
Domov pro seniory Pyšely	Hl. m. Praha	DPS	60
Dům seniorů Liberec-Františkov, p. o.	Liberecký kraj	DPS, DZR	200
Toreal, spol. s r. o. (Královské Poříčí)	Toreal, spol. s r. o.	DPS, DZR	177
Domov U Zámku (Ivanovice na Hané)	Domov U Zámku, o. s.	DPS, DZR	45 ²⁰
Lázně Letiny s. r. o. ²¹	Lázně Letiny s. r. o.	DZR, zdravotnické zařízení	290 ²²
Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem PAMPELIŠKA (Česká Lípa) ²³	Pampeliška o. p. s., Ústecká 318, 403 23	DPS, DZR	72
Domov pro seniory Zlaté slunce (Ostrava)	Agentura Slunce, o. p. s.	DPS	62

13 Údaje jsou platné ke dni návštěvy zařízení.

14 Celý název: Domov pro seniory Třebíč, Koutkova-Kubešova, příspěvková organizace.

15 Domov pro seniory (dále také „DPS“).

16 Domov se zvláštním režimem (dále také „DZR“).

17 Celý název: Domov Slaný, poskytovatel sociálních služeb.

18 Celý název: Charitní dům pokojného stáří, Cetechovice 71, 768 02 Zdounky.

19 211 lůžek registrovaných, fakticky 188 lůžek.

20 Pracoviště Ivanovice na Hané.

21 Zařízení bylo přejmenováno na „Sociální a zdravotní centrum Letiny, s. r. o.“.

22 260 lůžek DZR, 30 lůžek následné péče (zdravotnické zařízení).

23 Celý název: Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, PAMPELIŠKA, Jáchymovská 2352, 470 01 Česká Lípa.

II) Péče o osoby trpící demencí

1) Demence

Podle údajů Alzheimer's Disease International bylo v roce 2013 po celém světě 44,4 milionů osob trpících demencí. V roce 2030 se předpokládá, že toto číslo stoupne na 75,6 milionů, v roce 2050 dokonce 135,5 milionů.²⁴ V souvislosti s tímto vývojem si stále více států uvědomuje, že péče o osoby s demencí se nevyhnutelně bude muset stát jedním z nejvýznamnějších témat národních politik v oblasti zdravotnictví.

Na tento problém dlouhodobě upozorňuje i nevládní organizace Alzheimer Europe a její členské organizace. Společně apelovaly na evropské vlády i Evropskou unii, aby z problematiky demence učinily politickou prioritu, např. v Pařížské deklaraci přijaté v roce 2006. Ta mj. vyzývá, aby byla Alzheimerova choroba uznána jako hlavní výzva veřejného zdravotnictví, a aby byly vytvořeny evropské, mezinárodní i národní akční programy k jejímu zdoání.²⁵

V České republice se problematice péče o osoby trpící demencí věnuje Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013–2017, avšak to pouze částečně.^{26, 27} Jde spíše o obecný, deklarující dokument, který nepředstavuje ucelenější strategii.

Demence přináší celou řadu specifických potřeb klienta a zařízení sociálních služeb, které se specializuje na poskytování péče seniorům, na ně musí být schopno reagovat, bez ohledu na typ poskytované služby. V tomto ohledu není rozhodující, zda se jedná o domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem. V současnosti se osoby s demencí nacházejí v obou typech zařízení, což se ukázalo i během návštěv. Ne všechna zařízení ovšem byla na tento typ klientů připravena. I pokud však zařízení nepřijímá osoby s demencí, neznamená to, že se u některých klientů syndrom demence postupně nerozvine.

Je důležité, aby i v domovech pro seniory, při kterých není zřízena služba domov se zvláštním režimem, bylo předpokládáno (a při zajišťování služby zohledňováno), že demence je běžná zdravotní komplikace u seniorů. Její výskyt by proto neměl vést k ukončování služby, nýbrž k přizpůsobení specifickým potřebám aktuální klientely.²⁸

24 ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. *Dementia statistics* [on-line]. Alzheimer's disease international [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/statistics>.

25 ALZHEIMER EUROPE. *Paris Declaration* [on-line]. Alzheimer Europe 2009 [cit. 3. června 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Paris-Declaration>.

26 Uvádí, že lze předpokládat, že se v budoucnu zvýší počet onemocnění typických pro vyšší věk a musí být proto rozvíjena specializovaná péče. Formuluje dva obecné cíle, které by měly být realizovány. Prvním je nabídnout co nejširší škálu služeb, druhým zvýšení informovanosti neformálních pečujících.

27 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [on-line]. Praha: 2013 [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14540>.

28 Viz VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Přístup k sociální službě domov pro seniory. Obsahová analýza* [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2013 [cit. 18. listopadu 2014]. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/Vyzkum-2013_pristup-k-socialni-sluzbe_web.pdf.

2) Specifické potřeby dané demencí

O demenci hovoříme jako o syndromu, souboru příznaků. Jde o důsledek různých onemocnění, zejména neurodegenerativních a vaskulárních, z nichž nejčastější je **Alzheimerova choroba**.²⁹ Přináší nejprve poruchy paměti, postupně se rozvíjející poruchy orientace, vyjadřování, poruchy přizpůsobení novým podmínkám. Velmi brzy se mohou vyskytovat poruchy myšlení, úsudku, plánování a organizování určitých činností. To přináší omezení soběstačnosti a dezorientaci. Ve fázi těžké demence a ve fázi terminální potřebují lidé s demencí ošetřování a pomoc prakticky ve všech sebeobslužných aktivitách. O charakteristice jednotlivých stadií demence podrobně pojednává Strategie P-PA-IA.

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stadia, **musí být nastavena individuálně a prováděna poučeným personálem**. Péče se musí opírat jak o nefarmakologické přístupy, tak i o vhodnou farmakoterapii, je-li indikována. Naopak, intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže, či zbytečně působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv klienta, či přímo o špatné zacházení. **Požadavku na zohlednění odborné stránky věci odpovídá právní povinnost poskytovatele sociální služby zajistit individuální přístup k potřebám klientů** [§ 2 odst. 2, § 88 písm. f) zákona o sociálních službách].

K orientačnímu zhodnocení situace člověka mohou posloužit testy kognitivních funkcí a soběstačnosti,³⁰ **ve většině navštívených zařízení však stav klientů pravidelně systematicky hodnocen nebyl**. Diagnózu mají lékařsky potvrzenou především klienti, kteří byli před nástupem do zařízení, nebo v jeho průběhu, hospitalizováni. Důsledkem je to, že zaměstnanci domovů běžně vnímají jako osoby s demencí klienty, u kterých to pouze intuitivně tuší, což může vést k nesprávnému hodnocení příznaků. Anebo naopak si pečující eventualitu demence nepřipouští a nemohou tak být naplňovány specifické potřeby klientů, či ještě hůře, příznaky onemocnění jsou personálem považovány za „naschvály“ klienta. **Pouze minimum zařízení samo provádělo orientační testování kognitivních funkcí klientů**. Správná a včasná diagnóza je přitom nezbytným předpokladem pro nastavení individualizované péče. Zařízení proto musí v případě podezření, že klient trpí demencí, zajistit odborné lékařské vyšetření.

Osoba trpící syndromem demence **v každé její fázi vyžaduje specifickou péči**. Od fáze demence by se měla odvíjet náplň dne klienta a míra a forma podpory.

29 HOLMEROVÁ, Iva. Úvodní stručná informace o problematice demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 6-13.

30 Mini-Mental State Examination (MMSE), Test hodin.

II) Péče o osoby trpící demencí

Potřeby lidí ve stadiu P-PA-IA 1:³¹

- *Potřeba správné a včasné diagnózy, zavedení adekvátní farmakoterapie, pokud je indikována, a seznámení s pravděpodobnou prognózou onemocnění.*
- *Potřeba podpory a rady při plánování budoucího postupu léčby a péče za pomoci lékaře (předem vyslovená přání); s vyřízením právních záležitostí.*
- *Podpora, psychologická pomoc, poradenství.*

Potřeby lidí ve stadiu P-PA-IA 2 (středně pokročilá a rozvinutá demence):

- *Potřeba dohledu a dopomoci v různých činnostech denního života.*
- *Pravidelný a strukturovaný denní rytmus a zapojení do činností dle individuálních možností člověka.*
- *Programované aktivity, které naplňují den člověka jednotlivými činnostmi se zřetelem na zachování jeho soběstačnosti.*

Potřeby lidí ve stadiu P-PA-IA 3 (těžká demence):

- *Potřeba zajištění zdravotní (zdravotně sociální), dlouhodobé a paliativní péče.*
- *Potřeba individualizované asistence a individualizovaných aktivit.*

Informace o tom, jakým typem demence osoba trpí a v jakém fázi se syndrom demence nachází, je klíčová pro správné nastavení péče. Informace musí být obsažena v dokumentaci klienta, což je základní předpoklad pro specifické nastavení péče a seznámení personálu s potřebnými informacemi. Je chyba, pokud personál s touto informací dále nepracuje; v zařízeních, kde tomu tak bylo, zpravidla bylo možné kritizovat nedostatek odbornosti a individualizace poskytované péče.

³¹ Strategie P-PA-IA.

II) Péče o osoby trpící demencí

Doporučení

- Pracovat s diagnózou klienta a fází jeho onemocnění jako s nezbytným předpokladem pro nastavení správné péče.
- V případě podezření, že klient trpí demencí, provést test MMSE a podle výsledku vyžádat diagnostiku od lékaře a nastavení adekvátní péče.
- Spolupracovat s lékařem klienta, pravidelně provádět testy kognitivních funkcí a sledovat fázi onemocnění.
- Péči o klienta a průběh jeho dne přizpůsobit stádiu, ve kterém se syndrom demence nachází.
- Informaci o diagnóze a fázi demence zaznamenat do dokumentace klienta.

S postupující demencí a upadáním kognitivních funkcí se zhoršují **komunikační schopnosti nemocných a schopnost porozumět situaci**.³² Vyjádření vůle (a tím i možnosti rozhodovat o sobě), libosti či nelibosti (připomínky, stížnosti) je stále těžší. Pro zamezení nedorozumění, ignorování potřeb a přání klienta, jeho sociální izolace a také frustrace je třeba s tímto problémem pracovat. „Správná komunikace je východiskem a podmínkou dobrých vztahů a dobré spolupráce. Při komunikaci s lidmi s demencí je důležité přijetí člověka s demencí, úcta a podpora důstojnosti. Mnoho nedorozumění vzniká v situacích, kterým člověk s demencí nerozumí. Je proto zapotřebí trpělivě pátrat, naslouchat, sledovat jeho slova i mimoslovní komunikaci a adekvátním způsobem na ně reagovat.“³³

Je zapotřebí zvláštního tréninku a empatie, aby personál uměl zjistit přání klienta s demencí. Je dále zapotřebí mnohem více vysvětlovat, nabízet, komentovat dění, a přitom musí péče co nejméně závislá právě na obsahu mluveného slova.³⁴ V naprosté většině navštívených zařízení byla úroveň komunikace otázkou empatie a intuice personálu, který nedostal žádnou zvláštní podporu ani proškolení.

Doporučení

- Zajistit pracovníkům v přímé péči pravidelné školení v tématu komunikace s klientem s demencí.

32 Schopnost komunikace je u člověka s demencí velmi poškozena, a to jak v části vysílání, tak i přijímání sdělení. Tuto „vstupenku do společnosti“ tak člověk s demencí ztrácí. Člověk může být potom v důsledku nedostatečné komunikace osamocen a izolován, i když je fakticky lidmi obklopen. Přitom schopnost komunikovat není u člověka s demencí nikdy zcela zničená, stále je možné hledat jiné formy komunikace, kterými klient ještě disponuje. I sdělení, která zdánlivě nemají význam, ho mít mohou. Pečující si velmi usnadní situaci a zpříjemní péči jak klientům, tak sami sobě, pokud se naučí komunikaci s člověkem s demencí reflektovat, rozumět jí a používat ji. HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007, edice Vážka, s. 68. ISBN 978-80-254-0177-4.

33 HOLMEROVÁ, Iva. Úvodní stručná informace o problematice demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 7.

34 K tomu více BÁŇOVÁ, Marie. Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 76–83.

II) Péče o osoby trpící demencí

U některých nemocných přináší demence **poruchy chování** či jiné psychiatrické symptomy (halucinace; u lidí s demencí se zřídka vyskytuje spontánní agresivita).³⁵ Významná je v tomto ohledu **prevence**. Péče o člověka trpícího syndromem demence tedy může, podle okolností, zahrnovat i zvládání poruch chování včetně hledání jejich příčin.³⁶ „Správná farmakoterapie a titrace zejména kognitiv minimalizuje i problematické chování. Nedílnou součástí komplexní péče o lidi s demencí jsou také psychosociální intervence a přístupy nefarmakologické, které napomáhají k zachování kvality života a soběstačnosti i k prevenci a zmírnění poruch chování nemocného, a umožní tak minimalizovat či eliminovat užití léků s tlumivým účinkem, zejména antipsychotik, které ohrožují pacienty závažnými nežádoucími účinky.“³⁷ Více viz Analýza příčin „neklidného chování“, prevence strana 34.

Při péči o klienty s demencí je důležité **vytvoření chráněného prostředí**, kde mohou trávit den běžným způsobem. K tomu je možné použít bezpečné technické prostředky, které klient s demencí neobejde (a které současně neomezují ve volném pohybu schopnější klienty). Nicméně i v tomto chráněném prostředí musí klienti pobývat společně s ošetřujícím personálem. Není přípustné, aby byli lidé s demencí drženi v nějak uzavřeném prostoru sami bez dohledu a podpory personálu.³⁸ Podrobnosti viz Prostor pro trávení dne, Uzavřenost oddělení strany 19 a 39.

Níže pojednávám o některých **dalších specifických potřebách** daných demencí, které jsem v souvislosti s povahou péče poskytované v zařízeních sledovala a tematizovala:

- Orientace v realitě; Prostor pro trávení dne; Náplň dne. [viz strany 16, 19 a 26]
- Nutriční problematika a stravování u osob s demencí; [viz strana 41]
- O zvládání inkontinence je pojednáno v části Mikční režim; [viz strana 51]
- Zvládání deprese a bolesti; [viz strany 49, 50]
- Autonomie vůle osob s demencí; [viz strana 21]

Klíčovým předpokladem toho, aby zařízení poskytovalo péči zohledňující všechny uvedené specifické potřeby klientů s demencí, je vyškolený personál. **Vzdělávání personálu**, zdravotnického i nezdravotnického, **musí zahrnovat témata onemocnění klienta, fáze demence, specifika komunikace, přidružené zdravotní komplikace, poruchy chování**. Vzdělávání personálu bylo vždy jedním z bodů šetření během návštěvy zařízení. Ve většině navštívených zařízení neměl personál systematické vzdělávání a spoléhal se pouze na svou intuici.

Doporučení

- **Zajistit pracovníkům v přímé péči pravidelné školení v tématu péče o klienta s demencí.**

35 HOLMEROVÁ, Iva. Úvodní stručná informace o problematice demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 8.

36 HÝBLOVÁ, Pavla. Zvládání poruch chování spojených s demencí. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 14–15.

37 HOLMEROVÁ, Iva. Úvodní stručná informace o problematice demence. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 8.

38 Viz Strategie P-PA-IA.

3) Zařízení pro seniory provozovaná bez řádné registrace

Poptávka po pobytových zařízeních sociálních služeb, která poskytují péči osobám se syndromem demence, je značná a registrovaná zařízení sociálních služeb ji ne vždy jsou schopna uspokojit. V této souvislosti je třeba upozornit na nebezpečí, které představují různá zařízení, která byť slibují odbornou péči o osoby s demencí, nemají k jejímu poskytování oprávnění dle zákona o sociálních službách.

Tak zvaná neregistrovaná zařízení se obvykle prezentují jako penziony či ubytovny a nejčastěji působí na základě živnostenského oprávnění k poskytování ubytování a stravy. Služby péče však poskytují nelegálně, což představuje správní delikt podle zákona o sociálních službách. **Nejsou vázána žádnými požadavky na kvalitu, poskytovaná péče nepodléhá kontrole inspekce sociálních služeb, ani nerespektují maximální výši měsíční úhrady**, kterou pro registrovaná zařízení sociálních služeb stanoví zákon o sociálních službách. Veřejný ochránce práv na toto nebezpečí upozornil již v minulosti. Na webových stránkách ochránce jsou zveřejněny podrobnější informace k tomuto problému.³⁹

Ochránce provedl sérii návštěv těchto zařízení v letech 2013 a 2014. **Ve všech sedmi navštívených zařízeních bylo zjištěno špatné zacházení.** Další informace přináším v souhrnné zprávě z návštěv ubytovacích zařízení poskytujících péči bez oprávnění.⁴⁰

Řešení problému s dostupností řádně registrovaných sociálních služeb není jednoduché. Ze zákona o sociálních službách však vyplývá, že za zajištění dostupnosti poskytování sociálních služeb je odpovědný kraj [viz § 95 písm. g) zákona o sociálních službách]. Pokud by občan, který potřebuje pobytovou sociální službu, byl odmítnut stávajícími zařízeními, může se obrátit s žádostí o pomoc na kraj. Je ovšem na kraji, jak s žádostí naloží a sama žádost nezakládá právní nárok na poskytnutí služby. Aktuálně je to však nejjednodušší možná cesta. Pouze pokud by se osoba dostala do situace, kdy by neposkytnutí okamžité pomoci (formou sociální služby) ohrozilo její život nebo zdraví, je poskytnutí sociální služby v nezbytném rozsahu povinen zajistit obecní úřad obce s rozšířenou působností.

4) Detence v zařízeních sociálních služeb

Veřejný ochránce práv již od roku 2011 upozorňuje na chybějící zákonnou úpravu nedobrovolného pobytu v zařízeních sociálních služeb. Určitý dílčí posun představuje zákon o zvláštních řízeních soudních⁴¹ účinný od ledna 2014, který upravuje postup soudu při vyslovení nepřipustnosti držení v zařízeních sociálních služeb v případech, kdy je zde klient umístěn na základě rozhodnutí svého opatrovníka (§ 84). Tato úprava je však nedostatečná, neboť v zákoně chybí stanovení důvodů, pro které je držení

39 VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Za inzerovanou péčí o seniory se může skrývat špatné zacházení [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2012 [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/za-inzerovanou-peci-o-seniory-se-muze-skrivat-spatne-zachazeni/>.

40 VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Ubytovací zařízení poskytující péči bez oprávnění. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2015 [cit. 20. března 2015]. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/SZ-Neregistrovana_web.pdf.

41 Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.

II) Péče o osoby trpící demencí

klienta v zařízení proti jeho vůli možné. Zákon pouze vágně předpokládá, že soud posoudí, zda je držení v zařízení nezbytné nebo zda není zjevně nepřiměřené. Soudní rozhodování je pak nepředvídatelné, což odporuje požadavku na právní jistotu, a v praxi se otevírá prostor pro zcela svévolnou úvahu soudu.

Osoby s omezenou svéprávností, které jsou proti své vůli umisťovány do zařízení sociálních služeb z rozhodnutí svých opatrovníků, tak nejsou dostatečně chráněny před nezákonným zásahem do jejich základního práva na osobní svobodu, což odporuje nejen Listině základních práv a svobod, ale i závazkům plynoucím z Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (Evropská úmluva).⁴²

Pokud by klient pobytového zařízení, za kterého uzavřel smlouvu o poskytování sociálních služeb jeho opatrovník, projevoval nesouhlas⁴³ se svým pobytem, měl by o tom poskytovatel informovat soud.⁴⁴ Toto oznámení by mělo být pro soud podnětem pro zahájení řízení o vyslovení nepřipustnosti dalšího držení v zařízeních sociálních služeb.

5) Zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb

Je třeba opustit zastaralý pohled na klientelu domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Již neplatí, že jsou zde ubytováni zdraví soběstační senioři, kteří chtějí stáří strávit v kolektivu vrstevníků. Už jen předpokladem přijetí je určitá míra závislosti na poskytované péči. **Klientelu domovů pro seniory v současnosti tvoří zejména senioři se závažnými zdravotními problémy.** Jejich zdravotní stav tak vyžaduje poskytování ošetrovatelské péče přímo v zařízení. Bez výjimky to platí o klientech, kteří trpí syndromem demence v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jedná se o celou škálu ošetrovatelských úkonů, např. o podání léků, úkony související s řešením rizika malnutrice a jejich projevů, o prevenci a ošetřování dekubitů, či řešení stavů neklidu.

Plné proplácení této péče ze strany zdravotních pojišťoven je přitom problém, jak bylo zjištěno během návštěv. **Ačkoliv klienti zařízení celý život řádně platili zdravotní pojištění, pojišťovny jim nyní na sklonku života často odmítají potřebnou péči zaplatit.** Jednotlivá zařízení potom práci sester musí financovat sama, na úkor jiných úkonů péče sociální. Některá pak svěřují úkony ošetrovatelské péče nezdravotníkům a zaměstnávají méně sester, samozřejmě na úkor klientů.

Ačkoliv tedy zákon o sociálních službách předpokládá, že domovy pro seniory i domovy se zvláštním režimem budou klientům poskytovat ošetrovatelskou a rehabilitační péči zejména prostřednictvím svých zaměstnanců (viz § 36 zákona), není uspokojivě vyřešeno její financování.

42 Pro více informací viz VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Nedobrovolný pobyt v zařízení sociálních služeb* [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2014 [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/aktuality-z-detenci/aktuality-z-detenci-2014/nedobrovolny-pobyt-v-zarizeni-socialnich-sluzeb/>.

43 Nesouhlas nemusí být projevěn pouze verbálně, může spočívat i v tom, že se osoba pokouší odejít, opustit zařízení a nevrátí se. Je však třeba vždy vycházet ze zdravotního stavu osoby. Osoba v pokročilém stádiu demence, která je dezorientovaná a má omezené kognitivní schopnosti, patrně nebude vnímat svoji situaci jako omezení osobní svobody a nemusí nutně zařízení opouštět z důvodu, že tam již nechce být.

44 Konkrétně okresní soud, v jehož obvodu se zařízení sociálních služeb nachází.

II) Péče o osoby trpící demencí

Velkým problémem je např. proplácení podání léků (v současné době již zařízení nemohou požadovat proplácení podání léků per os, ale pouze parenterálně). Je známý přístup Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, která odmítá proplácet podání léků s odůvodněním, že úkon netrval 10 minut. Ačkoliv soudy prvního i druhého stupně v řadě případů pravomocně rozhodly, že tuto dobu je třeba považovat za průměrnou, a že její nenaplnění není důvodem pro neproplácení úkonu, pojišťovna odmítá změnit svůj přístup plošně a ustupuje pouze v případě prohraného sporu.

V červnu 2014 bylo uzavřeno **Memorandum o dohodě na úhradových mechanismech** mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, Asociací poskytovatelů sociálních služeb a Asociací krajů ČR.⁴⁵ Jednotliví poskytovatelé sociálních služeb, kteří s VZP uzavřou Zvláštní smlouvu, se zavazují ukončit soudní spory, které proti ní vedou. VZP na druhou stranu doplatí úhrady za ošetrovatelskou péči za uplynulé roky. Jedná se však pouze o dílčí řešení dosavadních sporů o úhrady za již poskytnutou péči.

Veřejná ochránkyně práv vyzvala v červnu 2014 Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, aby se vyjádřila mj. k tomu, co vnímá jako aktuálně nevyhovující, pokud jde o zajištění ošetrovatelské péče uživatelům pobytových sociálních služeb. Pojišťovna odpověděla, že „za *absolutně nevyhovující považuje ... tendenci některých pobytových zařízení sociálních služeb propouštět kvalifikovaný zdravotnický personál (sestry) a nahrazovat jej pracovníky v přímé obslužné péči...*“

Z tohoto vyjádření lze usoudit, že **VZP ošetrovatelskou náročnost klientů pobytových zařízení sociálních služeb uznává**. Neměla by tedy bránit dosažení takové dohody se zařízeními, která bude především v zájmu klientů vyžadujících zdravotní (ošetrovatelskou) péči.

Za velký problém dále považuji to, že **zdravotní pojišťovny neuzavírají smlouvy s nutričními terapeuti** v takové četnosti, aby mohli aktivně působit i v zařízeních pro seniory a podílet se na péči o konkrétní klienty. Přestože jde o samostatnou odbornost, kterou nelze zcela pokrýt jinými zaměstnanci, ani registrovanými sestrami. Osoby trpící demencí jsou přitom mimořádně ohrožené možným vznikem malnutrice. Chce-li zařízení efektivně tento zdravotní problém řešit, potřebuje nutričního terapeuta a za stávající situace mu nezbývá nic jiného, než ho platit z vlastních prostředků. Malnutrice je přitom zdravý i život ohrožující stav spojený s utrpením člověka a klient má nárok na náležitou zdravotní péči, která bude malnutrici předcházet, případně ji efektivně řešit.

Obdobně závažné je i **neproplácení rehabilitační péče**. Tu nelze podřadit pod aktivizaci jakožto jednu ze základních činností služby. Kvalitně a pro klienta bezpečně je možné ji poskytovat pouze prostřednictvím kvalifikovaného personálu.

⁴⁵ ASOCIACE KRAJŮ. *Memorandum o dohodě na úhradových mechanismech 2012-2014 a o dohodě na smírném ukončení soudních sporů* [on-line]. Asociace krajů 2014 [cit. 1. srpna 2014]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.asociacekrajju.cz%2Fdownload%2F101%2F&ei=SUg=-VebyBIKcsgHrroCYBw&usq-AFQjCNHdnGRC6rojWT6qwHEa-BMnvnvXB7w&bvm=bv.91665533,d.bGg>.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Cílem návštěv bylo obecně řečeno zjistit, zda jsou respektována práva a důstojnost klientů, kteří jsou odkázáni na péči personálu, resp. jsou na ní závislí. Bylo proto zjišťováno, v jakých podmínkách klienti žijí, jaká je jim poskytována péče, zda tato péče odpovídá jejich potřebám, i to, jak s klienty zachází a jedná personál. V šetření byla zahrnuta celá řada témat, od podmínek pro zajištění soukromí, přes poskytovanou ošetrovatelskou péči až po náplň dne. Program šetření byl ve všech navštívených zařízeních obdobný. Zvláštní pozornost byla věnována specifickým potřebám osob trpících demencí.

1) Prostředí a vybavení

a) Orientace v realitě

Správná praxe

Specifickým problémem syndromu demence je **narušení či ztráta orientace v realitě**. Součástí poskytované péče musí být promyšlená podpora orientace v realitě a odbourávání jejích překážek. Prostředí zařízení by mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno klientům se syndromem demence. Neschopnost orientovat se totiž může být příčinou poruch chování či dokonce agresivity.⁴⁶

Pomoc klientovi s orientací v realitě (v místě, osobě, čase) zahrnuje řadu prvků. Lidé trpící demencí jsou ohroženi blouděním i ve známém prostředí. Prostor, kde se pohybují, má být proto přehledný, klienti mají vidět na personál a personál má o nich mít přehled. Jednotlivé místnosti (pokoj, sociální zařízení, denní místnost, jídelna) musí být označeny návodně a tak, aby upoutaly pozornost. Orientaci klienta v prostoru je třeba podpořit např. za pomoci piktogramu, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směrovkami, značkami.⁴⁷ Musí být rovněž zohledněno, že mnoho lidí s demencí má strach ze tmy nebo má problém rozeznat nerovnosti terénu. Orientaci v čase je pak vhodné pomoci např. velkými nástěnnými hodinami, viditelným barevným provedením dne v týdnu, měsíce, roku.

46 HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4 (dále také „HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ“), s. 174.

47 „Samotné nápisy, barvy a symboly ještě zdaleka nepostačí k tomu, aby se pacienti s demencí v prostoru zařízení orientovali. Je třeba trpělivě a pečlivě učit orientaci v zařízení, je třeba je učit tomu, jaká barva je barvou jejich pokoje, jaké jsou společné prostory... Pacienti s demencí jsou někdy schopni sami nalézt určité orientační body, které nám nemusí být na první pohled nápadné. Proto by měli být ošetřující pozorní a měli by sledovat, co upoutává pozornost pacientů s demencí a podle čeho se začínají orientovat.“ (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 177).

III) Zjištění a doporučení ochránce

Během návštěv se ochránce zabýval zejména tím, zda je prostředí přizpůsobeno potřebám klienta, který může mít s orientací problémy (např. nerozpozná svůj pokoj, skříň, postel, toaletu, neví, který je den či roční období, atp.).

Zjištění z návštěv

Téměř ve všech navštívených zařízeních shledal ochránce nedostatky týkající se zajištění vhodného prostředí, často byla orientace klientů v prostoru a čase podporována jen zcela minimálně či vůbec.

Jako nevhodné hodnotil ochránce, pokud **pokoje klientů trpících syndromem demence nebyly dostatečně označeny a odlišeny** a byly u nich pouze (černobílé) jmenovky. Rovněž kritizoval, pokud dveře od toalety, od sprchy, jídelny či společenské místnosti neobsahovaly návodné piktogramy (někde byla např. pouze cedule „WC“, což může být pro klienta s kognitivní poruchou nečitelné). V několika případech se ochránce setkal s dlouhými tmavými chodbami, kde bylo označení dveří prakticky neviditelné (uniformně provedená černobílá jmenovka).

Někde sice pracovali se značkami a obrázky, avšak ne za účelem podpořit orientaci, ale spíše kvůli estetickému efektu. Šlo o případy, kdy určité prvky v prostoru (vypínač na světlo, zásuvka) sice byly označeny značkou, avšak značky byly v prostoru rozmístěny jen velmi sporadicky, případně obrázky použité na dveřích nesouvisely s místností za dveřmi (velká květina na dveřích od toalety).

Ochránce rovněž kritizoval, pokud prostředí zařízení nenabízelo pro klienta žádné podněty, žádná vodítka pro orientaci v čase a místě (velké písmo, pestrost, barevné kontrasty, informace o roční době, opakovaný výskyt těchto informací na více místech).

Doporučení

- Přizpůsobit interiéry potřebám klientů s demencí, kteří mohou mít problém s orientací.
- Dveře od toalet, sprchy a kuchyňky označit zřetelnými piktogramy, ne pouze nápisem.
- Dveře klientů trpících demencí výrazně (barevně) označit, aby klient byl schopen poznat svůj pokoj.

b) Individualizace pokoje

Správná praxe

Pokoj klientovi nahrazuje domov. Neměl by proto být sterilní, naopak by měl co nejvíc odrážet klientovu osobnost, ať jde o vybavení osobními věcmi, kusem nábytku z domova (křeslo, skříňka), či o fotky. Osobní věci a fotografie mohou napomáhat člověku uvědomit si, kým je, a rovněž mohou pomoci lépe se vyrovnávat se změnami a případnou izolací, kterou může pociťovat.

III) Zjištění a doporučení ochránce

V případě **klientů trvale upoutaných k lůžku** je třeba věnovat pozornost nejen prostředí a vybavení pokoje, ale i zornému poli ležícího klienta. I zdánlivé maličkosti mohou mít zásadní dopad na kvalitu jeho života.

Zjištění z návštěv

Za nevhodné ochránce považoval, pokud byly pokoje zcela sterilní, bez výzdoby i bez osobních věcí a připomínaly nemocniční prostředí.

V některých zařízeních ani **osoby trvale připoutané k lůžku** nebyly obklopeny osobními věcmi, případně byly tyto předměty umístěny mimo jejich zorné pole. V několika případech bylo lůžko umístěno tak, že klient viděl pouze holou zeď. Někde neviděl ani ven z okna, protože mu v tom bránil nábytek, nebo bylo okno příliš vysoko.

Doporučení

- Věnovat pozornost individualizaci pokoje.
- Zvláštní pozornost věnovat prostředí pokoje klienta, který je trvale upoután k lůžku, a jeho zornému poli.

c) Zajištění bezpečí

Správná praxe

Součástí přizpůsobení prostředí je i zajištění bezpečného pohybu klientů v zařízení. Nejen u klientů trpících demencí může docházet k pádům. Je proto třeba aktivně minimalizovat riziko a věnovat pozornost preventivním opatřením.

Zjištění z návštěv

Ochránce vytýkal, když v zařízení **chyběla madla** pro přidržení se na chodbě, toaletě, ve sprše. Často narazil na **dlouhé tmavé chodby bez odpočinkových zón**. Někde byly chodby zúženy uskladněnými krabicemi či ošetrovatelským materiálem, což způsobovalo menší přehlednost. Někdy tento materiál bránil přístupu k madlům. Ochránce rovněž kritizoval, pokud byl **nábytek na pokoji vybaven kolečky (postel, noční stolek), která nebyla zabrzděná**. Na chodbách byly někde překážky v podobě **nezabrzděných invalidních vozíků a chodítek**, o které se klienti měli tendenci opírat. Zbytečně tak bylo zvyšováno riziko pádu.

Problematické někde bylo i **nedostatečné osvětlení chodeb**, které bylo řízeno časovým spínačem. Klient s problémy s mobilitou mnohdy nebyl schopen přejít chodbu, aniž by se světlo po čase vypnulo. V jednom zařízení byly ve vstupech z chodby na pokoje **vysoké prahy ve dveřích**, případně **šikmé podlahy bez jakéhokoliv označení**, barevného zvýraznění. V jiném zařízení byly vytýkány i **příliš úzké**

III) Zjištění a doporučení ochránce

dveře do pokoje klienta, kterými neprojelo lůžko. V případě požáru by evakuace klientů byla velmi komplikovaná.

Doporučení

- **Uzpůsobit prostředí a vybavení zařízení klientům trpícím syndromem demence s ohledem na zvýšené riziko pádu a sníženou pohyblivost klientů.**

d) Prostor pro trávení dne

Správná praxe

Klienti, nejen ti s demencí, by neměli být nuceni trávit čas pouze na svém pokoji. Takováto situace může vést k sociální izolaci a je v rozporu s **principem normality**. Je normální a přirozené, že člověk během dne střídá různá prostředí dle typu činnosti: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity. Osoba s demencí má jako každý jiný právo střídat prostředí a z této změny profitovat.

V zařízení by měla být k dispozici **jídelna**, aby klienti nebyli nuceni jíst pouze na svých pokojích [viz kapitola Prevence malnutrice strana 41]. Rovněž by v zařízení měla být **místnost pro společenské setkávání**. Ta může představovat výrazný aktivizační činitel, neboť umožňuje sociální interakci. Zařízení místnosti pro společenské aktivity by pak mělo připomínat běžnou domácnost.⁴⁸ Tyto prostory (jídelna i společenská místnost) by měly být uzpůsobeny přibližně pro 15 lidí a vytvářet tak komunitní domácí dojem. Nemělo by jít o velkokapacitní hlučné haly, které připomínají ústav. Dále je vhodné, aby zařízení disponovalo **bezpečně upraveným venkovním prostorem**, kde jsou intuitivní chodníky a dostatek míst k sezení.

Zjištění z návštěv

V navštívených zařízeních byla absence vhodného prostoru pro společné trávení dne často vytýkána. Některá zařízení vůbec **neměla společenskou místnost ani jídelnu**, která by tuto funkci mohla plnit. Klienti pak byli nuceni **trávit veškerý čas na pokojích**, případně bloudili po chodbách.

V jednom zařízení měli klienti k dispozici pouze jednu velkou jídelnu pro 150 lidí, která nebyla nijak členěna na menší úseky. Sloužila zároveň i jako denní místnost, kde byly neustále zapnuté velké televizní obrazovky. Tento model je v zařízení sociálních služeb samozřejmě rovněž nepřijatelný.

V jiném z navštívených zařízení sice byly společné jídelny, avšak ne na všech obydlených patrech. Klienti přitom často měli potíže s pohyblivostí a pohybovat se samostatně mezi patry nebyli schopni. Personál zároveň nezvládal klienty na denní jídla převážet do jídelny v jiném patře. Ve výsledku tak klienti byli nuceni jíst a trávit většinu času na pokojích. Stejný problém byl v zařízeních, kde sice byla menší společenská místnost, avšak byla daleko od pokojů klientů, případně byla příliš malá a klienti se do ní všichni nevešli.

48 Strategie P-PA-IA, s. 5.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Často ochránce doporučoval upravit venkovní prostor zařízení pro potřeby klientů s demencí. Kritizoval nerovné travnaté plochy, bez laviček, bez chodníků, bez možnosti stínu.⁴⁹

Doporučení

- Zajistit v zařízení menší místnosti pro trávení dne a menší jídelny pro skupiny přibližně 15 klientů a to tak, aby byly pro klienta přístupné.
- Upravit venkovní prostory zařízení pro potřeby klientů s demencí s důrazem na jejich bezpečnost.

⁴⁹ Současným trendem v péči o osoby s demencí jsou tzv. zahrady paměti, nebo vzpomínkové zahrady. Jsou upraveny tak, aby připomínaly dobu mládí klientů – dobové nápisy, repliky budov atp. Zahrady mají za cíl vyvolávat vzpomínky, podporovat paměť.

2) Důstojnost a autonomie vůle klientů

Lidská důstojnost je hodnota, která musí být chráněna a respektována vždy. Zásah do ní nelze ospravedlnit ničím, rozhodně ne časovou vytížeností personálu či organizačními záležitostmi. **Sebelepší péče nemůže mít zamýšlený efekt, pokud není respektována klientova důstojnost.**⁵⁰ Je společným jmenovatelem všech základních lidských práv a je chráněna Listinou základních práv a svobod. Velmi úzce je spjata s právem rozhodovat o sobě, neboli s autonomií vůle.

Autonomie vůle klienta se může jevit jako abstraktní pojem. Její nerespektování v praxi však znamená velmi reálné dopady na kvalitu klientova života. Spočívá v tom, že za něj rozhodují jiní, a to v situacích, kdy by byl s ohledem na míru svého postižení schopen učinit rozhodnutí sám. Hrozí, že klienti se na stáří dostanou do postavení, kdy je jejich vůle přehlížena, což vede k tomu, že postupně přichází o pocit důležitosti vlastní osoby. **Klient se potom stává pouhým objektem péče.**⁵¹ Tato zkušenost může být velmi frustrující a může vést i k projevům agrese. Ačkoliv sám pobyt v instituci představuje určitá omezení, **klient by měl mít v maximální možné míře zachovánu možnost rozhodovat o sobě.**

Okamžiků, ve kterých se vůle klienta může projevit, je celá řada. Výčet začíná u zásadního rozhodnutí o nástupu do zařízení a pokračuje nejrůznějšími situacemi v zařízení. K rozhodnutím všedního dne patří možnost rozhodnout o tom, zda a kdy půjde klient ven na vzduch, ať už jde o vycházky na zahradu nebo vycházky mimo areál zařízení, výběr jídla, možnost výběru nápojů, které klient během dne popijí (voda, čaj, slazený čaj...), výběr volnočasových aktivit, možnost rozhodnout o TV programu, rozhodnutí o harmonogramu dne (doba vstávání, doba ulehání do postele). K těm významnějším pak patří volba klíčového pracovníka či možnost volby spolubydlících na pokoji.

Doporučení

- Respektovat důstojnost klientů a v maximální možné míře je zapojovat do rozhodování o každodenních záležitostech.
- Zaznamenávat vůli klientů, případně skutečnost, že klient není schopen vůli v určité oblasti projevit, pravidelně do individuálního plánu.

a) Přístup personálu ke klientům

Zjištění z návštěv

V několika zařízeních ochránce vytýkal, že **personál jedná s klienty s demencí jako s dětmi** (dětská řeč zdrobnělín, poukazování na nesamostatnost klientů, plošné oslovení křestním jménem). I pokud by byl

50 Toto pravidlo zaznělo jako jeden ze závěrů konference Alzheimer Europe „Living well in a dementia-friendly society“ pořádané v říjnu 2013 na Maltě.

51 Viz např. nález Ústavního soudu ze dne 22. 2. 2008, sp. zn. II. ÚS 2268/07 (N 45/48 SbNU 527), dostupné na: <http://nalus.usoud.cz>, odst. 44: „...základní bází, z níž vychází interpretace všech základních práv, se stala lidská důstojnost, která mj. vylučuje, aby s člověkem bylo zacházeno jako s předmětem...“.

III) Zjištění a doporučení ochránce

za takovým jednáním dobrý úmysl, je to nevhodné a nedůstojné. Obdobně nevhodné bylo nálepkování klientů personálem (hypochondr, herečka). Takový přístup může mít negativní vliv na poskytovanou péči.

Dlouhodobě ochránce kritizuje i to, pokud klient dostává **tekutiny v kojenecké láhvi** s dudlíkem. Dle personálu to takto klientům vyhovuje, případně si to přejí příbuzní. Ačkoliv mohou existovat individuální výjimky, kdy je např. klient na určitou láhev zvyklý z domácí péče a její odebrání by pro něj představovalo stres, mělo by zařízení obecně hledat jiné cesty, jak klientům podávat nápoje.

Doporučení

- **Soustavně edukovat personál v přímé péči o nezbytnosti chovat se ke klientům s respektem, jako k dospělým lidem, a netolerovat jakékoli náznaky nevhodného chování.**

b) Příklad nerespektu – přidělové systémy

Zjištění z návštěv

Ochránce kritizoval, pokud na toaletách nebyl toaletní papír. Upozornil, že klient platí mj. za ubytování, jehož neodmyslitelnou součástí je přístup k toaletě a ke sprše, a že toaletní papír nelze považovat za nadstandardní službu. V jednom navštíveném zařízení měli klienti **toaletní papír tzv. „na přiděl“**. Pokud jim nestačil, museli si další dokoupit sami. Případně si klient mohl požádat o toaletní papír personál. Jako jedno z vysvětlení bylo uvedeno, že klienti by toalety papírem ucpávali. Klienti tak byli stavěni do role zlobivých dětí. Navíc museli vždy do intimních úkonů, jako je vykonání potřeby, zapojit personál.

Obdobně ochránce kritizoval, pokud měli klienti **„na přiděl“ cigarety**. Všichni klienti například měli povinně cigarety uložené u personálu a dostávali jeden kus třikrát denně. Výdej cigaret probíhal tak, že klienti vytvořili frontu před sesternou a zdravotní sestra jim vydávala po jedné cigaretě. Celá procedura působila značně ponižujícím dojmem.

V obou případech se personál dostává do značně mocenského postavení, což je velmi snadno zneužitelná situace. **Jakýkoliv přidělový systém přispívá k dojmu pobytu v „ústavu“**. Smyslem poskytování sociálních služeb je co nejlépe klientovi nahradit domácí prostředí a naplňovat jeho individuální potřeby. Uvedená praxe zde nemá místo.

c) Management potřeb

Správná praxe

Demence je zdravotní problém, který s sebou přináší dvě danosti: (1) zjistit vůli a libost a nelibost klientů s demencí je obtížné a personál v tom musí být školen; (2) vyšší stupně onemocnění připravují člověka o schopnost rozhodovat o sobě, a to i o běžných věcech, management přebírá pečující tým s náležitou odborností.⁵²

52 LUKASOVÁ, Marie. Autonomie vůle u klientů s demencí. In: Sborník Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí, s. 84-89.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Při péči o osoby s kognitivní poruchou je součástí náležitě péče, aby odpovědnost za jejich každodenní rozhodnutí přebíral částečně pečující. Částečně znamená, že se tak děje pouze v těch oblastech, ve kterých toho kvůli nemoci nejsou schopny tyto osoby samy. Lidé s demencí ve vyšších fázích profitují spíše z šetrné individualizované aktivizace a z individualizované asistence při sebeobslužných aktivitách, kterých jsou schopni. Dochází k výraznému omezení verbální komunikace, což klade nároky na schopnost personálu komunikovat s člověkem s demencí nonverbálně. Personál tedy musí zjišťovat, z jakých svých dovedností a rituálů klient profituje, a takové aktivity mu šetrně nabízet.

Odborná literatura hovoří o „plánování aktivit“, ⁵³ případně přebírání managementu potřeb nemocného. Z hlediska povinností poskytovatele sociálních služeb půjde o realizaci základní zásady, že „*rozsaah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob*“ (§ 2 odst. 2 zákona o sociálních službách), a dále půjde také o promítnutí povinnosti poskytovat **náležitý dohled** (§ 2921 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Podmínkou správného přístupu je také dodržení základní zásady, že **pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb** osob a musí být poskytována tak, aby bylo **důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod** (rovněž § 2 odst. 2 cit. zákona).

Poskytovatel služby je povinen zajistit přiměřený management potřeb člověka trpícího syndromem demence. Pro zabránění svévolného zásahu do práv klienta je třeba dodržet **následující pravidla**:

- jedná se o klienta, u kterého došlo k diagnostikování demence lékařem;
- personál diagnózu zná, zná fázi onemocnění a zná specifika, jaká daná fáze onemocnění přináší (je školen);
- personál se věnuje mapování potřeb klienta, jeho libosti a nelibosti (personál je školen v komunikaci s osobami s demencí), mapuje riziko v jeho situaci a jeho schopnosti a tyto procesy jsou pečlivě zaznamenány v dokumentaci klienta (individuální plán, plán rizik);
- služba zahrnuje organizování dne klienta a aktivit, které vycházejí z principu normality a individuálních potřeb klienta a jeho historie;
- stanovení managementu potřeb je výsledkem rozhodnutí pečujícího týmu a má odraz v dokumentaci klienta.

Zjištění z návštěv

Zásadu, že v jisté fázi demence musí rozhodování za uživatele převzít odborný tým, většina navštívených zařízení neznala. Přitom je klíčové, aby s ní byl pečující personál seznámen, protože v opačném případě hrozí buď zanedbání kvalitní péče o člověka s demencí, nebo přepečovávání a svévolné zásahy do autonomie vůle člověka.

Příkladem jsou zcela intuitivní a různorodá rozhodnutí jednotlivých členů personálu o tom, zda klient může opustit oddělení či zařízení; svévolná rozhodnutí o tom, že senior nesmí kouřit, nesmí sladké, či nesmí přijímat návštěvy určitých osob; nebo naopak ponechání klienta naprosté imobilizaci, když si sám neřekne o aktivitu; uspíšení inkontinence, když si sám neřekne o dopomoc na toaletu; dramatické výroky o tom, že „*klient dostane klidně 10 řízků, pokud si to přeje*“.

⁵³ „Pečující plánuje vhodné aktivity za klienty, kteří se již nejsou schopni rozhodovat a plánovat. Navázání kontaktu trvá často delší dobu, pečující o to musí stále usilovat. Je vhodné pomalu klienta vést k určité činnosti, např. pomáhat s jídlem a vést ho, aby jedl. Každá činnost musí mít přiměřený slovní doprovod.“ HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 65.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Doporučení

- Zajišťovat osobám, kterým pokročilé onemocnění brání zcela autonomně uplatňovat svoji vůli, management potřeb.
- Postupovat přitom individuálně, mapovat schopnosti a potřeby klienta, vést pečlivě dokumentaci, rozhodnutí činit v týmu.
- Dodržovat další výše uvedené zásady ochrany před svévolným zásahem do autonomie klienta.

d) Přání klientů

Správná praxe

Základním předpokladem individuálního přístupu (povinného v zařízeních sociálních služeb) je, že personál zná klienta, jeho přání, způsob, jakým vyjadřuje vůli. Aby bylo dosaženo realizace přání klienta, ale i respektování autonomie jeho vůle, je třeba, aby přání či projevy nevole měly odraz v individuálním plánu. Jen tak lze informace sdílet a také kontrolovat vhodnost zvoleného přístupu. To samozřejmě není možné bez toho, aby personál uměl komunikovat s osobami, které mají v důsledku svého zdravotního stavu zhoršené či minimalizované komunikační schopnosti [viz kapitola Specifické potřeby dané demencí, s. 9].

Zjištění z návštěv

V několika případech ochránce kritizoval, pokud byly individuální plány v tomto směru formální a nekonkrétní. I kdyby personál přání klienta zjišťoval, nemělo to odraz v žádné dokumentaci a nebylo tak efektivně zajištěno sdílení těchto informací v pečujícím týmu. Případné vyhovění přání tak bylo pouze na vůli a etice zaměstnanců.

Doporučení

- Přání a projevy vůle klientů pravidelně zjišťovat a zaznamenávat do individuálních plánů.
- Sdílet tyto informace v týmu a zaznamenávat jejich plnění, případně důvody neplnění.

3) Denní rytmus

a) Harmonogram dne

Správná praxe

Denní harmonogram (režim) v zařízení by měl jednak respektovat princip normality a přirozený denní rytmus a jednak v maximální možné míře vyjít vstříc individuálním zvyklostem a potřebám klientů, tedy měl by se v něm odrážet individuální přístup. Na prvním místě by měla být potřeba klienta, která by neměla být potlačena provozními důvody ani snahou personálu vše stihnout.

Problematickým momentem je často **výměna inkontinenčních pomůcek velmi časně ráno**, před nástupem ranní směny pracovníků. Ochránce upozorňoval, že probouzení klientů z důvodu výměny pleny představuje zásah do spánku, což pro klienty může být zbytečně zatěžující. Je porušován přirozený rytmus dne a takový zásah může následně vyvolat neklid nebo agresivní chování. Samozřejmě je nutné zohlednit konkrétní situaci a potřeby klienta, např. aktuální střevní potíže, anebo zvláštní zdravotní důvody pro častější výměnu plen. Vzbuzení velmi časně ráno je rovněž možné u klienta, který takto časně vstával celý život. Půjde však o individuální případy klientů, kteří mají mít takovou informaci zaznamenanou v individuálním plánu. **Nelze upřednostnit rozvrh práce před před spánkem klienta a jeho individuálními potřebami.**

Zjištění z návštěv

Ochránce v několika zařízeních kritizoval, pokud byli všichni imobilní klienti ukládáni **ke spánku hned po večeři** (kolem 18. hodiny, někde i dřív). Rovněž považoval za nevhodné, pokud byli klienti **plošně probouzeni mezi 4. a 5. hodinou ranní**, aby jim noční směna stihla vyměnit inkontinenční pomůcky.

S takto nastaveným denním režimem souvisí i **velký časový rozestup mezi jednotlivými jídly**. V některých zařízeních byla večeře podávána v 16,30 a snídaně až v 8 hodin. Ačkoliv diabetici dostali druhou večeři, ostatní, kteří měli hlad, museli čerpat z vlastních zásob nebo vyčkat do rána. Zejména u klientů trpících Alzheimerovou chorobou je obdobná praxe zcela nevhodná a opět v ní lze hledat jednu z příčin neklidu klientů, který je pak řešen medikací [viz kapitola Prevence malnutrice, strana 41].

Doporučení

- **Nastavit denní režim tak, aby respektoval princip normality a odrážel individuální přístup.**

III) Zjištění a doporučení ochránce

b) Náplň dne

Správná praxe

Klienti trpící syndromem demence profitují v každé fázi svého onemocnění z jiných aktivit, a tomu má odpovídat nabídka náplně dne v zařízení. Zatímco ve fázi středně pokročilé a rozvinuté demence jsou schopni vykonávat zejména aktivity, které dělali rutinně po celý život a profitují z programových aktivit,⁵⁴ osoby s těžkou demencí potřebují především individualizovanou asistenci. Účast na programových aktivitách již pro ně přínosná není, naopak jim může způsobovat diskomfort a být pro ně zatěžující.⁵⁵

Aby bylo možné tyto zásady dodržovat, musí jednak personál zařízení znát diagnózu klientů, vědět, v jaké fázi demence se nachází, a zadržet také počet personálu musí být dostačující.

Zjištění z návštěv

Během návštěv byl spíše než proškolený informovaný personál standardem nedostatek personálu v přímé péči, který nebyl schopen smysluplné aktivity a program zajistit.

Některá zařízení sice nabízela uživatelům široké spektrum aktivit. Ty však velmi často neodpovídaly jejich schopnostem a možnostem plynoucím z konkrétní fáze onemocnění a na klienta tak neměly dostatečný aktivizační a terapeutický účinek.

V několika případech naopak ochránce narazil na naprosto nevyhovující praxi, kdy náplň dne klientů představovala zapnutá televize ve společenské místnosti.

V některých domovech byla péče o klienty na dobré úrovni a náplň dne byla smysluplná a v rámci možností individualizovaná, šlo však o výjimky a především se jednalo o výsledek vysokého nasazení motivovaného personálu.

Doporučení

- **Nabízet aktivizační činnosti tak, aby podporovaly prožívání dne v souladu s principem normality a odpovídaly potřebám člověka v dané fázi demence.**

54 Programové aktivity jsou takové aktivity, které naplňují den člověka jednotlivými činnostmi se zřetelem na zachování jeho soběstačnosti. Jde zejména o sebeobslužné činnosti a další aktivity, které zlepšují kvalitu života a vytvářejí náplň dne (Strategie P-PA-IA, s. 5).

55 Strategie P-PA-IA, s. 4-5, 8.

III) Zjištění a doporučení ochránce

c) Pobyt na vzduchu

Správná praxe

Součástí poskytované sociální služby je také zajištění možnosti pobytu na čerstvém vzduchu, a to i nepohyblivému klientovi, má-li zájem. V zařízení by mělo být nastaveno pravidlo, že záznamy o pobytu venku budou systematicky pořizovány. Jinak totiž často záleží pouze na vůli, časových možnostech a ochotě personálu, zda se klient dostane na vzduch, což je nevyhovující a velmi snadno zneužitelný a nekontrolovatelný stav.

Zjištění z návštěv

V řadě navštívených zařízení platilo, že pokud je klient hůře mobilní, či imobilní, dostane se ven pouze s doprovodem příbuzných. Z dokumentace klientů přitom nebylo zjistitelné, jak často bývá imobilní klient venku, zda projevuje toto přání a jak na ně případně personál reaguje.

V několika zařízeních se ochránce setkal s argumentem personálu, že klienti ven nechtějí. Samozřejmě není možné někoho nutit. Zároveň se ale u osob trpících demencí nelze vymlouvat na to, že řekli, že nechtějí; nelze automaticky předpokládat, že zvládají tento druh komunikace. Je třeba to alespoň vyzkoušet, a pokud během pobytu venku člověk jeví známky nevole, toto zaznamenat do jeho dokumentace.

Doporučení

- Zajistit všem klientům, tedy i těm, kteří nemohou ven sami, možnost pravidelně (tj. v zásadě každý den) pobývat na čerstvém vzduchu, a činit o tom záznamy do dokumentace klienta.
- Nastavit pravidla pro pobyt klientů venku a nenechávat to pouze na rozhodování personálu v přímé péči.
- Pravidelně kontrolovat a monitorovat, jak často se konkrétní klienti dostanou ven, a pokud ven nechodí, zjišťovat, co je důvodem.

4) Soukromí

Právo na soukromí je základním lidským právem, je chráněno nejen Listinou základních práv a svobod, ale i řadou mezinárodních smluv garantujících lidská práva. Mnohé jeho aspekty velmi úzce souvisejí s lidskou důstojností. Ochránce proto při šetřeních vždy zkoumal, zda je respektováno soukromí klientů, a to zejména při hygieně, na toaletě, při ošetřovatelských úkonech. Zabýval se i tím, zda mají klienti zajištěno právo na soukromí ve svém pokoji, tedy zda je jejich pokoj opravdu místem, které jim nahrazuje domov.

a) Soukromí při hygieně, na toaletě, při ošetřovatelských úkonech

Správná praxe

Při provádění hygieny či při použití toalety je třeba dbát na to, aby byla zachována důstojnost klienta a jeho soukromí. Samotné provádění osobní hygieny druhou osobou je úkonem velmi citlivým, personál by měl zajistit dostatečnou intimitu, ať už se jedná o koupel na lůžku na pokoji, o sprchování v koupelně či o použití přenosného WC křesla. Je nezbytné zajistit, aby v těchto situacích nikdo nebyl vystaven pohledu jiných lidí, ani aby nikdo z klientů nemusel pohlížet na druhé.

V některých případech se ochránce setkal s argumentem, že nepoužití zástěny u lůžka či u toaletního křesla klientům nevádí. I pokud by klient neprojevoval nesouhlas, neznamená to, že je taková praxe v pořádku. Značí to jediné to, že personál zařízení svým nerespektujícím přístupem postupně „naučil“ klienty nedbat vlastní důstojnosti, což je popřením základní zásady poskytování sociálních služeb (viz § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách).

Zjištění z návštěv

U imobilních a částečně imobilních klientů byly hygiena, ošetřovatelské úkony či výměna plen často prováděny na pokoji. Ve většině zařízení nebyly používány zástěny a tyto intimní úkony tak probíhaly před zraky spolubydlících, případně při otevřených dveřích na chodbu. V několika případech bylo také zjištěno, že klienti na vícelůžkových pokojích musí na pokoji používat přenosné toaletní křeslo bez zástěn či jiného zaclonění.

Zaměstnanci Kanceláře byli také svědky situace, kdy si klientka trpící demencí na sesterně stáhla kalhoty a sestra se jí chystala píchnout injekci. To vše při otevřených dveřích na chodbu, kde procházeli jiní klienti. Rovněž byl zjištěn případ, kdy personál prováděl dohled v koupelně při sprchování i u orientovaných a soběstačných klientů. Ve dvou případech bylo zjištěno koupání více osob najednou ve společné koupelně, která nebyla rozdělena na jednotlivé sprchové kouty, v jednom případě dokonce při otevřených dveřích na chodbu, aby personál viděl na klienty na chodbě.

Ochránce také kritizoval, pokud dveře kabin na společných toaletách neměly zamykání, řetízek ani západku, ani nebylo možné signalizovat obsazenost kabiny. Upozornil, že existují takové způsoby zamykání, které lze v případě potřeby otevřít i zvenčí. V jednom případě vytýkal, pokud měly dva pokoje klientů společnou koupelnu, kde se vcházelo z obou pokojů, a dveře nešly uzamknout.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Doporučení

- Hygienu či ošetrovatelské úkony na pokoji, stejně jako sprchování v koupelně, vždy provádět při zavřených dveřích.
- Na pokoji s více klienty vždy používat při úkonech intimní hygieny, ošetrovatelských úkonech či při použití přenosného toaletního křesla zástěnu, nebo jinou formu zastínění.
- Na toaletách zajistit vhodný prostředek upozorňující na obsazení toalety či zajistit možnost jejího bezpečného uzamknutí (s možností otevření zvenčí).
- Dohled ve sprše neuplatňovat plošně u všech, ale individuálně vyhodnotit míru samostatnosti klientů, resp. potřebu pomoci.

b) Soukromí na pokoji

Správná praxe

Každý klient by měl mít možnost **uložit si osobní věci samostatně a bezpečně**, a pokud to jeho kognitivní schopnosti umožňují, měl by mít také možnost si své věci uschovat **do uzamykatelného prostoru** a tento prostor volně spravovat. V závislosti na míře své orientovanosti by měli klienti mít i **možnost uzamknout si pokoj**. Klienti vnímají svůj pokoj jako svůj domov, kde stráví i několik let. Měli by proto mít možnost chránit svoje obydlí a soukromí. Možnost uzamknout si pokoj či alespoň osobní věci je realizací základního práva na soukromí.

Právo na soukromí však nemůže převážit nad potřebou zajistit bezpečí klientů. Je tedy třeba objektivně zhodnotit zdravotní stav a vždy zjišťovat, zda u konkrétního klienta manipulace s klíčem představuje bezpečnostní riziko a na základě této úvahy rozhodnout, zda mu bude klíč předán. Tato úvaha musí mít samozřejmě odraz v individuálním plánu klienta.

Zjištění z návštěv

Během návštěv byl zjištěn případ, kdy se klienti museli dělit o společný prostor v jedné skříni. Rovněž se ochránce setkával s tím, že klienti na pokoji neměli dostatečný prostor pro uložení osobních věcí, které se pak válely na podlaze. V jiném zařízení byly osobní věci klientů uloženy v igelitových taškách na podlaze v šatně personálu bez jakéhokoli zabezpečení.

V pěti zařízeních neměli klienti (tedy ani ti schopní využít klíč) vůbec možnost uzamknout si na pokoji svoje osobní věci. Rovněž bylo při několika návštěvách zjištěno, že ani plně soběstační klienti nemají možnost uzamknout si svůj pokoj.

III) Zjištění a doporučení ochránce

V jednom případě ochránce kritizoval příliš velký počet klientů na pokoji (6 lůžek), který byl průchozí. Pokoj byl velmi malý, takže nebylo možné použít u lůžek zástěny. Hygiena na lůžku, výměna plen či ošetrovatelské úkony tak probíhaly před zraky všech ostatních klientů.

Doporučení

- Zajistit, aby měl každý klient svou skříň nebo jiný vhodný prostor na uložení svých věcí, a to uzamykatelný.
- Pokud to kognitivní stav klienta umožňuje, poskytnout klíč přímo jemu.
- Vytvořit vhodný způsob uzamykání pokojů klientů, a to na základě vyhodnocení a následné minimalizace rizik u každého z nich.
- Práci s rizikem při manipulaci s klíči (od skříně i od pokoje) vždy dokumentovat.

c) Ochrana osobních údajů

Správná praxe

Zařízení disponují řadou informací o klientovi, které jsou považovány za osobní údaje ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů.⁵⁶ Kromě toho, že často disponují osobními doklady klientů, v různých dokumentačních pomůckách zpracovávají informace o jejich zdravotním stavu. Podle cit. zákona jsou tyto údaje citlivé a veškeré materiály, ve kterých se vyskytují, je proto třeba řádně zabezpečit.⁵⁷

Zvláštní pravidla platí pro **nakládání s občanskými průkazy**. Občanský průkaz je veřejná listina. Ustanovení § 15a odst. 1 zákona o občanských průkazech⁵⁸ zakazuje odebírat občanský průkaz při vstupu do objektů. Zařízení tedy může pouze úschovu občanského průkazu nabídnout, ale je nezákonně jeho odevzdání vyžadovat, nebo vyloučit svobodné rozhodnutí pacienta. Ukládání občanských průkazů mimo dispozici klienta má své opodstatnění jen v případě klientů s duševní poruchou, kterým zařízení prokazuje touto možností službu. Nemělo by však jít o plošné opatření.

Zjištění z návštěv

Veřejný ochránce práv během návštěv narazil zejména na problémy s plošným odebíráním a nedostatečným uložením osobních dokladů, případně se zpřístupněním citlivých údajů (mj. informace o zdravotním stavu) nepovoláním osobám.

56 Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (dále také „zákon o ochraně osobních údajů“).

57 Podle § 13 zákona o ochraně osobních údajů musí poskytovatel sociálních služeb mj. přijmout taková opatření, která zamezí ztrátě, zneužití, či dalším druhům ohrožení osobních údajů.

58 Zákon č. 328/1999 Sb., o občanských průkazech, ve znění pozdějších předpisů.

III) Zjištění a doporučení ochránce

V některých zařízeních bylo zjištěno, že všechny občanské průkazy klientů jsou uloženy u zaměstnanců zařízení (sesterna, pracovní sociální pracovníce). Kromě plošného odebírání byl navíc problém i v tom, že doklady nebyly nijak zabezpečeny, neboť přístup k nim měl prakticky veškerý personál.

V jednom případě byla kritizována praxe, kdy byla u vchodu do zařízení pověšená tabulka s informacemi o klientech, kteří měli být převáženi zdravotnickou dopravní službou do nemocnice. Byly zde mj. údaje o jménu a o plánovaném zdravotním úkonu, tedy často i o diagnóze. Tyto citlivé údaje byly zpřístupněny každému, kdo použil daný vchod.

Doporučení

- Stanovit režim nakládání s materiály obsahujícími osobní údaje klientů a zajistit jejich řádné zabezpečení v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů, tedy zejména přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k těmto údajům, k jejich zničení, ztrátě či zneužití.
- Neodebírat občanské průkazy klientům plošně.
- Pokud klient předá zařízení do úschovy své osobní doklady, uchovávat je tak, aby bylo zaměstnancům zamezeno volně s nimi nakládat, a to tím způsobem, že budou uloženy v samostatném uzamykatelném prostoru, bude stanoveno oprávnění k přístupu a zavedena evidence přístupů.

5) Volnost pohybu

Omezení volnosti pohybu klienta může nastat jak v souvislosti s použitím opatření omezujících pohyb, tak jako jiný úkon péče, legitimně učiněný z důvodu bezpečnosti či pohodlí klienta.

Je důležité, aby přijatá opatření, pokud jsou součástí specifické péče o klienty, nebyla nahodilá, neprofesionální ani výsledkem intuitivního rozhodování personálu. Musí jít o výsledek spolupráce lékaře, sestery a pečujícího týmu pracovníků zařízení. Rovněž je třeba, aby vedení zařízení nastavilo jasná pravidla pro používání opatření, která mohou klienta omezovat v pohybu.

a) Opatření omezující pohyb

Ochránce věnoval mimořádnou pozornost používání opatření omezujících pohyb ve smyslu § 89 zákona o sociálních službách. Jejich nesprávné užití (např. nesprávné podání tisícího léku) totiž může mít pro klienta závažné důsledky. Může představovat ohrožení jeho zdraví či života, zásah do jeho základních lidských práv a svobod (právo na osobní svobodu, právo na lidskou důstojnost, autonomii vůle, právo nebýt podrobován špatnému zacházení). Konečně může nesprávné použití opatření omezujícího pohyb představovat správní delikt podle zákona o sociálních službách či dokonce trestný čin.

Zákon o sociálních službách v § 89 odst. 1 jako pravidlo stanoví, že při poskytování sociálních služeb **nelze používat opatření omezující pohyb**, kromě vyjmenovaných případů, kdy se jedná o **přímé ohrožení zdraví nebo života** klientů nebo jiných osob, a to pouze po **nezbytně nutnou dobu**, přičemž musí být splněny další podmínky (viz dále).

Jaké prostředky lze v zařízení sociálních služeb v těchto výjimečných situacích použít k omezení klienta v pohybu, vyjmenovává § 89 odst. 3 zákona o sociálních službách. Nejprve lze zvolit fyzické úchopy, pokud nejsou dostačující, lze přistoupit k umístění osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu. Případně je možné na základě ordinace přivolaného lékaře a v jeho přítomnosti podat léčivé přípravky.

i) Průzkum – četnost použití opatření omezujících pohyb

Veřejný ochránce práv v souvislosti s návštěvami zařízení pro seniory vyzval krajské úřady, aby mu poskytly informace o použitých opatřeních omezujících pohyb v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem za roky 2011 a 2012. Znění zákona o sociálních službách účinné do konce roku 2013 totiž ukládalo poskytovatelům, aby každé pololetí hlásili krajskému úřadu, coby registrujícímu orgánu, počet použití opatření omezujících pohyb.

Výsledky byly překvapivé. Obecně krajské úřady evidují velmi málo hlášení o použití opatření omezujících pohyb. Ve třech krajích neměli žádné takové hlášení za poslední 2 roky. V dalších 2 krajích mají 1, resp. 2 případy použití omezovacího opatření.

Vysvětlení se nabízí několik. Buďto klienti v pobytových zařízeních sociálních služeb netrpí vážnějšími poruchami chování, snad proto, že v zařízení pracuje dostatečný počet zaměstnanců v přímé péči a jsou

III) Zjištění a doporučení ochránce

zpracovány kvalitní rizikové plány a kvalitní individuální plány, ve kterých se řeší příčiny neklidného chování a podnikají se kroky k jejich prevenci. Toto vysvětlení by bylo skvělé, ale bohužel neodpovídá realitě, se kterou se během návštěv setkal ochránce.

Dalším možným vysvětlením je to, že zařízení používají prostředky, kterými klienty omezují v pohybu, ale nepovažují je za „restrikci“. Toto vysvětlení se zdá více pravděpodobné. Během návštěv nebylo výjimkou, že **ani vedoucí pracovníci nebyli schopni uvést, jaká opatření lze podle zákona o sociálních službách použít k omezení klienta v pohybu**. Nelze pak očekávat, že budou zákonná ustanovení pro jejich použití dodržovat.

Také je možné, že zařízení obchází zákon o sociálních službách a tisíci medikaci podávají na základě předem připraveného lékařského předpisu či po telefonické ordinaci lékaře. Ačkoliv je účelem podání omezení klienta v pohybu, není takové podání léku za opatření omezující pohyb považováno, a to právě z důvodu zapojení lékaře. S tímto problémem se ochránce setkával často.

ii) Zákonné podmínky použití omezovacích prostředků

Při použití opatření omezujících pohyb osob je nutné dodržet podmínky stanovené v § 89 zákona o sociálních službách. V první řadě je nelze použít kromě případů **přímého ohrožení zdraví a života osoby**, případně osob jiných (§ 89 odst. 1). Tzn. nelze jednorázově, tj. ne na základě předpisu – například aplikovat medikaci s tlumivým účinkem jen z důvodu „neklidu“ klienta (viz dále).⁵⁹ Za druhé, opatření omezující pohyb osob, tedy i neklidovou medikaci, lze použít pouze tehdy, pokud byla **neúspěšně použita jiná opatření**, která jsou vyjmenována v § 89 odst. 2. Za třetí, léčivé přípravky mohou být podány pouze **na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti!** Neboli v žádném případě nemůže v konfliktní situaci neklidovou medikaci podat zdravotní sestra nebo jiný personál na základě svého uvážení, či na základě telefonické konzultace s lékařem. Vždy je nutné, aby byl fyzicky přítomen lékař, který o podání léčivého přípravku rozhodne. Nedodržení tohoto postupu je podle § 107 odst. 2 písm. e) zákona o sociálních službách správním deliktem, za který zákon umožňuje uložit pokutu až do 250.000,- Kč [viz § 107 odst. 5 písm. d) zákona].

iii) Podání medikace s tlumivým účinkem – kdy jde o opatření omezující pohyb?

Situace může být někdy nejednoznačná v případě podání léku s tlumivým účinkem klientovi, který je „neklidný“. Může jít buď o opatření omezující pohyb, nebo o ad hoc podání léku, které pro určité předem předvídané situace předepsal lékař. Pokud je účelem podání léku omezení klienta v pohybu (zabránění mu v chůzi, ve vstávání z lůžka, v sahání na předměty či osoby atp.), půjde zpravidla o opatření omezující pohyb dle zákona o sociálních službách. O opatření omezující pohyb půjde i v případech, kdy je klientovi podán lék kvůli agresivnímu chování. Není zde relevantní, zda má dopředu od lékaře předepsaný lék s tlumivým účinkem pro případ „neklidu“ či „agrese“.⁶⁰

Ustanovení zákona o sociálních službách týkající se používání opatření omezujících pohyb nelze obějit tím, že lékař dopředu předepíše lék s tlumivým účinkem pro případ „agrese“ či „neklidu“ bez dalšího.

⁵⁹ Obdobně viz GERONTOLOGICKÉ CENTRUM. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o osoby s demencí. *Madridský plán a jiné dokumenty* [on-line]. Praha: Gerontologické centrum, s. 101 a násl. [cit. 15. července 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000062.pdf>.

⁶⁰ K tomu viz HRADILOVÁ, Adéla. Nepravdivá medikace s tlumivým účinkem v praxi zařízení sociálních služeb pro seniory. In: Sborník Ochrana práv seniorů v institucích s důrazem na osoby s demencí, s. 17.

III) Zjištění a doporučení ochránce

I pokud by to udělal, **zařízení nadále musí dodržovat ustanovení § 89 zákona o sociálních službách**. Nejsou-li splněny všechny podmínky zde uvedené (mj. fyzická přítomnost lékaře), nese zodpovědnost za jejich nedodržení zařízení, včetně odpovědnosti za případný správní delikt.

O opatření omezující pohyb 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 klienta, nastat. Zde je potom možné, aby lék podala všeobecná sestra bez fyzické přítomnosti lékaře. **Je však nutné, aby lékař v předpisu uvedl, pro jaké konkrétní situace je lék předepisován.** Ze znalosti zdravotního stavu klienta a projevů jeho onemocnění by měl specifikovat, v čem u něj „neklid“ spočívá. Pokud zní předpis pouze pro případ „neklidu“ bez dalšího rozvedení, přenáší se odpovědnost za posouzení stavu klienta zcela nepřijatelným způsobem na sestru zařízení. Kromě toho, že k tomu nelékařský personál není oprávněn, jsou zaměstnanci zařízení mnohem více zainteresováni na péči o klienta a jejich rozhodování tak může být ovlivněno více jejich potřebami než potřebami a zájmem klienta.⁶¹

iv) Analýza příčin „neklidného chování“, prevence

Vždy je především nutné hledat příčiny neklidných stavů a zamýšlet se nad jejich odstraňováním, resp. prevencí do budoucna. Holmerová a kol. uvádí, že v první řadě je třeba **vždy zvážit dostupné možnosti nefarmakologického řešení**, přičemž základními kroky tohoto přístupu jsou vždy:

1. identifikace problémového chování,
2. zjištění příčiny
3. a přijetí takových opatření v péči, komunikaci, přístupu, prostředí, které povedou ke zmírnění či odstranění tohoto problémového chování.⁶²

Pravidlo prevence je obsaženo i v zákoně o sociálních službách, který v § 89 odst. 4 uvádí, že „*poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob*“ (důraz přidán). V této souvislosti je užitečné poukázat i na ustanovení § 88 písm. c), podle kterého je jednou z povinností poskytovatele vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní klientům naplňovat jejich lidská práva.

V souvislosti s chováním osob s demencí odborná literatura upozorňuje, že není zcela přesné hovořit o agresivitě. Volicer používá namísto toho termín „*resistiveness*“, který by bylo možné do češtiny přeložit jako odporování. Vyjadřuje tím to, že klient může na některé situace (úkony péče) reagovat násilně kvůli nedostatku pochopení, porozumění ze strany personálu. Je to pak pečující, který je klientem vnímán jako agresor.⁶³

v) Zjištění z návštěv

V naprosté většině zařízení zaměstnanci během návštěv uváděli, že nepoužívají žádná opatření omezující pohyb ve smyslu § 89 zákona o sociálních službách. Naprosto výjimečně byl vyplněn záznam o použití

61 ALZHEIMER EUROPE. *The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia*. Luxembourg: Imprimerie Centrale, 2012, ISBN 978-2-9599755-6-1, p. 62.

62 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 84.

63 VOLICER, Ladislav, BLOOM-CHARENTE, Lisa. *Assesment of Quality of life in Advanced Dementia*. In: *Enhancing the quality of life in advanced dementia*. 1. vyd. Philadelphia: Taylor and Francis, 1999, p. 15-16. ISBN 0-87630-965-1.

III) Zjištění a doporučení ochránce

tišícího léku coby opatření omezující pohyb. Téměř ve všech navštívených zařízeních přítom měli někteří klienti předepsány léky s tišícím účinkem pro případ neklidu či agrese. V některých zařízeních byla i řada záznamů o podání tišícího léku klientovi na základě takovéto předchozí ordinace. Jako příklad lze uvést následující:

- „Kolem 19.30 hod. klientka verbálně agresivní, zuřivá. Slovně zklidněna, dle ordinací oš. psychiatra aplikován Tisercin 1 amp. i. m.“
- „V dopoledních hodinách značně neklidný, obtěžuje klienty, dožaduje se odchodu domů. Nelze mu domluvit, proto ve 14:00 hod. aplikován Tiapridal 1 amp. i. m., 2 hodiny po aplikaci se situace opakuje.“
- „Aplikace 1 amp. Apaurinu i. m., 5–7 kapek Haloperidolu – zdá se bez účinku. Vše končí většinou tím, že se mu něco slíbí.“
- „20. 1. Haloperidol Richter 1 amp., odmítá léky, agresivní.“
- „2x vykopl postranice, podána tableta na uklidnění.“
- „Po výměně pleny a lůžkovin vylézal nepřetržitě z postele – podána tableta na uklidnění.“
- „Neklidný, volal PČR, vyhrožuje útekem – apl. HALOPERIDOL 3 amp. i. m.“
- „Neklidný, hlučný, kope do dveří, chce do koupelny – domluvy nedbá. V 10.00 h apl. Haloperidol R 1 amp. i. m.“

Účelem podání léku v těchto případech bylo omezení agresivního chování, omezení pohybu klienta. Léky podával personál (někdy nebylo zjevné, zda sestra nebo pracovník v sociálních službách), lékař nebyl přítomen. Z dokumentace nebylo možné zjistit, zda šlo o situaci ohrožující zdraví či život a jestli tedy byly dány podmínky pro použití léku coby opatření omezujícího pohyb. Záznamy o těchto použitích neobsahovaly náležitosti dle § 89 odst. 6⁶⁴ zákona o sociálních službách (jiná evidence nebyla v zařízení vedena).

V několika případech vzniklo závažné podezření, že medikace s tlumivým účinkem je personálem používána k zabránění pohybu klientů, ačkoliv formálně nejsou tato podání považována za opatření omezující pohyb. Ochránce pak předal získané informace krajským pobočkám Úřadu práce k prověření, zda nebyl spáchán správní delikt.

Doporučení

- **Důsledně rozlišovat mezi podáním léku coby opatřením omezujícím pohyb a podáním léku, které je realizací dopředu dané ordinace lékaře.**
- **Dodržovat podmínky pro užití opatření omezujících pohyb dle § 89 zákona o sociálních službách.**

64 Evidence případů použití opatření omezujících pohyb musí dle zákona obsahovat řadu údajů, mj.:

- a) jméno, příjmení a datum narození osoby,
- b) datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb,
- c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,
- d) jméno a příjmení osoby, která opatření použila,
- g) popis bezprostředně předcházející situace, popis průběhu situace a její zhodnocení, popis bezprostředně následující situace.

III) Zjištění a doporučení ochránce

- Trvat na tom, aby lékař přesně uvedl, pro jaké situace nepravidelně podávaný lék s tlumivým účinkem předepisuje.
- Podrobit tato podání soustavné kontrole nadřízenými pracovníky.
- Trvat na dokumentaci stavů, které k podání vedly, zaznamenat efekt medikace.
- Hledat příčiny neklidného či agresivního chování a snažit se je odstraňovat.

b) Nakládání s medikací s tlumivým účinkem

Vedle nepravidelných podávání léků s tišícím (tlumivým) účinkem za účelem omezení klienta v pohybu souvisely s neklidovou medikací i **další závažná pochybení**, která představovala riziko pro klienty. Ochránce kritizoval zejména:

- nebezpečné uložení léků s tišícím účinkem,
- skladování nepřidělených (erárních) balení tišících léků bez evidence zůstatku,
- neúplné předpisy léků, ve kterých chyběl údaj o síle léku či o velikosti dávky,
- nejednoznačné předpisy, ze kterých nebylo jasné, který lék má být podán,
- ordinace léků, ze kterých nešlo poznat, pro jaké situace je lék ordinován,
- nevedení záznamů o ad hoc podání tišících léků.

V případě, že **předpis lékaře není úplný či není jednoznačný**, o velikosti dávky či výběru léku vlastně rozhoduje sestra. Fakticky lék neordinuje lékař ale právě sestra zařízení, která k tomu však není dle vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků oprávněna.⁶⁵ Zodpovědnost za (nesprávné) podání léku se nepříjemně přenáší na sestru, resp. na zařízení.

Nebezpečné uložení léků s tišícím účinkem spočívalo např. v tom, že balení léku bylo volně dostupné komukoliv z personálu, aniž by byl evidován jeho zůstatek. Léky byly tzv. „po ruce“ (na sesterně volně na poličce, v místnosti personálu) a vedení zařízení nemohlo mít kontrolu nad tím, jak s těmito léky personál v přímé péči nakládá.

Obdobně závažné pochybení spočívalo v tom, že v zařízení byly skladovány léky, které nebyly přiřazeny konkrétnímu klientovi. **Nepřidělené léky s tlumivým účinkem** mohou být snadno zneužitelné k nezákonnému omezování klientů v pohybu. Není-li navíc evidováno, kolik léku by mělo v balení zůstat, je jakákoliv kontrola ze strany vedoucích pracovníků (zda jsou klientům léky vydávány pouze v souladu s lékařským předpisem) nemožná.

Jednalo se o léky po zemřelých klientech, které byly volně dostupné personálu např. na sesterně (nezamčená zásuvka, lednice), aniž by byl evidován zůstatek léku. Někde byly krabičky s léky se jmény zemřelých klientů v košících na léky aktuálních klientů. Personál krabičky „předal“ dále, nikdo ovšem necítil potřebu přepsat jména na krabičkách. Zbytečně se tak vytvářel prostor pro záměnu léků.

⁶⁵ Z § 4 odst. 3 písm. a) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (dále také „vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků“), vyplývá, že všeobecná registrovaná sestra může podávat léčivé přípravky pouze na základě indikace lékaře.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Do jednoho zařízení dokonce nosili léky lidé z okolí po svých zemřelých příbuzných. V některých případech byly volně dostupné léky vedeny jako tzv. „erární“. Na dotaz, jak je užíván „erární“ **Tiapridal** v kapkách, zaměstnanci uvedli, že ho použijí, pokud by klient měl problém spolknout lék ve formě tablet. Množství léku podávaného v jiné formě nebylo řešeno. Byly tak vytvořeny ideální podmínky pro zneužití těchto léků. V jednom případě lékař údajně předepsal 1 krabičku léku pro 2 klienty najednou, údajně z úsporných důvodů. Záznamy o podání se nedělaly.

Podezření na zneužívání tlumící medikace personálem k nadměrnému tlumení klientů vzniklo ve více zařízeních. V jednom domově dokonce vedoucí pracovník uvedl, že se zde ztrácí léky na spaní a že má podezření na konkrétní pracovníky v přímé péči, kteří během noční směny podávají některým klientům zcela svévolně léky s tlumícím účinkem.

Doporučení

- **Zajistit bezpečné uložení léků. Přístup k nim umožnit jen pracovníkům, kteří jsou oprávněni s nimi nakládat.**
- **Neskladovat v zařízení léky, které nepatří žádnému aktuálnímu klientovi. Případné stávající zásoby zlikvidovat.**
- **Zavést systém evidence zůstatku léku v balení u léků s tlumivým účinkem, které jsou podávány ad hoc, tedy nepravidelně.**

Problém s nebezpečným uložením léků, případně se skladováním léků s tišícím účinkem, které nejsou přiděleny konkrétnímu klientovi, v naprosté většině případů není způsoben individuálním pochybením pracovníků. Opět je na vině primárně vedení zařízení, které nenastavilo pravidla pro bezpečné nakládání s neklidovou medikací.

Ochránce dále kritizoval, pokud zařízení při přípravě a podávání léků pracovalo s **neúplnými předpisy**, ve kterých chyběl některý podstatný údaj – síla léku, forma, velikost dávky, možnost opakování podání. Předpis vypadal např. takto: „*při neklidu až 3x 1 tbl.*“, „*Haloperidol I. M., při agresivitě*“. Ochránce často narazil i na **nejednoznačné ordinace léků**, ze kterých nebylo zjevné, který lék má být podán.

- „*Tisercin při neklidu, Prothazin při neklidu a nespavosti, Tiapridal při nespavosti.*“
- „*Při nespavosti Prothazin, nebo Buronil, nebo Tiapridal.*“
- „*Při slabém neklidu 1 tbl. Prothazinu, při velkém neklidu 1 amp. i. m. Tisercinu.*“

Nejčastější a nejzávažnější problém ochránce spatřoval ve **vágních ordinacích léků s tlumivým účinkem, které nemají být podávány pravidelně**, ale jen v určitých situacích – typicky v případě „potřeby“, „neklidu“, „agrese“ či „nespavosti“. Jako příklad lze uvést následující:

- „*Haloperidol richter při neklidu d.p.*“
- „*Apaurin, Tisercin 1 tbl. při neklidu.*“
- „*Při slabém neklidu 1 tbl. Prothazinu, při velkém neklidu 1 amp. i.m. Tisercinu.*“
- „*Při neklidu Apaurin a Haloperidol.*“
- „*Lexaurin při potížích.*“

III) Zjištění a doporučení ochránce

- „Tisercin 1 amp při záchvatu.“
- „Risperdal – kdyby večer nechtěl léky.“

Nejde přitom o výběr nejhoršího, ale o náhodný výběr z různých zařízení. Obdobně vágní předpisy byly používány **ve 13 ze 14 navštívených zařízení**. Tyto „ordinace“ se objevovaly v různých pomůckách, podle kterých se připravovaly léky, např. na seznamech na nástěnkách, v medikačních kartách klientů, v košících klientů s léky, atp.

„Neklid“ je přitom mimořádně neurčitý pojem, který se u každého klienta může projevovat jiným způsobem v závislosti na jeho zdravotním stavu. V uvedených ordinacích nebylo dostatečně specifikováno, v čem u konkrétního klienta neklid s ohledem na jeho zdravotní stav může spočívat a jak se může projevovat. Personál tak měl poměrně široký prostor pro vlastní interpretaci „neklidu“, „malého a velkého neklidu“ či „záchvatu“. Rovněž u předpisů léků „dle potřeby“ nemusí být každému zjevné, či potřeba má být lékem řešena – zda problém klienta, nebo vytíženost personálu.

Doporučení

- **Trvat na tom, aby lékař přesně uvedl, pro jaké situace lék s tlumivým účinkem předepisuje.**
- **Vyžadovat po lékaři přesné určení toho, jak velká dávka léku má být podána, jaké síly je předepsaný lék a kolikrát je podání možné v jakém časovém rozpětí.**

V několika případech ochránce vytýkal **nevedení záznamů o nepravidelných podáních léků s tišícím účinkem**. V jednom zařízení např. personál dělal záznamy jen o injekčních podáních léků. Zaměstnanci Kanceláře se setkali dále s tím, že klienti, kteří měli předepsanu ad hoc medikaci pro případ neklidu, agrese či nespavosti, měli tyto léky v košíku s ostatní medikací. Některá balení byla otevřená a část tablet chyběla. Zároveň však nikde nebyly záznamy o podání těchto léků. V jedné lahvičce Tisercinu např. zbývalo pouze 5 tablet z 50. Nikdo nebyl schopen uvést, kdy a komu byly tyto tablety podány, z jakého důvodu, kdo rozhodnutí učinil.

Častým problémem bylo dále to, že **záznamy byly nedostatečné**. Byly učiněny obvykle v knize hlášení, případně v knize hlášení a v dokumentaci klienta (nebylo nastaveno pravidlo, kam záznamy dělat) a zněly např. „aplikován Tiapridal pro neklid“, „klient neklidný, podán Apaurin“, bez rozvedení toho, v čem neklid spočíval, jaká dávka léku o jaké síle byla klientovi podána, často nešlo ze záznamu poznat ani to, kdo lék podal. Někdy byl záznam prováděn ve formě lék a datum, bez dalších informací. Často navíc v zařízení nebyl používán ucelený systém zaznamenávání a uchovávání informací (např. systém Cygnus). Nebylo tak možné dohledat, kolikrát byl určitému klientovi aplikován ad hoc tišící lék jinak, než zpětným pročítáním knihy hlášení.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Doporučení

- Důsledně provádět záznamy o podání ad hoc medikace s tlumivým účinkem, které budou obsahovat následující údaje:
 - kdo podal lék,
 - kdy,
 - komu,
 - důvod podání léku (popis situace),
 - jaký lék (název, forma, síla),
 - dávku,
 - stav klienta před a po podání,
 - zda a kdy byl informován lékař.

c) Uzavřenost oddělení

Správná praxe

Skutečnost, že je klient ubytován v domově se zvláštním režimem, ani fakt, že trpí syndromem demence, samy o sobě nejsou důvodem, aby byl omezován ve volném pohybu, tedy aby bylo zasahováno do jeho základních práv.

Poskytovatel sociálních služeb je na jedné straně povinen zajistit klientům bezpečí a chránit jejich zdraví a život, na druhé straně však klienta nelze omezovat způsobem, který je nepřiměřený možnému riziku. Je proto třeba **u každého klienta individuálně vyhodnotit rizikové faktory⁶⁶ a potřebu dohledu a stanovit mu individuální režim**, který je zaznamenán v individuálním plánu klienta.

V závislosti na výsledcích posouzení rizikovosti a potřeb je třeba klientovi buďto umožnit samostatně opustit zařízení, zajistit mu možnost samostatně pobývat např. na zahradě zařízení v bezpečně upraveném prostoru, nebo mu zajistit při pobytu venku dohled či doprovod (který je pak třeba podřadit pod jednu ze základních činností služby). K omezení volného pohybu klienta, které musí být vždy v zájmu jeho bezpečnosti, lze přistoupit pouze v individuálních případech, po zhodnocení rizik, odůvodnění a řádném záznamu do individuálního plánu klienta.

Zjištění z návštěv

Během návštěv bylo zjištěno, že některá oddělení či části zařízení, která poskytovala službu „domov se zvláštním režimem“, byly uzavřené. Klienti, a to ani ti orientovaní, neměli možnost oddělení samostatně opustit. Nebyla ani zajištěna možnost pohybu klientů venku v bezpečně upraveném prostoru.

66 Ve Zprávě z návštěv ústavů sociální péče pro tělesně postižené dospělé ochránce uvedl, co považuje za přiměřenou opatrnost a související přijatelné přiměřené riziko. Přiměřená opatrnost by byla za normálních podmínek dostatečná k tomu, aby průměrný klient ústavu nebyl nějakým nepředvídatelným způsobem ohrožen. Každý klient by měl mít zpracován určitý plán, ve kterém by byly vyjasněny rizikové faktory a situace, které u toho kterého konkrétního klienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, povahovým vlastnostem, mohou nastat. Po rozeznání těchto rizikových okamžiků by mělo dojít ke stanovení opatření, která mohou tato rizika eliminovat. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Zpráva z návštěv ústavů sociální péče pro dospělé [on-line], bod 69. Brno: Veřejný ochránce práv 2006 [cit. 17. června 2014]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/?id=101614>.

III) Zjištění a doporučení ochránce

V případě jednoho navštíveného domova pro seniory byla zamykána celá budova. Pokud chtěl klient ven, musel si vyžádat klíč od personálu. V zařízení přitom byli klienti, kteří se s ohledem na svůj zdravotní stav byli schopni bezpečně pohybovat venku. Individuální zhodnocení rizik, jehož výsledky by se mohl personál řídit, však nebylo provedeno. Zůstalo tak zcela na intuitivním rozhodnutí jednotlivých pracovníků, zda klienta ven pustí nebo ne.

V některých zařízeních pro seniory byla skutečnost, že klient sám odešel ze zařízení do blízkého restauračního zařízení, považována za mimořádnou událost. V knize hlášení bylo uvedeno, že klient „svévolně bez vědomí ošetřujícího personálu opustil domov“ a že byl nalezen v pivnici.

Jinde pro umožnění vycházky vyžadovali souhlas opatrovníka, ačkoliv vycházky či pobyt venku nejsou právním jednáním a opatrovník není kompetentní o tom rozhodovat. V jednom případě rozhodovala o možnosti opustit budovu dokonce psychiatrická zařízení. I u klientů, kterým vycházku povolila, a byli zcela orientovaní, pak ještě záviselo na volné úvaze sestry, zda je pustí ven (budova byla neustále zamykána).

Doporučení

- Vyhodnocovat u každého klienta rizikové faktory a potřebu dohledu (předpokladem je znalost diagnózy) a stanovit individuální režim pobytu venku.
- Zajistit orientovaným klientům možnost samostatně opustit oddělení, připouští-li to jejich zdravotní stav, zajistit jim možnost volně opustit budovu zařízení.
- Vytvořit podmínky pro bezpečný pobyt klientů ve venkovním prostoru zařízení (zahrada, park).

6) Poskytovaná péče

Vedení zařízení na kritiku ochránce týkající se nedostatků v ošetrovatelské péči často argumentovalo tím, že zařízení klientovi nahrazuje domov a že v domácím prostředí je určitá praxe rovněž běžná.

Ačkoliv to, že zařízení klientovi nahrazuje domov a domácí prostředí, může být adekvátní měřítko pro posouzení kvality ubytování a materiálních podmínek, neobstojí při hodnocení ošetrovatelské a jiné odborné péče. Registrované zařízení sociálních služeb je povinno poskytovat **odbornou sociální péči**. **Odbornost vylučuje intuitivní přístup**, který je typický pro rodinné prostředí, avšak neslučuje se s kvalitou v sociálních službách.

Zařízení typu domov pro seniory a domov se zvláštním režimem mohou a mají poskytovat také **odbornou zdravotní ošetrovatelskou péči na náležitě úrovni**. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů těchto zařízení je zdravotní péče nezbytná. Zákon o sociálních službách v § 36 stanoví, že klientům je ošetrovatelská a rehabilitační péče poskytována především **prostřednictvím zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost** k výkonu zdravotnického povolání. Ani zde tedy nemá místo laický neodborný intuitivní přístup. **Součástí pečujícího týmu v zařízení by proto vždy měla být sestra**, která se bude věnovat především prevenci a řešení takových problémů, jako je malnutrice, dekubity, bolest, deprese.

a) Prevence malnutrice

Správná praxe

Často jsou klienti pobytových zařízení trvale upoutáni na lůžko, mají omezené komunikační schopnosti či trpí syndromem demence v pokročilém stádiu. Jsou tak odkázáni na péči personálu zařízení. Ta musí zahrnovat i **zajištění základní výživy a nutriční péči**. Proto se ochránce během systematických návštěv zaměřoval mj. na to, zda si zařízení je vědomo rizik spojených s malnutricí a zda má nastavený systém prevence vzniku malnutrice.

Nedostatečná nutriční péče může vést k malnutrici, která je příčinou dalších komplikací v péči, jako jsou zhoršení zdravotního stavu, prodloužení doby léčby, zvýšení rizika tvorby proleženin, zhoršení soběstačnosti a zvýšení úmrtnosti. Potřebu věnovat náležitou pozornost riziku malnutrice dále zdůrazňují i nejnovější výzkumy, podle kterých správná výživa u osob, které trpí syndromem demence, přímo souvisí s udržením jejich kognitivních funkcí.⁶⁷

Základní zásady nutriční péče o osoby trpící demencí uvádí např. Pidrman:⁶⁸

- „Včas rozpoznat snížení zájmu pacienta o jídlo;
- sledovat v čase tělesnou hmotnost a svalovou sílu;
- dodržovat pravidelnost a řád v příjmu potravy, dělit ji do hlavních a vedlejších jídel;
- zachovávat úroveň a styl stolování;
- respektovat chuť nemocného, je-li to možné (pozor na tučná a sladká jídla);
- dbát na správné složení potravy;

⁶⁷ NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Sledování nutričního a psychického stavu u nemocných s Alzheimerovou chorobou – vliv nutriční intervence v longitudinální studii. Disertační práce [on-line]. PK LF Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, 2009 [cit. 5. června 2014]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2-117_1_.pdf.

⁶⁸ PIDRMAN, Vladimír. Demence, s. 160. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

III) Zjištění a doporučení ochránce

- *dbát na dostatečný a kontinuální přísun tekutin;*
- *mít objektivní přehled o skutečné konzumaci stravy;*
- *motivovat a zapojit nemocného do přípravy jídla a stolování.“*

Vzhledem k významu správné nutriční péče a k rizikům, která jsou spojena s jejím zanedbáním, by v ideálním případě měl být součástí multidisciplinárního týmu zajišťujícího komplexní péči o klienta rovněž nutriční terapeut, který rozhodne o nutričních potřebách klienta, stavu jeho výživy, volbě vhodného výživového doplňku, sestavení jídelního plánu.

Základní informace o prevenci malnutrice připravil ochránce pro zařízení i širokou veřejnost ve srozumitelné formě informačního letáku.⁶⁹

i) Nutriční screening

Správná praxe

Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces proveditelný zaškoleným pracovníkem (ošetřovatelem) za pomoci standardizovaných testů. Výsledkem může být zjištění, že klient není v riziku malnutrice, ale může potřebovat opakovanou kontrolu v určitých intervalech; nebo že klient je v riziku a má být vypracován nutriční plán a poskytována specializovaná péče, dle závažnosti buď v zařízení, nebo poskytovatelem zdravotních služeb.

Zařízení by při příjmu nového klienta mělo zaznamenat údaje o váze, výšce, body mass indexu, příjmu potravy. U klientů, kteří se nepostaví, zaznamenávat údaj o obvodu paže namísto tělesné váhy. Na základě těchto vstupních informací vyhodnotit, zda je klient ohrožen malnutricí. Tento postup a vyhodnocování možného rizika by mělo zařízení opakovat v pravidelných intervalech.

Zjištění z návštěv

Často ochránce kritizoval, že zařízení systematicky nesledovalo váhu klientů. V jednom zařízení sice sestra uváděla, že klienty váží dvakrát ročně (což by stejně bylo nedostačující), avšak poslední údaj o váze, který byl v dokumentaci uveden, byl zpravidla více než rok starý.

V jiném zařízení sice personál tvrdil, že v riziku malnutrice nikdo není, přesto zde byli klienti, kteří podle posledního vážení měli méně než 40 kilo (dokonce 32 kg). Externí konzultant Kanceláře na místě konstatoval, že většina klientů trvale upoutaných k lůžku je ohrožena malnutricí.

Rovněž byl zaznamenán případ, kdy sice váha sledována byla, avšak tento údaj zjevně nebyl pořizován s cílem sledovat riziko malnutrice. U jedné klientky byl ze záznamů zjevný váhový úbytek pět kilogramů za tři měsíce. Nebyla však řešena příčina ani přijata žádná navazující opatření.

⁶⁹ VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Malnutrice - riziko a možnosti ochrany v zařízeních sociálních a zdravotních služeb [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014 [cit. 30. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/malnutrice/>.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Jinde se zaznamenávala váha, nebyl však k dispozici údaj o výšce, takže nebylo možné propočítávat BMI, což je jeden z nejrychlejších způsobů, jak zjistit riziko podváhy a možné podvýživy. Sestra na otázku, proč vedle údaje o váze nemají zaznačen i údaj o výšce, odpověděla, že klienti už nerostou.

Doporučení

- Důsledně sledovat váhu klientů a systematicky hodnotit váhové úbytky.
- U klientů, kteří nejsou schopni postavit se na váhu, používat alternativní metody.
- Případný váhový úbytek klientů konzultovat s lékařem a stanovit navazující postup.
- vést dostatečnou dokumentaci o poskytnuté péči v oblasti stravy a prevence malnutrice.

ii) Sledování příjmu stravy a tekutin

Správná praxe

Zařízení by mělo věnovat dostatečnou pozornost systematickému sledování příjmu stravy a tekutin. Zejména u těch klientů, kteří si s ohledem na svůj zdravotní stav nejsou schopni pitný režim zajistit sami, případně patří k ohroženým z hlediska vzniku malnutrice. Tyto záznamy mohou být **součástí nutričního dekurzu** klienta.

V první řadě je vždy nutné **stanovit, u koho má být příjem stravy či tekutin sledován** a nenechávat na intuitivním zhodnocení a všímavosti pracovníků v přímé péči, zda klient je dostatečně hydratován či zda není v riziku malnutrice.

Důležité je, aby **záznamy byly objektivizované**. Pečlivé provádění záznamů nemusí být nezbytně zatěžující. Lze využít standardizovaných formulářů, kde se příjem stravy monitoruje zaškrtnutím příslušných políček (snědl čtvrt, půl, celou porci).

Záznamy vycházející z intuice personálu („jedl dobře“, „jedl málo“...) neposkytují dostatečný podklad pro kvalitní zhodnocení případného rizika. Zatímco u jedné pečovatelky to může znamenat, že klient nedojí dvě porce po sobě, jiný pracovník tento záznam udělá, pokud klient týden nedojídá obědy a večeře. Navazující intervence tak nemusí přijít včas, ve fázi, kdy ještě měla preventivní charakter.

Obdobně lze postupovat i u **sledování příjmu tekutin**. Pracovnice v sociálních službách nemusí zapisovat každé napití. Nápoj lze připravit do vhodné nádoby, a na konci směny pak objektivně změřit, kolik tekutiny klient vypil.

Kvalitní poskytovatel by neměl postupovat jen intuitivně. Musí stanovit kritéria, u kterého z klientů se bude příjem tekutin sledovat, a zadat personálu pokyny, v jaké formě tak má činit. Pečovatelky by pak u vybraných klientů měly mít k dispozici údaj, jaké množství tekutiny má klient během dne vypít.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Zjištění z návštěv

Mnohá z navštívených zařízení nevěnovala dostatečnou pozornost sledování a vyhodnocování příjmu stravy a pitného režimu klientů. Často **nebylo stanoveno, u koho má být příjem stravy či tekutin sledován**, a pracovníci v přímé péči nedostali v tomto směru jasné zadání. Na otázku, zda sledují příjem stravy klientů, někde odpovídali, že ano, ale že všichni všechno vždy dojdají. Případně sdělili, že sledování příjmu stravy nemá smysl, protože klienti jedí jídlo od příbuzných.

Pokud příjem stravy sledován byl, často **nebyla vedoucími pracovníky stanovena požadovaná forma záznamů** a pracovníci si informace předávali buď ústně, nebo sami subjektivně vyhodnotili, zda, co, kam a v jaké formě zapíše. **Záznamy navíc často nebyly objektivizované.** Pracovník pak na základě své intuitivní úvahy do některé z dokumentačních pomůcek zapsal, že klient „nedojedl oběd“, nebo že klient „jedl špatně“. Zpravidla pak s takovými záznamy nikdo dále nepracoval.

Často v rámci jednoho zařízení **nebyl nastaven standardizovaný postup, v jaké formě má být sledován příjem tekutin.** Do formuláře tak jeden pracovník uvádí, že klientka vypila hrnek čaje, jiný pracovník uvede, že vypila 250 ml tekutiny. Stejně nedostačující je praxe, kdy personál sice zapisuje do záznamů jednotlivá napití, avšak pouze odhaduje, jaké množství tekutiny klient vypil. Záznamy pak nemusí odpovídat skutečnému příjmu tekutin. Někde se dělaly záznamy pouze ve formě: „Pije málo, nepije, dnes se 2 x napil, hydratována dostatečně.“ Takový údaj nemá žádnou vypovídající hodnotu a nemůže být podkladem pro další práci.

Klienti pak velmi snadno mohou být dehydratováni. Objektivizovaně se to projeví jako u klientky, která byla přeložena na zdravotní lůžko z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Jako příčina byla v její ošetřovatelské dokumentaci uvedena dehydratace.

Doporučení

- Stanovit, u koho má být příjem stravy preventivně sledován.
- Pořizovat objektivizované záznamy ze kterých bude zjevné, zda klient snědl celou porci, polovinu, čtvrtinu.
- Tyto záznamy pravidelně vyhodnocovat a ve spolupráci s lékařem stanovit navazující postup pro případ, že klient opakovaně nedojí.
- Stanovit, u kterých klientů má být sledován příjem tekutin.
- U nich pak určit, kolik tekutin má klient za den přijmout.
- Příjem tekutin sledovat pomocí objektivizovaných ukazatelů.

III) Zjištění a doporučení ochránce

iii) Nutriční hodnota stravy

Správná praxe

Zajištění **vhodné celodenní stravy** je jednou ze základních činností poskytované sociální služby. Musí odpovídat věku, zásadám racionální výživy, potřebám dietního stravování. Vyhláška jako minimum stanoví tři hlavní jídla denně. Pokud však zařízení poskytuje péči osobám trpícím demencí, je třeba této klientele přizpůsobit i stravovací režim. Osoby trpící Alzheimerovou chorobou mají vyšší energetickou potřebu, měla by jim proto být podávána nutričně a energeticky odpovídající strava reflektující aktuální fázi onemocnění, stav výživy a přítomnost další choroby. Klienti trpící syndromem demence by rovněž měli mít zajištěn neustálý přístup k jídlu. Zařízení musí respektovat zákonný požadavek maximální hranice denní úhrady za poskytnutou stravu ve výši 170 Kč.⁷⁰

Zjištění z návštěv

Často v zařízení nebyla řešena nutriční hodnota stravy, případně strava nebyla přizpůsobená zdravotnímu stavu klientů.

V jednom z navštívených zařízení se používalo pouze sedm jídelních lístků stále dokola. Tyto jídelníčky následně zhodnotila externí konzultantka Kanceláře – nutriční terapeutka, která v nich zjistila zásadní chyby, označila je za nevyhovující, neplnohodnotné, značně neodpovídající hodnotě 160 Kč (výše úhrady za stravu). Obsahovaly velké množství jídel, u kterých se vyskytuje častá nesnášlivost (luštěniny, sladká jídla, vnitřnosti). Nedostatečný byl podíl ovoce a zeleniny, ale i mléčných výrobků. Naopak sladkých jídel bylo příliš, celkem devětkrát (mj. sladká večeře „těstoviny se skořicí“). Nedostatečný byl podíl masa, nadbytečný podíl uzenin. Chyběla pestrost – k obědu byla gulášová polévka a k večeři bramborový guláš.

V jednom zařízení odebírali stravu ze závodní jídelny, aniž byly jakkoliv zohledněny potřeby dané zdravotním stavem klientů. V jiném zařízení byla večeře zpravidla ve formě polévky a chleba. Klienti chleba hromadně odhodili, protože nebyli schopni velké kusy pokousat, ani nalámat. Večeře byla podávána už v 16,30. Další jídlo dostali až v 7,30 ráno, přes noc žádná strava nebyla k dispozici. Speciálně nastavenou výživu neměl nikdo, s výjimkou diabetiků.

Doporučení

- Jídelníčky sestavovat s ohledem na jejich nutriční hodnotu a potřeby klientů.
- Zajistit, aby klientům trpícím syndromem demence bylo jídlo k dispozici celý den.

⁷⁰ Výše úhrady za základní činnosti poskytované konkrétní sociální službou jsou definovány prováděcí vyhláškou k zákonu o sociálních službách.

III) Zjištění a doporučení ochránce

iv) Mechanická úprava stravy

Správná praxe

U klientů, kteří mají potíže s polykáním, může být potřeba stravu upravit. **Rozhodnutí o tom by mělo být zaznamenáno v dokumentaci klienta** s dostatečnou informací o tom, kdo, kdy a z jakého důvodu jej učinil. Přejít na mechanicky upravenou stravu je totiž pro klienta zásadní změnou, vnímá ztrátu svých schopností a soběstačnosti a přichází o plný zážitek z jídla.

Mixování stravy by mělo být v rámci mechanické úpravy až nejzazší formou úpravy, před kterou má přednost krájení a mletí, které ponechává možnost vnímat strukturu stravy. Vždy by měly být **odděleny jednotlivé složky stravy**. Jedině tak je mj. možné zajistit, aby klient snědl nutričně hodnotnější složku, pokud nedojídá celou porci. Rovněž v případě smíchání všech rozmixovaných složek stravy dohromady vzniká nevzhledná nechutná směs. Její podávání klientům je za hranicí důstojnosti.

Zjištění z návštěv

Ochránce se bohužel několikrát (ve 4 zařízeních) setkal s praxí, kdy byly **mixovány všechny složky jídla dohromady, tedy maso i příloha**. V některých zařízeních přidali do mixu i polévku.

Doporučení

- **Zaznamenat rozhodnutí o mechanické úpravě stravy v dokumentaci klientů (kdo rozhodnutí přijal, kdy a jaké byly důvody).**
- **Pokud je třeba stravu mechanicky upravit, upravovat jednotlivé složky jídla zvlášť.**

v) Způsob podávání stravy

Správná praxe

Pracovníci Kanceláře během systematické návštěvy sledovali podávání stravy klientům, kteří se sami nenajedí. Dopomoc se stravou vychází v první řadě z určení, který klient potřebuje při jídle pomoc personálu. Rozhodnutí se zaznamená do dokumentace. Rovněž je třeba, aby zařízení k podávání jídla určilo dostatečný počet zaměstnanců, nebo i zajistilo pomoc dobrovolníků.

Zjištění z návštěv

V několika případech ochránce kritizoval **příliš rychlé podávání stravy**. Pracovnice stála nad klientem, aniž by sledovala, jestli má možnost jídlo dostatečně pokousat a vychutnat si jej, a poměrně rychle podávala lžičku s jídlem k ústům. Navíc zbytky jídla ze rtů otírala lžičkou a opětovně klientovi podávala. V jiném případě začala pracovnice podávat večeři jedné klientce a v polovině odběhla ke druhé. První klientka nebyla schopna najíst se sama, a tak mohla jen sledovat, jak jídlo před ní chladlo.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Doporučení

- Zajistit pro dopomoc se stravováním dostatek personálu a času.

vi) Možnost společného stolování, kultura stolování

Správná praxe

Společné stravování s sebou nese **významný socializační prvek**. Klient má možnost setkávat se v jídelně s ostatními, navazovat sociální vazby a změnit prostředí. Zařízení by mělo dbát na úroveň a kulturu stolování.

Zjištění z návštěv

Několik z navštívených zařízení **nemělo k dispozici jídelnu**, případně společenskou místnost, která by mohla plnit tuto funkci. Klienti se tak stravovali ve svých pokojích, mnohdy seděli u jídla na posteli s talířem položeným na nočním stolku nebo dokonce na kolenou.

Ochránce kritizoval **nevhodný způsob podávání stravy**, kdy bylo klientům jídlo servírováno v plastových miskách, tekutiny z plastových kelímků, z kelímků od jogurtu, případně z kojeneckých lahví. Jedno z navštívených zařízení dokonce rozlévalo klientům tekutiny ze zahradních plastových konví. Ochránce rovněž kritizoval, pokud klienti neměli jinou možnost než jíst lžící.

Zcela nevhodná a člověka nedůstojná je konzumace jídla při sezení na přenosném toaletním křesle, které bylo v několika zařízeních použito místo židle.

Doporučení

- Vytvořit vhodné podmínky pro společné stravování.
- K podávání jídla a pití používat vhodné a cílové skupině uzpůsobené nádobí.

b) Dekubity

Správná praxe

Část klientů navštívených zařízení byla omezená v pohyblivosti a trávila většinu času na lůžku. Součástí péče musí být práce s rizikem vzniku dekubitů (proleženin) a postupy jejich předcházení.⁷¹

71 Pro více informací viz např. MIKULA, Jan, MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Zjištění z návštěv

Problematika prevence vzniku dekubitů byla v navštívených zařízeních často řešena intuitivně. Riziko dekubitů nebylo systematicky vyhodnocováno, nebyl znám počet klientů ohrožených dekubitem. Pracovníci v sociálních službách předávali sestřám informace až v situaci, kdy klient měl narušenou kůži a bylo tedy pozdě na preventivní kroky.

Ochránce dále opakovaně kritizoval, pokud zařízení nevedla dostatečnou dokumentaci o poskytnuté péči v oblasti prevence a léčby dekubitů. Z dokumentace často nebylo seznatelné, v jakých časových intervalech probíhá polohování ležícího klienta. V jednom zařízení např. záznamy spočívaly v jedné čárce za den v kolonce „polohování“ ve formuláři poskytnuté péče. U klientů s narušením kožní integrity nebyly k dispozici záznamy o stavu rány, její velikosti, průběhu hojení a prováděných převazech.

Externí odborníci také poukazovali na **nevhodné matrace** klientů trvale upoutaných na lůžko. Byly často velmi tenké a nebyly opatřeny antidekubitními podložkami.

Ochránce se opakovaně setkal s tvrzením personálu, že dekubit u klienta nevznikl v zařízení, ale klient s ránou již přišel z nemocnice. Jestliže je klient pobytové sociální služby dočasně hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, měla by se tato služba i v průběhu hospitalizace projevovat zájem o jeho zdravotní stav a v případě potřeby hájit jeho práva (např. cestou pomoci s podáním stížnosti na poskytnutou zdravotní péči, která měla za následek vznik dekubitu).

Doporučení

- Individuálně vyhodnocovat riziko vzniku dekubitů.
- Preventivními opatřeními (polohování, vhodná strava) předcházet vzniku rány.
- O péči v této oblasti vést dokumentaci s dostatečnou výpovědní hodnotou.

c) Trvale ležící klient

Správná praxe

Trvalé upoutání na lůžko představuje v životě člověka zásadní změnu. Stává se ve všech oblastech péče o sebe sama závislým na pečujícím personálu. Jedná se o zásadní a trvalé zhoršení kvality života klienta. Je proto třeba, aby rozhodnutí o tom, že určitý klient již nebude vysazován z lůžka, nebylo intuitivní ani svévolné. Rovněž by nemělo být předčasné. Vždy by mělo jít o rozhodnutí pečujícího týmu po konzultaci s lékařem. Z dokumentace musí být zjistitelné, odkdy tento stav trvá, kdo o tom rozhodl a co bylo příčinou. Je třeba dbát na to, aby péče o klienta tento stav v maximální možné míře kompenzovala.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Zjištění z návštěv

Ve většině navštívených zařízení byli někteří klienti zcela imobilní a trvale upoutáni na lůžko. Někteří z nich nebyli vysazováni do křesla ani v lůžku posazováni k jídlu. V některých případech vůbec neprobíhala vertikalizace klientů. Velmi často zároveň z (ošetřovatelské) dokumentace vedené o klientovi nebylo zjevné, kdo o tom rozhodl a jak dlouho tento stav trvá.

Doporučení

- Rozhodnutí o tom, že určitý klient již nebude posazován, vždy konzultovat s lékařem.
- Do dokumentace klienta zaznamenat, kdo o tom rozhodl, důvody a odkdy tento stav trvá.

d) Sledování bolesti

Správná praxe

U pacientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů,⁷² může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, příp. může vést k poruchám chování (vnímaných jako neklid či agrese) a následnému zbytečnému nasazení psychofarmak.

V rámci poskytované péče je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost bolesti a její léčbě. Zejména v pokročilých stádiích demence, kdy již klient není schopen verbalizovat svoje pocity, je třeba, aby schopnost detekovat bolest zvládnul pečující personál.⁷³ Je rovněž důležité, aby vedení zařízení nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Zjištění z návštěv

Téměř v žádném z navštívených zařízení **nebyl zaveden standardizovaný systém pravidelného testování a zaznamenávání bolesti klientů**. Pokud o některém z klientů personál věděl, že trpí bolestí, šlo o výsledek každodenního intuitivního pozorování. Pracovníci v sociálních službách často uměli velmi empaticky popsat, jak klienti dávají najevo, že je něco bolí. Spoléhat však pouze na intuici a vstřícný zájem personálu není systémové ani spolehlivé.

Pokud pečovatelé zpozorovali, že klient může trpět bolestí, předali zpravidla informaci sestře. Nebylo však stanoveno v jaké formě, ani jaký má následovat postup. Z dokumentace rovněž nebylo možné vysledovat, zda a jak sestra na oznámení reagovala, zda např. předala informaci lékaři, s jakým výsledkem a do jaké míry se projevila v péči o klienta.

72 Strategie P-PA-IA.

73 Existuje řada škál k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí, např. DOLOPLUS-2, ECPA, PACSLAC či PAINAD.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Doporučení

- **Zavést standardizované sledování a vyhodnocování bolesti, zejména pak u klientů, kteří mají omezené komunikační schopnosti.**

e) Deprese

Správná praxe

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,⁷⁴ často však bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může významně negativně projevit na kvalitě života klienta. Je proto třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese, v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

Zjištění z návštěv

V průběhu systematických návštěv dospěl ochránce k závěru, že **většina zařízení nevěnuje dostatečnou pozornost sledování a zjišťování, zda některý z klientů netrpí depresí**. Personál nebyl dostatečně edukován o možných projevech deprese, jako jsou neklidné nebo agresivní chování, nechutenství, apatie, plačtivost, a o možnostech jejich řešení. Pokud příznaky deprese vyzoroval, jednalo se o výsledek intuitivního a náhodného pozorování.

Doporučení

- **U klientů trpících syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost zkoumání, zda netrpí depresí. Stanovit v té souvislosti zadání a povinnosti pro personál.**

f) Hygiena

Správná praxe

Pracovníci zařízení by klientům měli zajistit pomoc při hygieně [viz § 50 odst. 2 písm. c) zákona o sociálních službách]. Znamená to zajistit provádění hygieny dle individuální potřeby, celková hygiena by však měla být provedena alespoň jednou týdně. Samozřejmě je třeba vždy respektovat soukromí klientů [k zajištění soukromí při hygieně viz kapitola Soukromí při hygieně, na toaletě, při ošetrovatelských úkonech, strana 28]. Rovněž je poskytovatel povinen u klientů, kteří potřebují pomoc s osobní hygienou, vést záznamy o poskytnutých úkonech, a to v souladu s § 88 písm. f) zákona

74 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 72.

III) Zjištění a doporučení ochránce

o sociálních službách. Jedině tak je možné doložit, že se klientovi dostalo péče i v této oblasti na náležité úrovni.

Zjištění z návštěv

V jednom případě zaznamenal ochránce, že klienti **nemají vytvořeny dostatečné podmínky pro osobní hygienu**. Většina klientů neměla zubní kartáček ani vlastní kosmetiku. Mýdlo a šampon byly společné pro celé oddělení, což nesplňuje požadavek individuální péče (ne každému může stejný výrobek vyhovovat).

Ochránce rovněž kritizoval, pokud koupání neprobíhalo podle individuálních potřeb a přání klientů. Setkal se s příliš **dlouhými intervaly mezi koupáním**, kdy někteří klienti nebyli koupani 10 i 15 dnů. V jednom z navštívených zařízení byl pevně stanoven harmonogram koupání, od kterého nebylo možné se odchýlit. Klient se tedy nemohl vykoupat dle potřeby. Jinde vznikly pochybnosti, zda vůbec probíhá večerní hygiena, neboť klienti byli uloženi ke spánku v běžném denním oblečení, namísto nočního prádla.

Související problém byly **nedostatečně vedené záznamy** o provádění hygieny, zejména o celkové koupeli. Ačkoliv měl personál k dispozici různé neformální harmonogramy koupání, nebylo možné ověřit, zda celkovou hygienu opravdu provedl.

Ochránce se setkal i se zcela nepřijatelnou praxí, kdy pečovatelé v rámci hygieny otírali imobilním klientům ústa hadrem namáčeným v kyblíku se špinavou vodou, kterou se předtím umývaly stoly.

Doporučení

- Vést objektivní a aktualizované záznamy o provedeném koupání.
- Zajistit všem klientům potřeby pro osobní hygienu.
- Provádění hygieny (koupání) uzpůsobit potřebám jednotlivých klientů.

g) Mikční režim

Správná praxe

Jedním z projevů demence je inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet klienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu, včetně režimu mikčního. Klient by měl mít možnost se v cca 2hodinových intervalech, i častěji, vymočit. Takto nastavený režim může minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.⁷⁵

75 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, s. 109.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Ošetřovatelky (pracovníci v sociálních službách) by měly mít jasné zadání, koho z klientů jak často vysazovat na (přenosné) WC, komu pomáhat dojít na toaletu a jak často. Komunikační bariéra na straně klienta (klient si neřekne, že potřebuje doprovodit na WC) by neměla být důvodem pro ukončení doprovázení na toaletu. Mikční režim by měl vycházet z individuálních potřeb každého klienta a měl by mít odraz v jeho dokumentaci, včetně záznamů o průběhu péče v této oblasti.

Zjištění z návštěv

Téměř žádné z navštívených zařízení nemělo u klientů zavedený mikční režim, kdy by měl personál jasné zadání, kdo a jak často má být vysazován na toaletu, koho doprovázet na WC, případně komu má být potřeba připomenuta a v jakém časovém intervalu. Pokud se tak dělo, šlo o výsledek intuitivního přístupu personálu, který neměl odraz v individuálním plánu ani v dokumentaci o poskytnuté péči.

Velmi často byl klient buďto schopen použít toaletu zcela sám, nebo vykonával potřebu výhradně do plen. V jednom zařízení byli zaměstnanci Kanceláře svědky situace, kdy klientka řekla personálu, že chce na WC. Pracovník v přímé péči jí však sdělil, že má pleny, ať močí do nich.

S umělým navozováním či urychlováním inkontinence se ochránce setkal ve více zařízeních. Personál „učil“ močit klienty do plen tím, že jim celodenně nasazoval inkontinenční pomůcky, přestože zatím nebyli inkontinentní. V jednom zařízení měli pleny celodenně všichni klienti s demencí, i ti, kteří byli samostatně pohybliví a při správně nastaveném mikčním režimu by mohli zůstat kontinentní mnohem déle.

V jednom zařízení dokonce vzniklo podezření, že jsou klientům s demencí zavazovány noční košile mezi nohama, aby nemohli vykonat potřebu na toaletě. Takovéto postupy představují **poškození zdraví klientů**. Předčasně a zcela zbytečně je u nich prohlubována závislost na péči.

Nevhodným postupem bylo také **používání několika inkontinenčních pomůcek najednou**, především v noci, ve snaze usnadnit práci pečujícímu personálu, který je nemusel tak často vyměňovat.

Překážkou správného mikčního režimu byl někde i **nedostatek toalet a naprostý nedostatek personálu v přímé péči**. Ten se odrážel i v tom, že klientům nebyly inkontinenční pomůcky vyměňovány dle potřeby a museli čekat v mokřém oblečení. Často byl v zařízení silný zápach.

Doporučení

- Stanovit klientům mikční režim, v jehož rámci bude řešeno, kdo používá inkontinenční pomůcky (pleny a vložky) na noc, kdo i přes den, komu má personál v přímé péči dopomáhat na toaletu a jak často.
- Používat inkontinenční pomůcky s ohledem na individuální potřebu klienta nikoliv jako nástroj kompenzace nedostatečného počtu personálu.

III) Zjištění a doporučení ochránce

h) Nakládání s léky

Během návštěv zařízení byl sledován způsob, jakým jsou klientům připravovány a podávány léky, jakým personálem, a dále bylo zjišťováno, zda jsou léky bezpečně uloženy. Špatné podání léků či nezajištěné uložení může totiž pro klienty představovat zásadní ohrožení zdraví či dokonce života.

Příprava léků – medikační karty

Jednotlivá zařízení mají své specifické postupy, jak se léky připravují. Obvykle jsou léky připravovány do lékovek podle určitého dokumentu (rozpis léků na nástěnce, medikační kartičky klientů, medikační listy atp.). Ochránce se během šetření setkal s tím, že v těchto dokumentech je škrtáno, přepisováno, nebylo zjevné, kdy byl záznam učiněn, kdy byla provedena změna a kým. **Retušovaný a přepisovaný seznam medikace** se stával nepřehledným, nečitelným. Pokud by kdokoliv ze zaměstnanců udělal nesprávnou změnu v zápisech, jednalo by se o prakticky nevysledovatelnou chybu. Nebyla zřejmá oprávnění, kdo smí změny provádět, resp. kdo je zodpovědný za přepis, dojde-li ke změně medikace lékařem. Seznam medikace navíc často nebyl autorizován vedoucím pracovníkem (vrchní sestrou).

Záznam byl často neúplný. U názvu léku chyběl údaj o množství účinné látky (identifikace léku) či forma léku (kapky, tablety...). Bylo také zjištěno několik případů, kdy opakovaným přepisováním vznikla **chyba v dávkování či v označení síly léků**. V několika případech se ochránce setkal s tím, že dokument, podle kterého se připravovaly léky, **neodpovídal aktuální medikaci ve zdravotní kartě klienta**. Rovněž byly zjištěny případy, kdy v zařízení bylo používáno několik neformálních rozpisů léků, které se však lišily. Personál přitom nebyl schopen odpovědět, který ze dvou různých údajů je aktuálně ten správný.

V naprosté většině případů však nešlo o individuální pochybení zaměstnanců, ale problém spočíval v tom, že nebyla nastavena pravidla, jak má být s léky bezpečně nakládáno. Odpovědnost za nastavení systému nesou vedoucí pracovníci.

Doporučení

- Nastavit systém pravidel pro bezpečné nakládání s léky.
- Připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyby.
- Zajistit, aby záznam v medikačním listě odpovídal přesnému předpisu lékaře a změny byly prováděny ihned.
- Stanovit, kdo je za záznam do medikačního listu odpovědný, a připravovat medikační listy tak, aby bylo zjevné, kdo je připravil.
- Správnost medikačního listu potvrzovat vrchní sestrou či lékařem.
- V medikačních listech provádět změny novým záznamem (rovněž autorizovaným) namísto přepisování či retuší.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Uložení léků

V některých zařízeních nebylo zajištěno **bezpečné uložení léků**. Léky klientů, a to buď v originálních baleních, nebo připravené v lékovkách, byly uloženy na místech, kam měl přístup jak všechen personál (tedy i ten, který není oprávněn s nimi nakládat), tak i klienti.

Léky byly např. v neuzamčené skříni na sesterně, od které měli klíče sestry, pracovníci v sociálních službách i techničtí pracovníci, kteří chodili na sesternu kouřit. Sestra na to uvedla, že jsou jako rodina a musí si důvěřovat.

Doporučení

- Léky bezpečně ukládat tak, aby k nim měl přístup pouze personál oprávněný s nimi nakládat.

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, smí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře podávat léčivé přípravky pouze všeobecná registrovaná sestra a zdravotnický záchranář.

V několika případech ochránce kritizoval, pokud **léky vydával klientům zaměstnanec, který není oprávněn s léky nakládat**, obvykle šlo o pracovníka v sociálních službách. V jednom zařízení chystala léky zdravotní sestra, která však nebyla registrovaná.

Doporučení

- Zajistit, aby léky připravoval a klientům vydával jen zaměstnanec, který je k tomu kompetentní.

V souvislosti s přípravou léků do lékovek dopředu (obvykle na týden) ochránce upozornil na to, že pokud léky **vydává zaměstnanec, který je nenachystal**, nemá jak ověřit ani ovlivnit správnost připravených léků a vystavuje se riziku, že udělá chybu, kterou sám nezavinil.

V některých zařízeních zdravotnický personál **drtil léky**, aniž by byl konzultován lékař. Je přitom primárně na lékaři, aby řešil, že klient nepřijímá léky standardní cestou. Zaměstnanci jako odůvodnění uváděli, že daní klienti mají problém s polykáním. Údaj o tom, že se klientovi špatně polyká, však nebyl zaznamenán v jeho dokumentaci. V některých zařízeních si zaměstnanci navíc nebyli vědomi toho, že některé léky mohou mít někdy po rozdrcení změněnou účinnost.

V jednom ze zařízení personál drtil léky více klientům. Bylo však zjištěno, že hmoždíř, ve kterém se léky drtily, nebyl po každém drcení vyčištěn. Docházelo tak k nepřipustnému míchání různých léků.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Doporučení

- Informovat lékaře o tom, že klient má problém s polykáním léku, a požádat o předepsání léku v jiné formě.
- Konzultovat s lékařem, které léky je možné drtit, a ve vztahu ke konkrétním klientům mít od lékaře písemné stanovisko v dokumentaci.
- Seznam těchto klientů zpřístupnit sestřám, které léky připravují.
- Pokud se drcení týká více uživatelů, čistit nádobu na drcení, aby nedocházelo k míchání různých léků.

Na závěr může být užitečné uvést dva výjimečně odstrašující příklady mimořádně nedbalého a nebezpečného nakládání s léky.

První se týká způsobu vydávání léků klientům. Sestra měla připravené lékovky nadepsané jmény klientů ve vozíku a postupně obcházela klienty, kteří byli v jídelně. Klientů bylo přibližně 180. Na dotaz, zda zná všechny klienty jménem, odpověděla, že ano. Zaměstnanci Kanceláře však byli svědky toho, jak se jiných pracovníků doptává na jména některých klientů, přičemž si ani dotázaný pracovník nebyl úplně jistý. Vznikalo tak poměrně závažné riziko záměny léků. Jednalo se o ojedinělý exces, může sloužit jako varování a odstrašující příklad špatné praxe.

Druhý případ špatné praxe demonstruje, co se stane, nejsou-li nastavena jasná pravidla, kdo má léky připravovat a kdo smí léky vydávat. V knize hlášení v jednom ze zařízení se objevily tyto záznamy:

- Záznam ze dne 12. 3. 2013 u paní N. zní „zubař, 1 tbl Ibalgin.“ Pod tím je poznámka „Dnes už Ibalgin nepodávat, měla 3 tbl!!!“
- Záznam ze dne 29. 7. 2013 v denním hlášení zní „panu S. nedávat Ibalgin – bere Warfarin – je kontraindikovaný“.

Analýza medikačních karet

Pracovníci Kanceláře během šetření pořídili kopie medikačních karet (pomůcek personálu, podle kterých se chytaly léky), a to u klientů trpících demencí. Celkem 307 těchto karet (anonymizovaně) pak ochránce předal k analýze klinické farmaceutce. Analýza tvoří přílohu této zprávy. Vyplývá z ní mj. následující.

V několika případech, kdy byla možná generická záměna léku, byla tato chybně provedená, případně při ní byla překročena doporučená maximální dávka léku. Často chyběly údaje o způsobu podání léku. Chyběl například pokyn, že lék má být podán nalačno. Poznatky klinické farmaceutky o formálních chybách, které mohou způsobit nesprávné podávání léků, se částečně shodují s celkovými poznatky ochránce [kapitola Nakládání s medikací s tlumivým účinkem, s. 36].

Více než 2/3 klientů z tohoto vzorku užívaly antipsychotika. Více než 1/3 benzodiazepiny. Celkem 4 klienti s Parkinsonovou chorobou užívali starší antipsychotika, která měla vlastnosti zhoršující projev

III) Zjištění a doporučení ochránce

Parkinsonovy choroby. Moderní kognitiva byla podávána u 55 klientů. Klinická farmaceutka vysvětluje, že antipsychotika i benzodiazepiny patří podle geriatrických doporučení mezi riziková léčiva. Plošné používání antipsychotik v reakci na neklid či agresi může být u klientů s demencí projevem nedostatečně léčené bolesti. Jejich používání vyžaduje pravidelné přehodnocování, zda pokračování v terapii je nezbytné.

7) Bezpečnost

Součástí péče je nezbytně i zajištění bezpečí klientů. Ochránce se během návštěv tedy zaměřoval na to, jakými způsoby je řešena prevence pádů, zda a jak jsou nastavena pravidla pro používání postranic, či zda je klientům k dispozici funkční signalizační zařízení, kterým by mohli v případě potřeby přivolat personál.

a) Postranice

Správná praxe

Nejprve stručné vysvětlení, v jakých situacích, jsou postranice omezujícím prostředkem. Postranice představují nástroj, který sice má potenciál omezit osobu v pohybu, avšak míra toho, jak mohou člo- věka omezit, závisí na jeho pohyblivosti.⁷⁶ Trvale ležícího klienta zdvižené postranice v pohybu neo- mezují a nepředstavují tak omezovací prostředek. Omezují toho, kdo je jinak schopen sám z lůžka vstát. Tzn., pokud je klient sám schopen vstát, ale brání mu v tom zvednuté postranice, je omezován v pohybu.

Ani tato situace však není nutně protiprávní. Postranice či zábrany představují standardní nástroj pro poskytování ošetrovatelské péče a k zabránění pádu klienta z lůžka. Jejich použití však musí splňovat určité podmínky.

Použití postranic musí být **přiměřené riziku**. Nejprve je tedy třeba zmapovat **riziko pádu u konkrétního klienta**. Není možné předpokládat správné používání postranic coby nástroje prevence pádu, pokud riziko pádu není řádně vyhodnoceno.

Pokud je výsledkem zjištění, že u klienta je třeba použít určité preventivní opatření k zabránění pádu z lůžka, musí být použito **co nejméně restriktivní opatření**. Ve druhém kroku tedy musí pečující tým zvážit, zda nelze k ochraně klienta před pádem, použít jiné prostředky než postranice, které takový omezovací efekt nemají. Např. snížení lůžka, či položení matrace vedle lůžka.⁷⁷

Při použití postranic u pohyblivých klientů za účelem prevence pádu (např. při otočení ve spánku) je nutné **zajistit, aby klient měl možnost sám opustit lůžko** (zkrácená postranice, technická úprava).

Účelem použití postranic musí být vždy pouze zamezení pádu klienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti. Nelze je používat k usnadnění práce personálu. Rovněž není přípustné jejich použití přes den z důvodu neklidu pohyblivého klienta, potřebuje-li personál udržet klienta na lůžku.

Konečně je třeba **individuálně u každého klienta stanovit, kdy mu má být postranice nasazena** (např. noc/celý den/část dne – odpolední odpočinek atp.). Tento záznam by měl být uveden v dokumentaci klienta. Ze záznamu by mělo být patrné, kdo rozhodnutí o nasazování postranic přijal a z jakého důvodu. Personálu by měl být k dispozici vedoucím pracovníkem autorizovaný seznam klientů, kterým

76 Na rozdíl od omezovacích prostředků uvedených v § 89 zákona o sociálních službách, které omezují v pohybu vždy, když jsou použity.

77 Více k alternativám postranic viz JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing a. s., 2007, s. 55 a násl. ISBN 978-80-247-1715-9.

III) Zjištění a doporučení ochránce

mají být postranice nasazovány a kdy. Takový seznam potom slouží jako návod pro personál v přímé péči, ale i jako nástroj kontroly pro vedoucí zaměstnance. Nasazení postranic by nikdy nemělo být výsledkem intuitivního rozhodnutí personálu.

Pokud jsou tyto podmínky splněny, k nasazení postranic není třeba souhlas ani od lékaře, ani od člena rodiny či opatrovníka. Tyto jsou právně nevýznamné, mohou nicméně prospívat atmosféře důvěry mezi pečujícím týmem a rodinou. Pokud však tyto podmínky splněny nejsou, oprávněnost užití postranic (zábran) je diskutabilní i přes případný souhlas lékaře, člena rodiny či opatrovníka.

Při použití postranic i fixačních pomůcek je třeba současně usilovat o **zabránění rozvoje imobilizačního syndromu**, či jiných důsledků dlouhodobého spočívání na lůžku.

Zjištění z návštěv

Ve většině navštívených zařízení personál nebyl informován o zásadách užívání postranic. V některých zařízeních postranice nebyly považovány za omezující opatření. Někdy personál uváděl, že jsou součástí lůžka, jindy, že postranice jsou nasazovány **na základě přání klienta**, které však nebylo nikde zdokumentováno. Jejich používání pak probíhalo zcela nekoordinovaně na základě intuitivního rozhodování každého zaměstnance – pracovníka v sociálních službách.

Jinde postranice za opatření omezující pohyb považovány byly, avšak jejich **nasazení bylo podmiňováno udělením souhlasu od klienta, rodinného příslušníka či lékaře.** Pokud byl udělen takovýto souhlas, nebylo dále řešeno, zda mají být postranice nasazovány v noci, nebo i přes den, případně na jak dlouho.

Ochránce upozornil, že odvolávat se na přání či souhlas klienta, který trpí syndromem demence a má omezenou rozhodovací schopnost v důsledku svého zdravotního stavu, je problematické. U této skupiny osob musí o nasazení postranic rozhodnout tým pracovníků zařízení a tuto skutečnost spolu se zdůvodněním zaznamenat do dokumentace klienta.

Často z dokumentace **nebylo zjistitelné, co je důvodem nasazování postranic**, resp. zda je jimi řešeno nějaké bezpečnostní riziko pro klienta. Nebyly ani vedeny záznamy o tom, komu jsou kdy postranice opravdu nasazeny.

Závažným vytýkaným pochybením bylo, pokud pracovníci v přímé péči **neměli k dispozici autorizovaný seznam klientů, kterým by měly být zábrany nasazovány.** Personál si tuto informaci předával ústně, případně rozhodoval ad hoc na základě aktuální subjektivní úvahy. Na dotaz, kterým klientům jsou postranice nasazovány, pak podávali různí zaměstnanci různé odpovědi. Při takovéto praxi se jednak zvyšuje riziko chyby, že si personál ústně předá informaci špatně, jednak tímto vedením zařízení vytváří zcela zbytečně prostor pro zneužití postranic personálem coby omezovacího prostředku, což je rizikové zejména v těch zařízeních, kdy je personálu v přímé péči nedostatek.

Mezi nejzávažnější zjištění patřily situace, kdy **účelem nasazování postranic bylo zabránit klientovi v chůzi či ve vstávání z lůžka**, kdy tedy byly používány jako nezákonné opatření omezující pohyb. Pokud se v hlášení pracovníků objevovaly záznamy jako „přelézala postranice“, „neustále si sundávala postranice“, ochránce vyhodnotil, že postranice neměly za úkol chránit klienta před pádem, ale bránit

III) Zjištění a doporučení ochránce

mu ve vstávání z lůžka. Pokud se pak klient pokoušel přelézt postranice, hrozil mu nejen pád z mnohem větší výšky ale i vážnější zranění.

Rovněž byl zjištěn případ, kdy byly postranice zvednuty v době, kdy klient na lůžku nebyl a nemohl se na něj ani vrátit. Personál jako vysvětlení uvedl, že postranice jsou zvedány záměrně, aby klienti nepomohli přes den postel.

Doporučení

- U každého klienta individuálně vyhodnotit riziko pádu.
- Postranice používat až jako nejzazší možný prostředek k ochraně před pádem z lůžka.
- U klientů, kteří jsou samostatně pohybliví, zajistit možnost opustit lůžko i při zdvižených postranicích.
- Individuálně stanovit, kdy má být postranice klientovi nasazena (noc/celý den/odpolední odpočinek atp.).
- Rozhodnutí o nasazení postranice spolu se zdůvodněním zaznamenat v dokumentaci klienta, včetně údaje o tom, kdo, kdy, proč rozhodl.
- Vedoucím pracovníkem autorizovaný písemný seznam klientů, kterým má být postranice nasazována, zpřístupnit viditelně a přehledně pracovníkům v přímé péči.

b) Pády

Správná praxe

Pád může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese).⁷⁸ Je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost jejich prevenci a **hodnotit riziko pádu u každého klienta**, riziko zaznamenat a pravidelně tento údaj aktualizovat. V případě, že k pádu dojde, je třeba **hledat příčiny a zaznamenat okolnosti pádu** (stav klienta, místo, čas, apt.). Příčiny je třeba analyzovat a **hledat způsoby, jak pádům příště předejít**. Do tohoto procesu by měl být zapojen celý pečující tým.

U klientů s vysokým rizikem pádu je nutné nastavit **preventivní opatření**: stabilní nábytek, snížené lůžko, uzavřená obuv, dostatek madel, sledovat nežádoucí účinky léků, matrace umístěná pod lůžko, chrániče kyčlí apod. Díky individualizovaným preventivním opatřením zařízení vymezí rozsah své odpovědnosti a v případě potřeby prokáže, že nezanedbalo náležitý dohled.

78 JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing a. s., 2007, s. 29 a násl. ISBN 978-80-247-1715-9.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Dále je žádoucí **zavést celkovou evidenci pádů**, z důvodů vysledování nejčastějších příčin pádů, případně míst a denní doby. Pravidelné vyhodnocování umožní identifikovat rizikové faktory a místa, kde k pádům nejčastěji dochází.

Zjištění z návštěv

Velmi často se ochránce setkal s tím, že u klientů nebylo vyhodnocováno riziko pádu, což by měl být první krok v systému preventivních opatření. Dále přizvaný expert na místě často konstatoval, že v zařízení je řada rizikových faktorů, které mohou k pádům zbytečně přispět. Jako příklad lze uvést následující:

- nevhodná obuv, která neposkytovala dostatečnou oporu noze (cross boty), nebo obuv nevhovující velikosti,
- dlouhé chodby bez madel, odpočinkových zón, orientačních bodů,
- nezabrzdný nábytek, který má kolečka,
- chybějící kompenzační pomůcky (hole, kolečková křesla...).

V jednom ze zařízení bylo riziko pádu hodnoceno pouze formálně, a to sociální pracovníci zařízení. Ostatní zaměstnanci s tímto hodnocením nepracovali.

Ve dvou zařízeních ochránce vytkl, že byť bylo riziko pádu vyhodnocováno (v rámci vstupního screeningu a v jednotlivých protokolech o pádu), nebyla v návaznosti na zhodnocení rizika uzpůsobena a individualizována péče o konkrétního klienta, resp. nebylo zřejmé, že by se odlišovala péče o klienty s rizikem pádu a bez něj.

Ve všech navštívených zařízeních se o pádu klienta prováděl záznam. Lišily se však dokumentační pomůcky a rozsah zaznamenávaných informací.

V jednom z domovů se pád klienta zaznamenal buďto do knihy hlášení sester, nebo do knihy hlášení pracovníků v sociálních službách, přičemž vedením nebyla stanovena pravidla, jaké informace má záznam obsahovat, a se záznamy se dále nijak nepracovalo. Nebyly ani součástí ošetřovatelské dokumentace.

V řadě navštívených zařízení se v případě pádu vyplňoval předtištěný formulář o pádu. I pokud obsahoval údaj o příčině, místě, okolnostech pádu, se záznamem se často dále nepracovalo, nebyla nijak řešena prevence dalších pádů, a to ani u klientů, kteří měli záznamy o opakovaných pádech. Na otázku, proč jsou tedy záznamy pořizovány, personál jednoho zařízení uvedl, že je používají, aby mohli rodině dokázat, že klient nepadá tak často, jak si myslí.

V jednom případě byly pády klientů sledovány ve formulářích, které však nebyly řádně chronologicky číslovány. Formuláře týkající se jednoho klienta navíc v řadě případů byly ve dvou různých místnostech na jiných patrech. Personál uváděl, že se formuláře vyplňují proto, aby potom mohly být archivovány.

I pokud se v zařízení pády dokumentují, pokud se se záznamy dále nepracuje, představuje vyplňování formulářů pouze neúčinnou administrativní zátěž.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Ochránce se zabýval dále tím, jaká **preventivní opatření** jsou přijímána k zabránění pádu klientů. V několika zařízeních se využívala fixace klienta v křesle či vozíku, velmi často byly nasazovány postranice. V jednom zařízení se ve formuláři o pádu jako „přijatá opatření“ objevovala domluva klientovi, což za efektivní prevenci u klientů trpících syndromem demence považovat nelze.

Konečně ochránce vytýkal, pokud v zařízení nebyla **vedena evidence pádů**, ze které by bylo možné zjistit např. počet pádů za určité období u konkrétního klienta či zhodnotit rizikovost pádů systematicky a hledat preventivní opatření k jejich zabránění.

Nedostatečná prevence dalších pádů v naprosté většině případů nepředstavovala pochybení pracovníků v přímé péči. Je třeba upozornit, že se jedná o chybu vedení, které nenastavilo proces aktivit, pokud nejsou nastavena pravidla, jak riziko pádu vyhodnocovat a jak reagovat na nastalou událost. Zásadní chybou bylo zejména to, že po vyplnění formuláře o pádu nenásledovalo to podstatné, tedy týmové zhodnocení příčin a hledání preventivních opatření. Pracovníci v přímé péči pak pochopitelně chápali vyplňování formuláře jako zbytečnou formalitu.

Doporučení

- U každého klienta vyhodnocovat a průběžně aktualizovat riziko pádu.
- Pokud k pádu dojde, zaznamenat relevantní okolnosti pádu (čas, místo, kdo byl přítomen, jak k pádu došlo, poranění, ošetření atd.) a zvážit a přijmout adekvátní individuální preventivní opatření.
- Záznamy o pádu klienta v rámci celého zařízení pravidelně vyhodnocovat, řešit jejich příčiny a okolnosti (doba pádu, místo, poranění atd.), přijímat preventivní opatření.

c) Signalizace

Správná praxe

Zásadním předpokladem zajištění bezpečí klientů je umožnit jim přivolat personál v případě potřeby (náhlé zhoršení zdravotního stavu, akutní neklid spolubydlícího atp.). Dále by signalizace měla sloužit i k tomu, aby (nejen) imobilní klient mohl přivolat pracovníka, pokud potřebuje vysadit na toaletu či vyměnit inkontinenční pomůcku. Pokud klient nemá na dosah funkční signalizaci, je odkázán buďto na pomoc spolubydlícího, nebo musí personál přivolat křikem. Obojí může být zvláště v noci obtěžující pro ostatní klienty. Vzájemné vyrušování se může negativně odrazit ve vztazích mezi nimi a je potenciálním zdrojem napětí a konfliktů. **Za standardní je nutno považovat signalizaci dostupnou z lůžka a koupelny/toalety.**

Některým klientům pochopitelně **kognitivní postižení brání signalizaci účelně používat**. U nich má být tato informace uvedena v individuální dokumentaci. Pokud klient nemůže přivolat personál sám, je třeba zajistit mu dostupnost pomoci jinak, např. častějšími kontrolami pečovatелů.

III) Zjištění a doporučení ochránce

Zjištění z návštěv

V zařízení, kde signalizace nebyla k dispozici všem klientům, vedení jako vysvětlení uvádělo, že personál má přehled o každém klientovi a pokoje chodí pravidelně kontrolovat. Takový argument je třeba odmítnout. Pravidelné kontroly personálu fungující signalizační zařízení nahradit nemohou. Personál nikdy není přítomen ve všech pokojích neustále, kontroly prováděné v noci častěji, než je nutné, navíc mohou být pro klienty obtěžující.

V řadě navštívených zařízení signalizace na pokojích **zcela chyběla, byla umístěna tak, že na ni klient z lůžka nedosáhl** (například příliš vysoko nad lůžkem, na druhé straně místnosti atp.), případně byla **jen u některých postelí**. Poslední dvě situace jsou problematické zejména u klientů trvale upoutaných k lůžku. V jednom domově byla možnost přivolat personál zajišťována telefonem umístěným u dveří pokoje. Aby se klient dovolal na sesternu, bylo nutné zadat čtyřmístné číslo. Mnozí klienti nebyli schopni se fyzicky dostat od lůžka k telefonu, jiným v jeho použití (4místný kód) bránilo kognitivní postižení. Navíc na sesterně nebyla zajištěna stálá přítomnost personálu.

Kritizováno bylo dále to, pokud **signalizace sice na pokojích byla, ale byla nefunkční (rozbítá)**. Jiný problém představovala situace, kdy sice signalizace technicky fungovala, ovšem signál se nedostal k personálu zařízení. Důvodem je obvykle to, že signál není vyveden na přenosný pager, ale ozývá se v místnosti (typicky sesterna), kde není zajištěna stálá přítomnost personálu. V průběhu jedné z návštěv se zaměstnanci Kanceláře pokusili prostřednictvím signalizace přivolat personál v situaci, kdy se klientka zaklínala pod postranice a naříkala. Tlačítko signalizace bylo několikrát zmáčknuto, ale nikdo z personálu nedorazil.

V několika zařízeních signalizace chyběla rovněž v koupelnách a na WC kabinách. To je problematické zejména v případě pádu, kdy klientovi nemusí být poskytnuta pomoc dostatečně rychle.

Doporučení

- **Zajistit funkční signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou schopni je s ohledem na své kognitivní postižení ovládat, a to tak, aby na ně z lůžka dosáhli.**
- **Organizačně zajistit, aby se klient, který signalizaci použije, vždy dovolal personálu.**

8) Personál

Předpokladem individualizované péče je **zajištění dostatečného počtu personálu**. Ten by měl vycházet z náročnosti potřeb klientů. Nedostatek personálu vede naopak k tomu, že organizace péče se podřizuje možnostem personálu a nikoliv individuálním potřebám klientů.

Rovněž je důležité poukázat na to, že aktuální trend nezohledňuje jen potřeby klientů, ale zdůrazňuje ohled také na samotné pečující. Zejména je třeba věnovat pozornost **podpoře o zaměstnanců v přímé péči**. Nejde jen o supervizi, která mimochodem v řadě zařízení zcela chyběla. Jde o to sledovat potřeby a problémy zaměstnanců a snažit se poskytnout jim takovou podporu, jakou aktuálně potřebují, a to formou, která jim vyhovuje. Supervize, či konkrétní osoba supervizora, často nemusí být pro všechny zaměstnance vhodná.

Doporučení

- Zajistit odpovídající počet pečujícího personálu s ohledem na potřeby klientů.
- Dbát na potřeby zaměstnanců zařízení, poskytovat jim podporu např. formou supervize.

IV) Zdroje a literatura

1) Literatura

ALZHEIMER EUROPE. *The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia*. Luxembourg: Imprimerie Centrale, 2012, ISBN 978-2-9599755-6-1.

BÁŇOVÁ, Marie. Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence. In: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014 [cit. 18. listopadu 2014]. ISBN 978-80-87949-04-7. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/dalsi-aktivity/publikace/sborniky-z-konferenci/>.

CHIBNALL, John. T. et al. Effect of acetaminophen on behavior, well-being and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *Journal of American Geriatrics Society* 2005, 53(11).

FIALOVÁ, Daniela, TOPINKOVÁ, Eva, BALLÓKOVÁ, Anna, MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, Hana. Expertní konsenzus ČR 2012 v oblasti léčiv a lékových postupů potenciálně nevhodných ve stáří. *Klinická farmakologie a farmacie* [on-line]. 2013, 27(1). Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2013/01/05.pdf>.

HOLMEROVÁ, Iva. Úvodní stručná informace o problematice demence. In: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014 [cit. 18. listopadu 2014]. ISBN 978-80-87949-04-7. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/dalsi-aktivity/publikace/sborniky-z-konferenci/>.

HOLMEROVÁ, Iva, BAUMANOVÁ, Michaela, JURAŠKOVÁ, Božena, VAŇKOVÁ, Hana. MOBID-2 – Praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí. *Česká geriatrická revue* [on-line]. 2009, 7(2). Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_02_06.pdf.

HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina, VAŇKOVÁ, Hana, JURAŠKOVÁ, Božena. Demence. *Medicína pro praxi* [on-line]. 2010, 7(3). Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2010/03/11.pdf>.

HRADILOVÁ, Adéla. Nepravidelná medikace s tisícím účinkem v praxi zařízení sociálních služeb pro seniory. In: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014 [cit. 18. listopadu 2014]. ISBN 978-80-87949-04-7. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/dalsi-aktivity/publikace/sborniky-z-konferenci/>.

HUSEBO, BS, BALLARD C, SANDVIK R, NILSEN OB, AARSLAND D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *British*

IV) Zdroje a literatura

Medical Journal [on-line]. 2011, 343. Dostupné z: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d4065.full.pdf>.

HÝBLOVÁ, Pavla. Zvládání poruch chování spojených s demencí. In: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014 [cit. 18. listopadu 2014]. ISBN 978-80-87949-04-7. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/dalsi-aktivity/publikace/sborniky-z-konferenci/>.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

KERNOVÁ, Alena. Prevalence bolesti a spokojenost s léčbou mezi klienty domova pro seniory [on-line]. 2008. *Diplomová práce*. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Ondřej Sláma. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/59971/lf_m/.

LUKASOVÁ, Marie. Autonomie vůle u klientů s demencí. In: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí [on-line]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014 [cit. 18. listopadu 2014]. ISBN 978-80-87949-04-7. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/dalsi-aktivity/publikace/sborniky-z-konferenci/>.

MIKULA, Jan, MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. *Sledování nutričního a psychického stavu u nemocných s Alzheimerovou chorobou – vliv nutriční intervence v longitudinální studii*. Disertační práce [on-line]. PK LF Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, 2009 [cit. 5. června 2014]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/71307/lf_d/pro_tisk_Navratilova_2-117_1_.pdf.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

PIDRMAN, Vladimír. Demence – 1. část: Diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi* [on-line]. 2007, 2. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>.

VOLICER, Ladislav, BLOOM-CHARETTE, Lisa. Assessment of Quality of life in Advanced Dementia. In: *Enhancing the quality of life in advanced dementia*. 1. vyd. Philadelphia: Taylor and Francis, 1999. ISBN 0-87630-965-1.

2) Právní předpisy

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, vyhlášené pod č. 120/1979 Sb.

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, ve znění protokolů č 3, 5 a 8, vyhlášená pod č. 209/1992 Sb.

IV) Zdroje a literatura

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

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

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

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.

Zákon č. 328/1999 Sb., o občanských průkazech.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

3) Judikatura

Nález Ústavního soudu ze dne 22. 2. 2008, sp. zn. II. ÚS 2268/07 (N 45/48 SbNU 527), dostupné na <http://nalus.usoud.cz>.

4) On-line zdroje

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. *Dementia statistics* [on-line]. Alzheimer's disease international [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/statistics>.

ALZHEIMER EUROPE. *Paris Declaration* [on-line]. Alzheimer Europe 2009 [cit. 3. června 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Paris-Declaration>.

ALZHEIMER EUROPE. *The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia* [on-line]. Alzheimer Europe 2012 [cit. 3. června 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports>.

ASOCIACE KRAJŮ. *Memorandum o dohodě na úhradových mechanismech 2012-2014 a o dohodě na smírném ukončení soudních sporů* [on-line]. Asociace krajů 2014 [cit. 1. srpna 2014]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.asociacekrajů.cz%2Fdownload%2F101%2F&ei=mBnzU9OgBMS004CSgeAB&usg=AFQjCNHdnGRC6rojWT6qwHEa-BMnvhXB7w&sig2=rnFuiz5A5U5kjiEvE37UtQ&bvm=-bv.73231344,d.ZWU>.

IV) Zdroje a literatura

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence* [on-line]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Revidovaná verze 2013 [cit. 3. června 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>.

GERONTOLOGICKÉ CENTRUM. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o osoby s demencí. *Madridský plán a jiné dokumenty* [on-line]. Praha: Gerontologické centrum. [cit. 15. července 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000062.pdf>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [on-line]. Praha: 2013 [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14540>.

RADA EVROPY. *Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy CM Recommendation (2014) 2 o podpoře lidských práv starších osob, přijaté 19. února 2014* [on-line]. Rada Evropy [cit. 5. června 2014]. Dostupné z: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&>.

VALNÉ SHROMÁŽDĚNÍ OSN. *Principy OSN pro seniory (United Nations Principles for Older Persons)*. Rezoluce A/RES/46/91, přijatá 16. prosince 1991 [on-line]. New York: Valné shromáždění OSN [cit. 5. června 2014]. Dostupné z: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm>.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Nedobrovolný pobyt v zařízení sociálních služeb* [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2014 [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/aktuality-z-detenci/aktuality-z-detenci-2014/nedobrovolny-pobyt-v-zarizeni-socialnich-sluzeb/>.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Podávání léčiv klientům s demencí v zařízeních sociálních služeb. Analýza medikačních karet z navštívených zařízení pro seniory* [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2014 [cit. 18. listopadu 2014]. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/analyza-farmaceutka.pdf.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Přístup k sociální službě domov pro seniory. Obsahová analýza* [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2013 [cit. 18. listopadu 2014]. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/Vyzkum-2013_pristup-k-socialni-sluzbe_web.pdf.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Za inzerovanou péčí o seniory se může skrývat špatné zacházení* [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2012 [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/za-inzerovanou-peci-o-seniory-se-muze-skrivat-spatne-zachazeni/>.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Z činnosti ombudsmana* [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2013 [cit. 6. června 2014]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/>.

V) Příloha – Analýza medikačních karet

Podávání léčiv klientům s demencí v zařízeních sociálních služeb⁷⁹

Analýza 307 medikačních karet měla za cíl získat obecnější informace o podávání léčiv klientům trpícím syndromem demence v zařízeních sociálních služeb. **Analýzu provedla externí konzultantka Kanceláře – klinická farmaceutka Mgr. Pavla Lerchová.** K dispozici měla kromě seznamu podávané medikace údaj o pohlaví, někdy věk a souhrn diagnóz. Ve srovnání s odbornou literaturou hodnotila, zda jsou léčiva podávána správným způsobem a zda jsou jednotlivé terapeutické skupiny zastoupeny podle očekávání.

Léčba bolesti

Podle dostupných údajů trpí obecně bolestmi 40–80 % obyvatel zařízení dlouhodobé péče,⁸⁰ podle českých pozorování trpělo trvalými nebo častými bolestmi 75–80 %.⁸¹

Ve sledované skupině 307 klientů ale mělo nějakou **analgetickou terapii předepsánu jen 20 %**. Podle některých studií⁸² přitom samotné podávání analgetických dávek paracetamolu vedlo k příznivému ovlivnění behaviorálních projevů obyvatel podobných zařízení.

Je tedy pravděpodobné, že lépe zaléčená bolest umožní snížit frekvenci a dávky použitých antipsychotik, což povede k menšímu útlumu klientů a snížení výskytu dalších nežádoucích účinků antipsychotik, jako je další zhoršení kognitivních funkcí nebo nežádoucí účinky na srdce a cévy. Samozřejmě: klienty to také konečně přestane bolet.

Příznivě lze hodnotit menší zastoupení nesteroidních antiflogistik (užívá 25 % klientů s analgetickou terapií) oproti ostatním analgetikům. Přesto je třeba připomenout, že nesteroidní antiflogistika patří mezi léčiva méně vhodná ve stáří z důvodu závažných nežádoucích účinků na trávicí soustavu a ledviny.

79 Analýza je k dispozici rovněž na webových stránkách ochrání: VEŘEJNÝ OCHRÁNĚ PRÁV. Podávání léčiv klientům s demencí v zařízeních sociálních služeb. Analýza medikačních karet z navštívených zařízení pro seniory [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2014 [cit. 18. listopadu 2014]. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/analiza-farmaceutka.pdf.

80 HOLMEROVÁ, Iva, BAUMANOVÁ, Michaela, JURAŠKOVÁ, Božena, VAŇKOVÁ, Hana. MOBID-2 – Praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí. Česká geriatrická revue [on-line]. 2009, 7(2), s. 79-81. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_02_06.pdf.

81 Ibid; KERNOVÁ, Alena. Prevalence bolesti a spokojenost s léčbou mezi klienty domova pro seniory [on-line]. 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Ondřej Sláma. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/59971/lf_m/.

82 CHIBNALL, John. T. et al. Effect of acetaminophen on behavior, well-being and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *Journal of American Geriatrics Society* 2005, 53(11), s. 1921-9. HUSEBO, BS, BALLARD C, SANDVIK R, NILSEN OB, AARSLAND D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *British Medical Journal* [on-line]. 2011, 343. Dostupné z: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d4065.full.pdf>.

Antidepresiva

Depresí trpí obecně přibližně až 50 % pacientů s demencí.⁸³ Zastoupení antidepresiv ve sledované skupině tomu odpovídá (užívá 44 %). Tricyklická antidepresiva, známá svými výraznějšími nežádoucími účinky oproti modernějším SSRI (antidepresiva zvyšující hladinu serotoninu), včetně nepříznivého ovlivnění kognitivních funkcí, z toho užívá 8 %.⁸⁴ Kombinace antidepresiv se většinou jeví racionální, s výjimkou 83leté ženy, užívající současně citalopram i escitalopram, z toho escitalopram v dávce 20 mg/den, což je dávka překračující doporučení SÚKL pro lidi nad 65 let (10 mg). Léčiva jsou přitom svými žádoucími i nežádoucími účinky téměř totožná.

Antipsychotika a jejich kombinace

Více než 2/3 klientů užívaly antipsychotika. Podle geriatrických doporučení⁸⁵ patří antipsychotika mezi riziková léčiva, bylo u nich vysledováno větší riziko vzniku cévní mozkové příhody, často jsou anticholinergní, a tedy zhoršují kognitivní funkce a mohou vyvolávat parkinsonismus. Jejich použití je někdy nezbytné, ale mělo by být pokud možno časově omezené.

V některých případech (8 %) byla u klientů kombinována dvě antipsychotika s velmi podobným nebo stejným efektem: olanzapin + quetiapin, tiapridal + buronil.

U klientů byla zastoupena i nejstarší antipsychotika (levomepromazin, chlorprothixen) u 11 % všech uživatelů antipsychotik. U řady klientů byl podáván anticholinergní biperiden, zřejmě ke snížení projevů nežádoucích účinků antipsychotik. Biperiden je další lék považovaný za nevhodný u pacientů s demencí. Neklid a agitace přitom mohou být u klientů s demencí projevem nedostatečně léčené bolesti.

Benzodiazepiny a hypnotika

Benzodiazepiny (léky na zklidnění, např. NeuroI) patří také mezi léky nevhodné pro pravidelné podávání, a to ve všech věkových skupinách pro riziko pádu, vzniku závislosti apod. Ve sledované skupině je měla předepsána více než třetina klientů, z toho tři čtvrtiny je užívaly pravidelně.

Hypnotika užívá 30 % ze sledované skupiny. Z toho se u jedné třetiny jedná o benzodiazepin podávaný na noc (je zahrnuto v předchozím odstavci), šest klientů užívá Prothiaden, sedativní antihistaminikum s anticholinergním účinkem, tedy také méně vhodné léčivo.⁸⁶ U antipsychotik i u benzodiazepinů je žádoucí pravidelně přehodnocovat, zda je pokračování v terapii nezbytné.

83 HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina, VAŇKOVÁ, Hana, JURAŠKOVÁ, Božena. Demence. *Medicína pro praxi* [on-line]. 2010; 7(3), s. 139-144. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2010/03/11.pdf>. PIDRMAN, Vladimír. Demence – 1. část: Diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi* [on-line]. 2007, 2, s. 83-88. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>.

84 Expertní konsenzus ČR; HOLMEROVÁ a kol. Demence.

85 CHIBNALL, John. T. et al. Effect of acetaminophen on behavior, well-being and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *Journal of American Geriatrics Society* 2005, 53(11), s. 1921-9. HUSEBO, BS, BALLARD C, SANDVIK R, NILSEN OB, AARSLAND D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *British Medical Journal* [on-line]. 2011, 343. Dostupné z: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d4065.full.pdf>.

86 HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina, VAŇKOVÁ, Hana, JURAŠKOVÁ, Božena. Demence. *Medicína pro praxi* [on-line]. 2010; 7(3), s. 139-144. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2010/03/11.pdf>. PIDRMAN, Vladimír. Demence – 1. část: Diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi* [on-line]. 2007, 2, s. 83-88. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>.

V) Příloha – Analýza medikačních karet

Potenciálně nevhodné kombinace dalších léčiv

U čtyř pacientů s Parkinsonovou chorobou se vyskytují starší antipsychotika s výrazným extrapyramidovým účinkem (vlastností zhoršující projevy Parkinsonovy choroby, mohou dokonce parkinsonismus sama vyvolat).

Také jsou podávána další léčiva nevhodná pro dlouhodobou terapii kvůli riziku extrapyramidových účinků, jako je cinarizin (kognitivum s minimálním příznivým efektem) a metoklopramid (léčivo na úpravu motility trávicího ústrojí), který má dostupnou šetrnější náhradu.

V některých případech jsou tato léčiva podávána opět u pacientů léčených pro Parkinsonovu chorobu. V dlouhodobé medikaci jsou ve čtyřech případech kombinována pravidelně podávaná nesteroidní antiflogistika s ACE inhibitory (léčiva na vysoký krevní tlak), což s sebou nese riziko poškození funkce ledvin.

U pacienta dlouhodobě užívajícího ibuprofen byl podáván také aspirin a antidepresivum escitalopram, tato kombinace, pokud není kryta zároveň gastroprotekcí, výrazně zvyšuje riziko krvácení z trávicího ústrojí. Na nevhodnost těchto kombinací přitom odborné společnosti upozorňují, lékaři by je tedy neměli používat.

Kognitiva

V pěti případech byla podávána kognitiva, která jsou podle českého expertního konsenzu⁸⁷ považována za nedostatečně účinná, nebo byla podávána v neúčinné dávce. Naopak moderní kognitiva byla podávána u 55 klientů.

Formální nedostatky

V některých případech v medikačních listech **chyběl údaj o síle léku**, který je podáván, nebo **chyběl údaj o množství léku podávaného příležitostně** – např. analgetikum Tramal kapky byl zapsán údajem „při bolesti“ bez určení počtu kapek. Často byly některé léky předepsány „při neklidu“ nebo „při nespavosti“ nebo jen „dle potřeby“ s možností výběru z více předepsaných léčiv. Velmi často **chybí údaj o maximální dávce**, kterou je možné podat v průběhu jednoho dne. **Zejména u léčiv s tlumivým účinkem je takový předpis potenciálně nebezpečný.**

Velmi se liší výpovědní hodnota medikačních listů z různých zařízení. Někde je patrné, že stejný medikační list pacienta je několikrát upravován, aniž by bylo jasné, kdo změny v medikačním listu provedl.

Někdy se v medikačních listech objevuje možnost generické záměny – je zde tedy uvedeno několik různých registrovaných názvů léčiv a sestry mají podat preparát, který mají k dispozici. V některých případech je ale záměna chybně provedená, v medikačním listu jsou uvedena léčiva s různými účinnými látkami (např. antidepresiva citalopram/escitalopram, z nichž druhé má téměř dvojnásobný účinek, a léčiva pantoprazol/omeprazol, což jsou látky s velmi rozdílným interakčním potenciálem – tedy při záměně jednoho léčiva za druhé mohou být nepříznivě ovlivněny další léky, které klient užívá).

87 Expertní konsenzus ČR; HOLMEROVÁ a kol. Demence.

V) Příloha – Analýza medikačních karet

Naopak u mladého pacienta s řadou antipsychotik byly podávány dvě účinné látky (antipsychotikum olanzapin a antidepresivum escitalopram) pod celkem čtyřmi obchodními názvy, což vedlo k překročení maximálních doporučených dávek obou těchto účinných látek.

Velmi častým nedostatkem bylo, že v medikačních listech **chyběly údaje o podávání léků v závislosti na jídle**, a to i u léčiv, u kterých je správné podání pro vstřebání léčiva nutné, jako jsou bisfosfonáty (léčiva užívaná při osteoporóze nebo některých typech nádorové bolesti), léčiva s obsahem železa, omeprazol nebo hormony štítné žlázy – celkem u 49 léčiv z těchto skupin chyběl údaj o podání na lačno (u 11 byl pokyn uveden). U těchto léčiv může horší vstřebání vést k nedostatečnému účinku léku, u bisfosfonátu je při užití s potravou vstřebání téměř nemožné. Bisfosfonáty patří navíc mezi nákladnější léčiva a jejich užití s potravou je tedy i nevhodné. Některá léčiva (např. kognitiva) je naopak vhodnější podávat s jídlem, aby se eliminoval častý nežádoucí účinek, nevolnost, tento pokyn ale zcela chyběl. U léčiv, jejichž podání je závislé na potravě, tak záleží na individuálních znalostech podávajícího personálu.