



ZPRÁVA Z NÁVŠTĚVY ZAŘÍZENÍ

zařízení sociálních služeb pro seniory

Dokument představuje formát a obsah zprávy, jakou veřejný ochránce práv vypracovává po provedené systematické návštěvě zařízení sociálních služeb pro seniory, v souladu s § 21a odst. 3 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů. Vznikl na základě extraktů zpráv z návštěv zařízení ochránce z roku 2013.

Návštěvy domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem v roce 2013 jsou zvláště zaměřeny na zacházení se seniory trpícími demencí.

Dokument slouží k informování široké i odborné veřejnosti o tématech, jež ochránce vnímá jako důležitá s ohledem na důstojnost seniorů žijících v instituci, a i jako průběžná informace o doporučeních ochránce.

Po vyhodnocení zjištění souvisejících návštěv více zařízení vypracuje ochránce pro veřejnost shrnující zprávu.

OBSAH

Úvod	3-4
Prostředí, vybavení	5
Soukromí	6
Volnost pohybu	7
Poskytovaná péče	8
Bezpečnost	14
Smlouva o poskytnutí sociální služby	16
Závěr	17

ÚVOD

Právní podklad systematických návštěv a jejich cíl

Veřejný ochránce práv na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o veřejném ochránci práv“), provádí systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Příčinou omezení na svobodě může být rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo může jít o důsledek závislosti na poskytované péči. Zařízení sociálních služeb představují zařízení, kde omezení osobní svobody osob může být způsobeno závislostí na poskytované péči ve smyslu ustanovení § 1 odst. 4 písm. c) zákona o veřejném ochránci práv.

Cílem systematických návštěv je posílit ochranu osob před všemi formami tzv. špatného zacházení. Špatným zacházením je třeba rozumět jednání, které obecně řečeno nerespektuje lidskou důstojnost. V extrémní poloze může mít podobu mučení, krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání, v nižší intenzitě formu neúcty k člověku a jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě, zneužívání závislosti na poskytované péči, nebo její prohlubování. Formálně může špatné zacházení spočívat jak v porušování práv garantovaných Listinou základních práv a svobod,¹ mezinárodními úmluvami, zákony a podzákonnými právními předpisy, tak v neplnění více či méně závazných instrukcí, pokynů, standardů péče, principů dobré praxe či postupů.²

V zařízeních sociálních služeb může mít špatné zacházení obecně podobu nerespektování práva na soukromí, práva na rodinný život, posilování závislosti na poskytované péči, nerespektování sociální autonomie a práva na spoluúčast při rozhodování o vlastním životě. Konkrétně v zařízeních poskytujících pobytovou sociální službu může docházet k faktickému omezení osobní svobody či zásahu do lidské důstojnosti klientů v závislosti na míře jejich soběstačnosti, jakož i relativně dlouhodobé péči.

Veřejný ochránce práv provádí systematické návštěvy od roku 2006. Zveřejňuje informace se zevšeobecněnými poznatky o situaci v jednotlivých typech zařízení. Tyto jsou dálkově dostupné,³ aby mohly sloužit jak veřejnosti, tak i nenavštíveným zařízením jako zdroj informací o doporučeních ochránce.

Rád bych zdůraznil, abych vysvětlil koncepci této zprávy, která by bez této úvodní poznámky mohla vyvolávat negativní dojem, že s cílem koncipovat zprávu jako stručnou a přehlednou nepopisují praxi, kterou lze označit za dobrou a obecně předpokládanou. Formulují zde doporučení a návrhy pro zlepšení standardu zacházení s klienty a vyzdvihují pouze příklady mimořádně dobré praxe.

¹ Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

² Definice špatného zacházení uvedená v důvodové zprávě k zákonu č. 381/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

³ Veřejný ochránce práv. Souhrn zpráv z návštěv zařízení: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/zpravy-z-navstev-zarizeni/>.

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

Pobyt v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem je upraven zejména v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále také „zákon o sociálních službách“). Podle ustanovení § 49 odst. 1 tohoto zákona se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domov se zvláštním režimem zase (ve smyslu § 50 odst. 1 téhož zákona) poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Na ústavní úrovni upravuje základní práva a svobody klientů těchto zařízení Listina základních práv a svobod. Z mezinárodně-právních dokumentů, které mají před vnitrostátní právem aplikační přednost, je nutné rovněž zmínit Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod⁴ a Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením.⁵

Na podzákoné úrovni je významná zejm. vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Obsahuje mj. standardy kvality sociálních služeb.

Průběh návštěv v zařízení sociálních služeb pro seniory

Systematické návštěvy zařízení sociálních služeb pro seniory (dále také jen „domov“ nebo „zařízení“) probíhají zpravidla neohlášeně, ovšem na místě s vědomím vedení zařízení. Průběh návštěv odpovídá velikosti a členění zařízení. Návštěvy zahrnují prohlídku zařízení, studium dokumentace klientů a vnitřních předpisů zařízení, rozhovory s vedením, s pracovníky a s klienty. Rozhovory s klienty jsou vedeny pokud možno v soukromí.

⁴ Sdělení č. 209/1992 Sb., o Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod.

⁵ Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s. MZV, o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

PROSTŘEDÍ, VYBAVENÍ

Orientace v realitě

Senioři trpící syndromem demence jsou často dezorientovaní a mohou lehce zabloudit i ve známém prostředí; prostor, kde se pohybují, má být proto přehledný, klienti mají vidět na personál a personál má mít o nich přehled.⁶ K tomu, aby snáze poznali svůj pokoj, postel či skříň, může přispět vhodné uzpůsobení vnitřního prostředí zařízení (např. barevné odlišení jednotlivých pater, piktogramy na dveřích pokojů, orientační značky na chodbách, atd.). Nabarvením se dveře vizuálně odliší a tím upoutají pozornost.⁷ Lze používat různé reflexní, kontrastní pásy, směrovky, instruktivní (intuitivní) značky, předměty atd. Mnoho lidí s demencí má strach ze tmy, tmavé chodby i schodiště jsou naprosto nevhodné.

Doporučuji přizpůsobit interiéry potřebám klientům s demencí.

Společné stolování

Společné pravidelné stolování v jídelně má zásadní socializační význam a senioři, i ti s demencí, z něj mohou významně profitovat. Nadto pomáhá seniorům zachovávat soběstačnost, zlepšuje kvalitu života, vytváří náplň dne. Domov má proto zajistit, aby měl každý uživatel **možnost stolovat ve společnosti druhých**. Je možné, aby uživatel společné stolování odmítl, nebo preferoval jíst s méně lidmi v jiném prostoru než v jídelně, ale v případě osob, které zdravotní problém zbavuje úsudku, není věc uzavřena tím, že odmítly. Neschopnost úsudku v důsledku postupujícího charakteru onemocnění u uživatele s demencí nemůže být bez dalšího důvodem pro to, aby se uživatel uzavíral do sebe a stoloval pouze ve svém pokoji. Naopak se zde otvírá prostor, aby byly díky managementu denních činností konkrétního klienta, s ohledem na jeho individuální potřeby, udržovány sociální dovednosti a rituály. Případné zdráhání či odmítání společného stolování musí být důvodem pro snahu odhalit příčiny tohoto chování. Jednou z nich může být např. strach z neznámého prostředí, ale taktéž projev úzkosti či deprese.

Doporučuji na každém z oddělení domova zajistit společnou jídelnu a podporovat klienty v jejím používání.

⁶ Viz Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA (podpora a péče lidem postiženým syndromem demence), online <http://www.alzheimer.cz/cals/doporuceni-cals/> (dále také jen P-PA-IA).

⁷ „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 I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. A KOL.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou, edice Vážka, 2007, str. 177, dále také jen Holmerová 2007).

SOUKROMÍ

Soukromí při hygieně

Velká část klientů domovů se zvláštním režimem je nepohyblivých či v pohybu omezených a jejich hygiena je proto často prováděna na pokoji (používání toaletních křesel) či přímo na lůžku (přebalování plen). Při těchto úkonech je třeba dbát na to, aby byla zachována důstojnost klienta a jeho soukromí. Považuji proto za nezbytné, aby nikdo nebyl vystaven ve výše uvedených situacích pohledu jiných klientů a zároveň aby nikdo z klientů nemusel, byť nechtěně, pohlížet na druhé během provádění hygienických úkonů či přebalování.

Doporučuji vždy používat zástěny při úkonech intimní hygieny na lůžku a chránit soukromí a důstojnost všech klientů.

Uzamykatelný prostor

Právo na soukromí zahrnuje i možnost uschovat si bezpečně věci, které mají pro klienta zvýšený význam, ať už finanční či jiný. Jsem si vědom toho, že ne všichni klienti domovů se zvláštním režimem jsou schopni využívat klíče od své skříně či stolku, **nicméně ti, kterým tato schopnost zůstala a projeví o to zájem, by měli mít možnost uzamykatelný prostor (noční stolek, skříň) využívat.**

Osobní údaje

Zařízení v souvislosti s poskytováním péče ve svých dokumentačních pomůckách zpracovává informace o zdravotním stavu klientů. Podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, se jedná o citlivé údaje. Veškeré materiály, kde se informace o zdravotním stavu klientů nachází, je proto nezbytné řádně zabezpečit. Mimo jiné je třeba přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich změně, zničení či ztrátě (viz § 13 cit. zákona). To se týká i archivování dokumentačních pomůcek typu kniha hlášení, vyvěšování informací o zdravotním stavu na nástěnky pracoven, přístupnosti dokumentačních pomůcek personálu, který s nimi nemá důvod pracovat.

Doporučuji stanovit režim nakládání s materiály obsahujícími citlivé osobní údaje klientů a zajistit jejich řádné zabezpečení v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

Pokud klient předá osobní doklady domovu do úschovy, **doporučuji 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. Jako dobrou mohu označit praxi, kdy jsou doklady klientů uloženy na vhodném uzamčeném místě, a to jednotlivě v zalepených obálkách, jejichž rozlepení musí být provázeno záznamem o tom, kdo, kdy a proč doklad vyjmul.

VOLNOST POHYBU

Při návštěvách zařízení sociálních služeb věnuji zvláštní pozornost používání prostředků, které omezují klienta v pohybu, neboť jde o velmi významnou a citlivou oblast. Nutno říci, že omezení volnosti pohybu klienta může nastat jak v souvislosti s použitím opatření omezujícího pohyb (ve smyslu § 89 zákona o sociálních službách), tak jako úkon péče, který je zcela legitimně učiněn z důvodu bezpečnosti či pohodlí klienta.

Je důležité, aby přijatá opatření, pokud jsou projevem specifické péče o klienty, nebyla nahodilá, neprofesionální a intuitivní, ale byla výsledkem spolupráce lékaře, sester a ostatních pracovníků v přímé péči. Dále musí být stanovena jasná pravidla používání těchto opatření (prevence imobilizace, doba trvání) a přijatá opatření musí být pravidelně vyhodnocována.

Podání tlumící medikace

Podání léku s tlumivým účinkem v případě neklidu klienta může být buď opatřením omezujícím pohyb, nebo může jít 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“.

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 osob, kterým je neklidová medikace podávána, případně osob jiných (§ 89 odst. 1). To znamená, že nelze (jednorázově, tj. ne na základě předpisu) aplikovat medikaci s tlumivým účinkem jen z důvodu neklidu klienta.⁸ Za druhé, opatření omezující pohyb osob, tedy i neklidovou medikaci, lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření, která jsou vyjmenována v § 89 odst. 2. Léčivé přípravky mohou být podány pouze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti! Neboli v žádném případě nemůže při střetové, konfliktní situaci podat neklidovou medikaci 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. Upozorňuji, že nedodržení tohoto postupu je podle § 107 odst. 2 písm. e) zákona o sociálních službách správním deliktem, za který zákon umožňuje uložit pokutu až do výše 250 000 Kč (viz § 107 odst. 5 písm. d/ zákona).

O opatření omezující pohyb nepůjde, pokud je účelem podání léku úleva od nepříjemného

⁸ Obdobně viz Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí, překlad Iva Holmerová, on-line (<http://www.alzheimer.cz/res/data/000062.pdf>).

stavu, například od neklidu či nespavosti, 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. V opačném případě je odpovědnost za posouzení stavu klienta nepřijatelným způsobem přenášena na sestru zařízení, která k tomuto není kompetentní.

Doporučuji proto trvat na tom, aby lékař přesně uvedl, pro jaké situace lék s tlumivým účinkem předepisuje. Dále doporučuji 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 rámci prevence případného zneužití tlumivého medikamentu k usnadnění práce personálu považuji za přiměřené **podrobit tato podání soustavné kontrole nadřízenými pracovníky a lékařem, trvat na dokumentaci stavů, jež k podání vedly, a rovněž na zaznamenání efektu medikace.** Vhodným nástrojem pro správný postup je zpracování krizových plánů u rizikových pacientů.

POSKYTOVANÁ PÉČE

Předávání informací mezi personálem, dokumentace

Zákon o sociálních službách v § 88 písm. f) stanoví jako jednu z povinností poskytovatelů sociálních služeb „*plánovat průběh poskytování sociální služby..., vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby...*“. Podobně zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, v § 11 odst. 8 ve spojení s § 53 odst. 1 stanoví, že poskytovatel sociálních služeb, který poskytuje zdravotní služby,⁹ je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů. Obsah zdravotnické dokumentace je pak specifikován v § 53 odst. 2 téhož zákona.

Správně vedené a průkazné záznamy mohou v případném sporu pomoci prokázat, zda zařízení poskytovalo klientovi řádnou péči. Mohou rovněž sloužit jako nástroj kontroly ze strany vedení ohledně poskytování péče klientům.

Aby byl personál chráněn pro případ nežádoucích událostí a aby se eliminovalo riziko chyb, **doporučuji stanovit standardizované (tj. ne pouze nahodilé a intuitivní) postupy pro zaznamenávání průběhu poskytování sociální služby (pobyt na vzduchu, hygiena, mikční režim, polohování, úprava stravy, sledování depresivních stavů atp.). Rovněž doporučuji vést dokumentaci o poskytování zdravotních služeb zdravotnickým personálem v souladu se zákonem o zdravotních službách.**

⁹ Na základě § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách.

Podávání stravy

Domov je povinen v rámci základní služby poskytnutí stravy ve smyslu § 50 odst. 2 písm. b) zákona o sociálních službách zajistit celodenní stravu odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu tří hlavních jídel. Pokud však zařízení poskytuje péči osobám trpícím demencí, je třeba této klientele přizpůsobit i stravovací režim. Klienti trpící syndromem demence by měli mít mimo jiné neustálý přístup k jídlu. Další zásady nutriční péče o osoby trpící demencí dle odborné literatury spočívají v následujícím:

- „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;
- dbát na dostatečný a kontinuální přísun tekutin;
- mít objektivní přehled o skutečné konzumaci stravy;
- motivovat a zapojit nemocného do přípravy jídla a stolování.“¹⁰

Doporučuji tyto zásady dodržovat.

Prevence malnutrice

Někteří klienti domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem jsou trvale upoutáni na lůžko, mají omezené komunikační schopnosti a jsou tak zcela odkázáni na péči personálu zařízení. Ta musí zahrnovat i zajištění základní výživy těchto klientů. Proto se během systematických návštěv zařízení tohoto typu zaměřuji na to, zda si je zařízení vědomo rizik spojených s malnutricí a zda má nastavený systém prevence, aby se vzniku malnutrice zabránilo. V této souvislosti zkoumám, zda zařízení provádí nutriční screening¹¹ svých klientů, klienti jsou pravidelně váženi, je systematicky sledován příjem jejich stravy a zda v zařízení působí nutriční terapeut či jiný odborník na výživu.

Doporučuji důsledně sledovat hmotnost klientů a systematicky hodnotit její případné úbytky. U klientů, kteří nejsou schopni postavit se na váhu, doporučuji sledovat případný úbytek hmotnosti alternativními metodami (např. měřením obvodu paže). Případný úbytek hmotnosti klientů doporučuji konzultovat s lékařem a stanovit navazující postup.

¹⁰ Vladimír Pidman: *Demence*, Grada, Praha, 2007, s. 160.

¹¹ Nutriční screening je rychlý a jednoduchý proces prováděný zaškoleným pracovníkem (ošetřovatelem), při němž je zjišťována hmotnost, výška, BMI a příjem stravy klienta. Výsledkem screeningu může být zjištění, že pacient není v riziku malnutrice, ale může potřebovat opakovanou kontrolu v určitých intervalech; nebo že pacient je v riziku a je vypracován nutriční plán a k pacientovi se přistupuje podle standardu dostupného na pracovišti; nebo že pacient je v riziku a je třeba více specializovanou péčí, než umožňuje pracoviště.

Doporučuji stanovit, u koho má být příjem stravy preventivně sledován, a zaznamenávat ho pomocí objektivizovaných záznamů, ze kterých bude zjevné, zda klient snědl celou porci, polovinu, čtvrtinu. Tyto záznamy doporučuji pravidelně vyhodnocovat a ve spolupráci s lékařem stanovit navazující postup pro případ, že klient svoji porci opakovaně nedojí.

Doporučuji alespoň na částečný úvazek zaměstnat výživového specialistu, nebo s ním jinak spolupracovat, zvláště konzultovat péči o klienty v malnutrici.

Úprava stravy

Některým klientům, kteří nejsou schopni stravu sami pokousat, je jídlo mechanicky upravováno (krájení na kousky, mletí) a podávána je také mixovaná strava. Přejít na mechanicky upravenou stravu je přitom pro klienta zásadní životní změnou, neboť vnímá postupnou ztrátu svých schopností a soběstačnosti a přichází o plnou kvalitu stravy.

Doporučuji zaznamenat rozhodnutí o mechanické úpravě stravy v dokumentaci klientů (nutriční plán) tak, aby bylo patrné, kdo toto rozhodnutí přijal, kdy a jaké byly důvody.

Mixovaná strava je v miskách často smíchána dohromady, což ve výsledku působí značně neesteticky, nechutně a nemůže klientovi přinést žádný užitek.

Doporučuji stravu nemixovat, ale mlít, drtit, případně krájet. Doporučuji takto upravovat jednotlivé složky stravy zvlášť.

Některým klientům je třeba s podáním stravy dopomoci a jsou krmeni. V některých případech bylo vyzorováno, že pracovníci zařízení krmili klienty vestoje a některé klienty k příjmu stravy dostatečně nepřipravili (neposadili do vhodné pozice).

Ke zvýšení standardu poskytované péče doporučuji instruovat personál v přímé péči tak, aby se pracovník podávající stravu nacházel ve stejné výškové úrovni jako klient, a klienta na podání stravy řádně připravil (informace o podávaném jídle, poloha klienta apod.). Ke zvýšení standardu poskytované péče dále doporučuji instruovat personál v přímé péči, že podávání stravy má probíhat pomalu, aby si klient mohl podávanou stravu vychutnat.

Sledování příjmu tekutin

U osob trpících syndromem demence je nutné dbát na pitný režim, a mapování příjmu tekutin by proto u nich mělo být samozřejmostí. Nemocní nemají pocit žízně a tekutiny je tak nutné stále aktivně nabízet.¹² Kvalitní poskytovatel by neměl postupovat jen intuitivně při stanovení klientů, u nichž bude příjem tekutin sledován. Musí stanovit kritéria, pomocí nichž rozhodne, u kterého z klientů se bude příjem tekutin sledovat, a to nejlépe ve spolupráci

¹² Viz Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol.: *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum 2007 (dále také „Holmerová“).

s lékařem. Pečovatelky by pak u vybraných klientů měly mít k dispozici údaj, jaké množství tekutiny mají během dne vypít.

Doporučuji ve spolupráci s lékařem stanovit, u kterých klientů má být sledován příjem tekutin, a určit, kolik tekutin má klient za den přijmout, a tyto informace zaznamenat do osobní dokumentace klienta. Seznam těchto klientů doporučuji v písemné podobě zpřístupnit personálu v přímé péči. Dále doporučuji stanovit postupy a zodpovědnost za podávání tekutin klientům, kteří se nejsou schopni napít sami.

Příjem tekutin doporučuji sledovat pomocí objektivizovaných ukazatelů, například ráno připravit tekutiny do nádoby s odměrkou, aby bylo večer možné přesně stanovit, kolik tekutin klient vypil. Ke sledování příjmu stravy či tekutin lze používat formulářové archy, kde stačí množství přijaté stravy či tekutin zaznamenat zaškrtnutím vhodného políčka. Formuláře jsou umístěny na pokoji klienta. Personálu tak tyto záznamy zaberou minimum času. (Naopak neúčinné je sice stanovit personálu povinnost údaj o příjmu tekutin, ovšem už neupravit organizaci práce tak, aby údaje mohly být věrné a nedocházelo jen k odhadům na konci směny, kdy o pracovníka přes den pečovalo a tekutiny nabízelo několik různých lidí.) **Ke sledování příjmu stravy či tekutin u pacientů v riziku malnutrice a dehydratace doporučuji využívat záznamové archy, z kterých bude zjevné, kdo z personálu záznam učinil.**

Podávání léků

V průběhu šetření byl systematicky sledován způsob, jakým jsou léky klientům chystány a jak je jejich podávání evidováno. Bylo zjištěno, že jednotlivá zařízení mají své specifické postupy a dokumenty, podle nichž jsou léky připravovány (medikační listy, kartičky, záznamy na nástěnce, atd.). Mnohé z těchto dokumentů jsou nejasné a neaktuální, někdy i nedbalé, a podněcují tak vznik chyb, které mohou mít pro klienta velmi závažné důsledky.

Doporučuji proto připravovat léky tak, aby bylo minimalizováno riziko chyb, a za tím účelem:

- **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.**

Pro osoby trpící demencí jsou typické problémy s přijímáním (polykáním) léků. V řadě zařízení bylo zjištěno, že zdravotní sestry proto léky pro některé klienty drtí, zpravidla aniž by k tomu měli souhlas lékaře. Hrozí tak, že mohou být nadrceny léky, jejichž půlení či drcení výrobce nedoporučuje, neboť tím může být ovlivněna jejich účinnost.

Doporučuji informovat lékaře o tom, že klient má problém s polykáním léku, a požádat

o předepsání léku v jiné formě (např. ve formě roztoku), je-li to možné. Dále doporučuji konzultovat s lékařem, které léky je možné drtit, a ve vztahu ke konkrétním klientům mít od lékaře písemné stanovisko. Doporučuji vedoucím pracovníkem autorizovaný seznam těchto klientů zpřístupnit sestřám.

Pokud by se drcení týkalo více uživatelů, je navíc nezbytné zajistit dokonalé čištění nádob na drcení, aby nedocházelo k míchání různých léků.

Uložení léků

V některých zařízeních byly léky klientů uloženy na místech, kam měl přístup jak všechen personál, tak i klienti. Uchovávány byly rovněž léky nepřirazené, které v zařízení zbyly po zemřelých pacientech. Nezabezpečené léky, které navíc nepatří žádnému konkrétnímu klientovi, představují velké riziko zneužití jak ze strany personálu zařízení, tak ze strany jeho klientů.

Doporučuji léky bezpečně ukládat tak, aby k nim měl přístup pouze personál oprávněný s nimi nakládat, a neindikované léky zlikvidovat.

Mikční režim

Jedním z projevů demence je inkontinence. Vždy je nutné pátrat po příčině, konzultovat u žen gynekologa, u mužů urologa, a provést kultivační vyšetření moči. Cílem správné ošetrovatelské péče by mělo být udržet pacienta (klienta) 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.¹³ Ošetrovatelky (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 dopomáhání na toaletu. Mikční režim by měl vycházet z individuálních potřeb každého klienta a měl by mít odraz v jeho dokumentaci.

Doporučuji 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.

Doporučuji zajistit toaletní křesla, aby je měli u lůžka všichni klienti, kteří si nedojdou sami na toaletu, ale jsou schopni použít toaletní křeslo.

Deprese

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,¹⁴ často však bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky demence, které ji mohou

¹³ Holmerová, s. 109.

¹⁴ Holmerová, s. 72.

být podobné. V domovech většinou není systematicky sledováno a aktivně zjišťováno, zda je některý z klientů v depresi, a personál si zpravidla není vědom rizik s ní spojených. Přitom vhodná medikace může duševní stav nemocného značně zlepšit.

Doporučuji u klientů trpících syndromem demence věnovat zvýšenou pozornost tomu, zda netrpí depresí, a za tímto účelem provádět pravidelné testy, či systematicky pozorovat možné příznaky a věc následně konzultovat s lékařem.

Fáze demence a přizpůsobení péče

Osoba trpící syndromem demence vyžaduje v každé z fází onemocnění specifickou péči, kterou by zařízení mělo zajistit. Od fáze demence by se měla odvíjet i náplň dne klienta. Pro více informací odkazují na doporučení České alzheimerovské společnosti „P-PA-IA – podpora a péče lidem postiženým syndromem demence“.¹⁵

Doporučuji do dokumentace klienta uvést informaci o tom, v jaké fázi tohoto onemocnění se aktuálně nachází, a přizpůsobit této skutečnosti péči o něj i průběh jeho dne.

V případě, že se v zařízení nachází pracovníci vyškolení v bazální stimulaci, je vhodné zahrnout tyto prvky rovněž do každodenních rutinních úkonů (způsob doteků, práce s lůžkovinami, komunikace) a zaučit v tom vyškolenými pracovníky i ty, kteří nebyly v bazální stimulaci proškoleni.

Sledování bolesti

U pacientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života klientů.¹⁶ Je zde také velké riziko, že neléčená bolest může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, příp. může vést k poruchám chování a následnému zbytečnému nasazení psychofarmak, neboť klient nedokáže říct, že ho něco bolí; okolí nicméně chápe obranu nebo nervozitu klienta jako agresi či neklid.

Doporučuji zavést standardizovaný způsob monitorování bolesti¹⁷ klientů, zejména těch, kteří mají omezené komunikační schopnosti, a pravidelně o průběhu léčby bolesti informovat lékaře.

Trvale ležící klient

Někteří klienti jsou trvale upoutáni na lůžko a nejsou ani vysazováni do křesla, či v lůžku posazováni k jídlu. Velmi často je zjištěno, že z ošetřovatelské dokumentace není zjevné,

¹⁵ Česká alzheimerovská společnost: *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Podpora a péče lidem postiženým syndromem demence*, on-line (<http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>).

¹⁶ Tamtéž, s. 105.

¹⁷ Existuje řada škál k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí, např. DOLOPLUS-2, ECPA, PACSLAC či PAINAD.

kdo o tomto rozhodl a jak dlouho tento stav trvá, přestože se jedná o zásadní a trvalé zhoršení kvality života seniora.

Doporučuji, aby rozhodnutí o tom, že určitý klient již nebude posazován, bylo vždy konzultováno s lékařem a bylo zaznamenáno v dokumentaci klienta.

Prevence a ošetřování dekubitů

Protože část klientů zařízení tohoto typu je nepohyblivých, a tráví tak převážnou většinu času na lůžku, je třeba, aby personál zařízení měl na zřeteli riziko vzniku dekubitů (proleženin) a vhodnými postupy jim u jednotlivých klientů předcházel.

Doporučuji zařízení, aby individuálně vyhodnotilo situaci, identifikovalo klienty ohrožené dekubity a přijalo dostatečná preventivní opatření.

Informace o zdravotním stavu klienta

Zákon o zdravotních službách v § 45 odst. 2 písm. g) stanoví, že poskytovatel zdravotních služeb (tj. lékař) je povinen předat poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi. Zařízení má tedy ze zákona právo znát informace o zdravotním stavu klienta a lékař má povinnost tyto informace zařízení poskytnout.

Doporučuji s tímto zákonným ustanovením v případě potřeby seznámit lékaře.

BEZPEČNOST

Signalizace

Signalizace by měla mimo jiné sloužit k tomu, aby imobilní klient mohl přivolat pracovníka, pokud potřebuje vysadit na toaletu nebo vyměnit pleny. Pokud signalizace není funkční, je možné přivolávat pracovníky jen hlasem, což může být zvláště v noci obtěžující pro spolubydlící klienty. Vzájemné vyrušování se může negativně odrazit ve vztazích mezi uživateli a je potencionálním zdrojem napětí a konfliktů.

Doporučuji zajistit signalizační zařízení všem klientům, kteří jsou schopni je s ohledem na své kognitivní postižení ovládat, a to tak, aby na ně z lůžka dosáhli.

Postranice

Postranice – na rozdíl od omezovacích prostředků uvedených v § 89 zákona o sociálních službách, které omezují v pohybu vždy, když jsou použity – představují nástroj, který sice má potenciál omezit osobu v pohybu, avšak míra toho, jak mohou člověka omezit, závisí na jeho pohyblivosti. Trvale ležícího klienta zdvižené postranice v pohybu neomezují a nepředstavují tak omezovací prostředek. Omezují toho, kdo je jinak schopen sám z lůžka

vstát. To znamená, 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.

Účelem jejich použití musí být zamezit pádu klienta, tedy zajistit jeho bezpečnost. Jako pravidlo platí, že je nutné vždy používat co nejméně restriktivní opatření.¹⁸ Je tedy třeba nejdříve zvážit, zda nelze k ochraně klienta před pádem, respektive před následkem pádu, použít jiné prostředky, které takový omezovací efekt nemají. Např. snížení lůžka či položení matrace vedle lůžka nebo použití postranic částečných nebo spustitelných osobou na lůžku.¹⁹ 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). Použití postranic musí být přiměřené riziku. Nelze je tedy užívat pouze k usnadnění práce personálu. Rovněž není přípustné jejich použití přes den z důvodu neklidu pohyblivého klienta.

Pokud jsou tyto podmínky splněny, k nasazení postranic není třeba souhlas ani od lékaře, ani od člena rodiny či opatrovníka. Tyto jsou právně nevýznamné. Pokud však tyto podmínky splněny nejsou, oprávněnost užití postranic (zábran) je diskutabilní i přes případný souhlas lékaře, člena rodiny či opatrovníka.

To stejné, co uvádím k postranicím, platí pro používání různých fixačních pomůcek (např. fixace v křesle či ve vozíku).

Aby bylo zajištěno, že budou postranice a fixace použity jako bezpečnostní opatření v souladu se zákonnými předpisy, **doporučuji individuálně u každého klienta stanovit, kdy mu má být postranice nasazena, příp. kdy má být fixován (např. noc, část dne, odpolední odpočinek atd.). V dokumentaci klienta doporučuji toto rozhodnutí zaznamenat, včetně údaje o tom, kdo jej přijal a kdy, a mělo by zde být zdůvodnění.**

Zde upozorňuji, že není nezbytně nutné, aby o nasazení postranic rozhodoval lékař, či jejich použití indikoval. Vedoucími pracovníky autorizovaný písemný seznam, kterým klientům má být kdy postranice nasazována, příp. mají být fixováni v křesle či vozíku, doporučuji zpřístupnit v pracovně personálu v přímé péči.

K postranicím i fixačním pomůckám se dále váže potřeba současného úsilí o zabránění rozvoji imobilizačního syndromu, nebo méně závažných důsledků déletrvajícího spočívání v jedné poloze. Pokud zařízení nastaví pravidla používání těchto pomůcek a bude přesně vymezovat, koho se jejich používání v jaké míře týká, bude moci lépe kontrolovat práci personálu, a tím předcházet souvisejícím negativům.

¹⁸ Podobně zákon o zdravotních službách v § 28 odst. 3 písm. k) stanoví, že pacient má právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí.

¹⁹ Více k alternativám postranic viz. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: *Prevention of falls in healthcare facilities*, Praha: Grada Publishing a. s. 2007, s. 55 a násl.

Pády

V mnoha zařízeních není řešena prevence pádů jinak, než případným zvedáním postranic, a u jednotlivých klientů není ani systematicky vyhodnocováno riziko pádu. Pád přitom může mít pro seniora velmi závažné následky (zlomeniny, zranění hlavy, úzkost, deprese...).²⁰

Doporučuji proto u každého klienta vyhodnocovat a průběžně aktualizovat riziko pádu. V případě, že k pádu dojde, doporučuji zvážit a přijmout adekvátní preventivní opatření. V případě, že k pádu dojde, doporučuji zaznamenat relevantní okolnosti (čas, místo, kdo byl pádu přítomen, jak k pádu došlo, viditelná či možná poranění, ošetření poranění atd.). Pokud dle vyhodnocení není klient odeslán k ošetření do nemocnice, doporučuji, aby pracovník zařízení v nejbližším možném termínu informoval praktického lékaře, který následně provede kontrolní vyšetření, záznam do lékařské dokumentace a indikuje další péči. Doporučuji záznamy o pádu klienta v rámci celého zařízení pravidelně vyhodnocovat, zaobírat se jejich příčinami (doba pádu, příčiny, poranění) a přijmout patřičná opatření, která riziko pádu minimalizují.

SMLOUVA O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Fakultativní služby

Služba domov se zvláštním režimem i domov pro seniory obsahuje dle zákona o sociálních službách určité základní činnosti, tj. činností, které jsou placeny bezvýhradně úhradou za ubytování a stravu, případně příspěvkem na péči, pokud je klient s ohledem na svůj zdravotní stav potřebuje zajistit. U osob, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby právě v tomto rozsahu, nemohou mít nikdy povahu fakultativní služby a nelze za ně žádat zvláštní úhradu. Patří sem mj. poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy či pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Zákon o sociálních službách v § 77 stanoví, že úhrada za fakultativní služby může být stanovena v plné výši nákladů za tyto služby. Tyto fakultativní služby je však nezbytné definovat, stanovit výši nákladů a vést evidenci poskytnutí této služby.

Celodenním zajištěním stravy se rozumí to, že klient nebude mít pocit hladu, nebo trpět nedostatkem živin a hubnout. V této souvislosti upozorňuji na skutečnost, že **nelze prostřednictvím fakultativních služeb zužovat rozsah poskytovaných základních činností, mezi které stravování patří.** Proto například zpoplatnění druhé večeře, nebo výživné svačiny u diabetiků, není v souladu s požadavkem stanoveným § 15, resp. 16 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Zvlášť zpoplatněno (jako fakultativní služba) může být jen to, co jde nad rámec dané diety, případně odpovídá výživovému doplňku.

Doporučuji neúčtovat zvláštní poplatek za činnosti (příp. vybavení), které jsou

²⁰ Tamtéž, s. 29 a násl.

součástí základních služeb.

ZÁVĚR

V rámci série systematických návštěv zařízení sociálních služeb jsem se zaměřil na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, které poskytují pobyt a péči osobám trpícím Alzheimerovou chorobou či jinými druhy demence. Na základě návštěv zařízení tohoto typu, které proběhly od počátku roku 2013, jsem formuloval několik okruhů problémů, které se v těchto zařízeních nejčastěji opakují.

Senioři trpící syndromem demence představují velmi citlivou skupinu klientů a tomu je třeba přizpůsobit jak každodenní péči o ně, tak prostředí a vybavení zařízení. Mezi prvořadě problémy, kterým by zařízení s touto klientelou mělo věnovat pozornost, patří zejména prevence malnutrice, zajištění práva na soukromí a na svobodu pohybu.

JUDr. Pavel V a r v a ř o v s k ý

veřejný ochránce práv