



## Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Zřizovací listina MZ ČR č.j.: 8870-VIII/2013 ze dne 29.3.2013

IČO: 00068691 DIČ: CZ00068691

Lípy 15, 293 06 Kosmonosy

tel: 326 715 711, fax: 326 724 119

Vážená paní  
Mgr. Anna Šabatová, Ph.D.  
Veřejná ochránkyně práv  
Údolní 39  
602 00 Brno

V Kosmonosích dne 27.11.2017

č.j. 93/2017/Ř

Ke spis. značce 20/2017/NZ/MLU  
Vaše č.j. KVOP-31092/2017  
Váš dopis ze dne 13. 11. 2017

Vážená paní doktorko,

dle Vašeho přání zasíláme níže vyjádření k dodatečně vzneseným otázkám, resp. žádosti o upřesnění některých odpovědí.

### Ad 7:

Dne 14. 8. 2017 jsme oznámili ukončení protitoxikomanického a protialkoholního ochranného léčení v PNK zřizovateli (MZ ČR), 1. 9. 2017 a znovu 20. 10. 2017 Ministerstvu spravedlnosti, které tzv. spádové oblasti pro tyto účely soudům stanovuje.<sup>1</sup>

Odpovědi dosud nemáme, ale příjmy těchto pacientů jsme v praxi již od 1. 11. 2017 zastavili. Současně jsme požádali odbornou společnost, aby nám byla v této věci nápomocna.

Postupný úbytek těchto nemocných umožní v budoucnosti, již tč. nelze časově konkrétně vymezit, daleko lépe režimově a zejména psychoterapeuticky s pacienty v psychiatrickém ochranném léčení pracovat. Podle toho se bude vyvíjet program. Aktuálně není revoluční změna možná, resp. stávající stav je nutno vnímat jako maximální, jakého lze dnes dosáhnout. Od 1. 1. 2018 dojde ke změně vedení oddělení A16, neboť stávající primářka snižuje svůj pracovní úvazek v PNK. Na oddělení současně začal pracovat velmi aktivní psycholog, který je i osobnostně na výši situace s ohledem na tento specifický druh pacientů. Vedení PNK tu bude cíleně napomáhat evolučnímu procesu.

Režim oddělení byl již upřesněn, a to zejména v položkách, které by mohly budit dojem sankčnosti (viz i dále).

### Ad 8:

K zajištění bezdrogové zóny podnikáme následující opatření: Venkovní kamery se záznamem areálu, namátkové hlídky bezpečnostní služby se psem v nepředvídatelném rozvrhu příchodů – obojí jako obrana proti dealerům. Na oddělení jsou nemocní sledováni, namátkově prohlédnutí při návratu zvenčí, testování na přítomnost omamných látek. Podstatným opatřením střednědobé povahy je výše zmíněné ukončení ochranného léčení protialkoholního a protitoxikomanického, pro které PNK nemá prostorovou ani personální kapacitu jinou než tyto smíšené pobyty, jež se ukázaly být nepřínosné až rušivé.

Pokoj „intenzivní péče“ je tak trochu výsledkem terminologického nedorozumění. Jde o místnost, do níž je plný výhled ze sesterny, takže může sloužit jak jako kurtovací místnost (dostí výjimečně), tak i jako místnost zvýšeného dohledu dekompenzovaného pacienta, který z ní však může vycházet. Je-li uvnitř pacient prvního typu, není tam nikdy pacient druhého typu a naopak. Tato improvizace skončí rekonstrukcí oddělení, které je dlouhodobě v plánu a zcela závisí na přidělených prostředcích. PNK má příjem pouze od zdravotních pojišťoven za lůžkoden, není tedy v jejích silách provádět rozsáhlejší akce bez příspěví zřizovatele. Požadavek z roku 2014 zněl na celou budovu „A“, dotace byla poskytnuta pouze na jedno podlaží (odd. A12) a na rekonstrukci topení, realizace skončena 2015. Ve druhém podlaží (odd. A14) následně proběhla alespoň částečná oprava z vlastních prostředků. Nedobry

<sup>1</sup> Instrukce Ministerstva spravedlnosti ze dne 3. prosince 2001, č. j. 505/2001–Org, příloha 8.

stav třetího podlaží (odd. A16) přetrvává. Na základě zprávy Veřejného ochránce práv požádal nyní zřizovatel o rozpočet, který jsme odeslali 17. 10. 2017. Jiné podklady pro odhad pravděpodobnosti realizace ani jejího případného termínu tč. nemáme.

#### **Ad 9:**

Problematika je výraznou součástí skupinových aktivit (komunity) i individuálních pohovorů. Nové obsazení klinicko-psychologických služeb na tomto oddělení vede v posledních týdnech k podstatnému posílení příslušných aktivit a jejich podstatně cílenějšímu nasměrování k naznačené problematice. Nejedná se o „akci“, ale o trvalý proces ve smyslu prevence i surveillance. Výsledky se sledují v rámci systému nežádoucích událostí a reakcí na ně jak bezprostředně, tak i statisticky (vyhodnocení kvartální a roční). Standardně provádí a managementu předkládá tým pro kvalitu; kritické události se komunikují a řeší ihned.<sup>2</sup>

#### **Ad 12:**

Na oddělení A16 budou v krátkém čase zavedeny signalizační náramky, které již používáme na jiném oddělení s kladnou odezvou sester. Kritizovanou úroveň hlasitosti lze nastavit kdykoli dle potřeb a přání sester, jimž zařízení slouží. Ponecháváme tudíž subsidiárnímu rozhodování uživatele.

Druhým prvkem je obranný sprej. U něho nastalo při návštěvě Vašich pracovníků jakési nedorozumění s tím, že personál údajně neumí použít sprej, což je zcela obecná dovednost. Trochu nás překvapila i informace, že si personál, který se dle Zprávy tolik obává o svou bezpečnost, údajně nepřčetl standard, který o ní pojednává.<sup>3</sup> Naše informace jsou jiné: Šetřením bylo zjištěno, že ono nedorozumění bylo na straně Vašich pracovníků, kteří se (pochopitelně) ne vždy a všude dokonale zorientovali. Celá pasáž ad 6.4. a 6.4.2. Zprávy se vůbec netýká sester (byly udiveny našimi dotazy), ale adiktoložky a psycholožky (které tam již nepracují). Byly tolikrát sugestivně tázány na své obavy, až nakonec řekly, že se tedy bojí. Jejich ohrožení bylo přitom zanedbatelné, větší riziko přichází totiž až v pozdějších hodinách, kdy je přítomna méně početná směna sester a na oddělení navíc již nejsou vedoucí pracovníci. V té době tam ovšem není ani psycholožka s adiktoložkou.

Bod 6.4. Zprávy není navíc úplně jazykově srozumitelný: „bezpečnost vůči personálu“ (asi bezpečnost personálu?) a „respekt vůči pacientům“ (z kontextu asi opačně: respekt pacientů k personálu?) – zde tápeme, co přesně se chtělo říci.

V každém případě jsme pro jistotu zavedli pravidelné obnovování této elementární dovednosti (tj. použití spreje, nikoli slovního popisu použití) všech pracovníků, nejen těch nejvíce exponovaných (tj. sester) naším technikem BOZP u příležitosti pravidelných kontrol expirace a funkčnosti zařízení.

Třetím prvkem bezpečnosti personálu je při velmi vážném ohrožení Policie ČR, která má patřičné síly, prostředky a dovednosti. Každý ohrožený občan má právo ji přivolat ku pomoci a ochraně.<sup>4</sup>

#### **Ad 15, 16, 17:**

Ano, musíme trvat na tom, že pokud soud o léčení pacienta pravomocně rozhodl, souhlas či nesouhlas dotyčného s tímto léčením nemůže být relevantní. Nesouhlas by byl popřením rozhodnutí soudu. V tom případě by mohl být pacient ihned propuštěn, protože by scházelo téma pobytu. PNK není a ani neplánuje stát se detenčním ústavem.

Jde samozřejmě jen o prvky ochranného léčení. Pokud by měl pacient souběžně jinou zdravotní problematiku, je prostor pro souhlas či nesouhlas zcela otevřen jako u každého jiného nemocného.

Obdobná situace nastává tam, kde existují léčebné alternativy, tj. více než jeden rovnocenný postup. To je právě případ antiandrogenní léčby. Zde pacientovi samozřejmě poskytujeme možnost rozhodnutí.

Za nesrozumitelný výraz se omlouváme, šlo o složitý opis prostého faktu, že našemu orgánu kvality péče unikl administrativní postup oddělení S9, který byl formálně odlišný od standardního. Informované souhlasy mají v PNK jednotnou podobu, jejich seznam je zpracován<sup>5</sup> a veřejně přístupný. Máme jich několik, ale tento chybí, jeho náhražka vznikla bohužel lokální svépomocnou iniciativou v rozporu s vnitřními pravidly. Náprava je otázkou dnů.

<sup>2</sup> Podrobně popisuje standard č. 23-nežádoucí události a standard 44 projekt zvyšování kvality péče.

<sup>3</sup> Standard č. 43-agrese pacientů velmi podrobně pojednává o zásadách prevence agrese a jak jí čelit, když už vznikla. Sestry jsou v tom školeny. Je dostupný každému zaměstnanci v písemné i elektronické formě.

<sup>4</sup> Zákon 273/2008 Sb. o policii ČR.

<sup>5</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., § 454, odst. (2), písm. h).

**Ad 18:**

Zde se omlouváme za nedorozumění na naší straně. Bližším pátráním po publikovaném odborném stanovisku, na nějž jsme byli odkázáni, jsme zjistili, že v takovéto formě neexistuje. Existuje jen shoda příslušných odborníků na dlouhodobé debatní úrovni a v běžné praxi.

Viditelné rozlišování pacientů podle kategorií režimu apod. tedy zastavujeme i na oddělení S9 (viz i ad 19)

**Ad 19:**

Ustupujeme od pyžama jako rozlišovacího znamení kategorie a režimu pacienta na odd. A12. Pyžamo bude přicházet v úvahu jen pacientů s pobytem v lůžku a u těch, kteří jiný použitelný oděv zatím nemají.

**Ad 20:**

Obecně: V PNK nepoužíváme pojem „zákaz vycházek“. Je tomu naopak – vycházka je aktivní ordinace lékaře jako každá jiná a řídí se zdravotním stavem pacienta. Samozřejmě může souviset s chováním pacienta, neboť porucha chování je právě oním projevem nemoci, již si u nás léčí, v případě ochranných léčení pak z rozhodnutí soudu. Jde tedy o to, že podle odborné predikce lékaře buď pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vycházku nezvládne (včetně rizik pro něj i veřejnost, zajištění bezdrogového prostředí atd.), anebo právě prokazatelně selhal (např. zneužil vycházky ke svévolnému odchodu z PNK, požil alkohol či drogy). Vycházka nemůže být trestem. Kritizovaná pasáž v domácím řádu byla poněkud nešťastná. Unikla vnitřní kontrole a byla již zrušena. Přesnost ve volbě slov s právním významem bohužel není doménou zdravotníků. Dovednosti, v nichž jsou trénováni, jsou jiného charakteru.

Co se týče bezvýjimečného umožnění pobytu venku každému pacientovi každý den, musíme bohužel přiznat, že dobré řešení nevidíme. Tento stav trvá od roku 1869 a nevíme, jak ho nyní v dohledné době zvrátit. Nejstarší budova je z roku 1694 a má alespoň atrium. Další dvě budovy jsou z let 1895-1897 a teprve po nízké přístavbě z osmdesátých let 20. století získaly jakési omezené atrium, z něhož je však snadné uniknout, a to s rizikem vážného poranění. Použití těchto prostorů pro více oddělení a tím pro více druhů pacientů s průchody skupin přes jiná oddělení není reálné. Akce by denně vyžadovala doprovodnou skupinu většího počtu pracovníků, navíc v krajně úzkoprofilové kategorii (ošetřovatelé-muži). Další budova z r. 1910, v níž jsou právě dočasně umístěni sexuologičtí pacienti, nemá odpovídající venkovní prostor vůbec.

Třetí možnost, a sice budování jakýchsi oplocených „výběhů“, jež by navazovaly přímo na budovy, je vzhledem k danosti komunikační sítě a další infrastruktury v areálu technicky neproveditelná. Navíc by budily nepříznivý vězeňský dojem.

Vyhovět právu úplně všech pacientů na 1 hodinu čerstvého vzduchu denně by znamenalo podle našeho hodnocení výstavbu nového ústavu na zelené louce.

Na druhé straně musíme říci, že pro volnost našich nemocných děláme maximum, a to až do té míry, že trpělivě snáčíme občasná napadání médií či místními občany. Této volnosti se dostává všem pacientům, jimž zdravotní stav umožňuje ji alespoň částečně konzumovat. I proto v PNK nemáme tzv. „uzavřené oddělení“ ve smyslu, jaký se tomuto pojmu obvykle přikládá.<sup>6</sup>

**Ad 21:**

Opakovaně jsme se tázali našich sester, zda jsou pro ně podmínky pro výkon péče o pacienty, u nichž je aplikován omezovací prostředek, realizovatelné. Dostalo se nám ujištění, že ano. Protože v našem prostředí není problém, aby personál sděloval své názory, pracovníci jsou na ně i tázáni a bývají rovněž konzultováni při tvorbě některých vnitřních předpisů, považujeme tato sdělení za validní. Kromě toho provádíme provozní audity.

Diskutovaná možnost výjimečné situace v podobě koincidence celé řady nepříznivých okolností v jeden okamžik - náročný akutní příjem ve večerních hodinách, který se přihodí právě v době podávání léků a současně je některý pacient v omezovacím prostředku s trvalým dozorem - nemůže být teoreticky jednou za delší čas vyloučena. Může vypuknout i požár. Může probíhat resuscitace a k tomu přivezou dva či tři urgentní příjmy najednou. Může udeřit blesk (stalo se nedávno). V té chvíli bude trvalý dozor na několik minut přerušen. Na takovou kolizi není připraveno ani ARO, kde je intenzita sledování daleko naléhavější, neboť nemocní tam pobývající z důvodu kritického selhávání základních životních funkcí a jde o sekundy, což není tak úplně případ omezeného pacienta.

Tím se chce říci, že nemůžeme udržovat nadstav personálu v tom smyslu, že jeden pracovník by byl pro jistotu ve směně pouze jako záložník s relativní potřebností dvakrát či třikrát do roka.

<sup>6</sup> Jedná se o tradiční pojem v rámci odborné hantýrky. Pokud je nám známo, nebyl nikdy odborně ani právně definován.

**Ad 22:**

PNK ve svých vnitřních předpisech nevyžaduje od svých lékařů další speciální vyjádření. Obáváme se, že by šlo o formalitu, již by si mohli lékaři předtisknout. Jde zejména případy zjevné vážné agrese, kde skutečně nemá smysl explicitně postupně vypisovat, že domluva nepřicházela prima vista v úvahu atd. atd. Povinností zápisů je již dnes téměř nezvladatelně mnoho; za jistou hranici se přes pak všechny kontroly přestanou plnit. Ta hranice je již velmi blízko.

V našem vnitřním předpisu, který je nastaven v souladu se zákonem,<sup>7</sup> je jasně deklarováno, že omezovací prostředek je opatření nouzové, nejzazší, *in extremis et ultimo*, použitelný jen tam, kde jiné prostředky nejsou, resp. nemohou být účinné. Předpokládá se tudíž, že lékař ordinoval omezovací prostředek v souladu s tímto pravidlem. Tato zásada je tedy z definice předjímana jako implicitní součást ordinace. Kontroly se provádějí jak namátkově, tak i při průběžném pravidelném auditu chorobopisů. Z kontextu a popisu situace ve zdravotnické dokumentaci lze rozpoznat, zda se lékař od pravidla neodchýlil.

**Ad 24:**

Částečně již vyloženo k bodu 22. Dále: Víme s jistotou, že péče sester o omezeného (zvláště ochrannými pásy) včetně sledování životních funkcí je velmi pečlivá a intenzivní, vzorně dokumentovaná. Navíc je v PNK přítomen lékař na bázi 7/24 a může být přivolán. Omezený nemocný tak může být lékařem kontrolován, kdykoli je to potřebné. V kritických situacích se současně volá RZP (dojezd 4 km).

Rozhodně tedy není omezený pacient ponechán sám sobě. V denní směně v pracovní dny je přítomno 5 odborně zdatných sester, v ostatní době 3. Je trend svěřovat sestřím stále větší kompetence a přebírat některé úkoly lékařů, v čemž jsme v naší zemi stále poněkud pozadu.

Nemáme dost lékařů, abychom mohli postavit zdvojenou službu. Požadavek, aby lékař každých několik hodin fyzicky obešel všechny nemocné s aplikovaným omezovacím prostředkem, nevidíme jako realizovatelný a nakonec ani jako nezbytný.

K tomu dodáváme, že o víkendech a svátcích tyto nemocné mají povinně plnohodnotnou vizitu, přestože se v zařízeních následné péče nepožaduje. Lékařská stránka věci se tedy rozhodně nepřesouvá z pátku na pondělí apod.

**Ad 28:**

Souhlasíme s tím, že znění jmenovaného právního ustanovení je nešťastné a závisí na výkladu pojmu „soustavná léčba“,<sup>8</sup> což není až tak klíčová okolnost. Kromě Vámi citované judikatury, kde figuruje kritériem použití síly, existují další výklady, které naopak zavádějí kritérium účelu (prosté znehybnění versus léčba).<sup>9</sup> Na druhé straně použití síly může být nutné např. u pacienta, který není ani elementárně při vědomí (tedy i mimo psychiatrii: ARO, operační obory apod.).

Je to problém k diskusi, který řešíme tak, že takovou medikaci (tj. spojenou s použitím síly) užíváme nepřilíživě často. Je v chorobopise vždy dobře dokumentována. Jde obvykle o případy současné s aplikací omezovacích prostředků, tj. indikace a podmínka nezbytnosti se vztahuje na obojí jako na jedno komplexní opatření. Omezení slouží k imobilizaci, kdežto účelem urgentní medikace je léčba.

Centrální sledování akutních injekčních podání psychofarmak jsme po čase zrušili jako nepřínosné. Vyhodnotili jsme to tehdy jako samoúčelnou statistiku. Užiti vidíme daleko efektivněji při auditu uzavřených chorobopisů (5 měsíčně po dlouhé roky), jakož i otevřené (živé) dokumentace v rámci provozních auditů, a to v kontextu příslušné situace.

To, s čím poněkud zápasíme, je nadbytek zápisů ordinací takovýchto prostředků „dle potřeby“ jako potenciálu k jejich použití. Tyto ordinace často přetrvávají i měsíce poté, co se staly věcně irelevantními, a to následkem prostého opomenutí deletovat v systému. Nejsou samozřejmě využívány, neboť chybí důvod. Této formální slabiny jsme si vědomi a momentálně vedeme skutečnou kampaň k vymýcení tohoto nešvaru.

**Ad 29:**

Jednotlivé lékařské kroky, zejména ty, jež se jeví jako samozřejmá a základní součást poskytování *lege artis* péče v oboru (zde hovory psychiatra, klinického psychologa, sester a dalších terapeutů s pacientem), nepožadujeme explicitně zapisovat jako další zvláštní položky. Stejně tak nemocnice nevytvářejí pokyny chirurgovi, aby po operaci zašil ránu a tento fakt speciálně dokumentoval. Vidíme to jako součást celku.

<sup>7</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., 38, odst. (2).

<sup>8</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., § 39, odst. (1), písm. f).

<sup>9</sup> Bylo předmětem diskusí a výkladů odborníků např. v rámci Akademie zdravotnického práva.

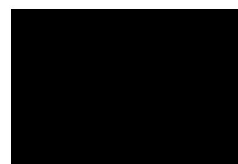
Psychiatrie je natolik rozmanitá, že vedení PNK necítí jako možné ani účelné taxativně vyjmenovávat jednotliviny pro celou plejádu možných situací (někdy daleko závažnějších, než je proběhlá epizoda příkurtování). Je to na volném uvážení těchto pracovníků, na prvním místě na přirozeném vedoucím terapeutického týmu, totiž na lékaři.

Rozhovor o tom, co se stalo, se tedy v PNK provádí a bývá dokumentován v tradiční terminologii jako „individuální pohovor“. Probíhá rozhodně u všech pacientů, kteří se na akutní dramatickou událost vůbec pamatují, což je ze zkušenosti menšina, pokud bylo omezení správně indikováno, to jest ve skutečně krajní situaci. Amnézie může být do jisté míry vnímána jako potvrzení adekvátnosti postupu. Jednotný předpis k paušálnímu provedení nuceného „debriefingu“ u každého pacienta bychom považovali za příliš drsný. Líčení dramatické situace, jak ve své době vypadala, pacientovi s amnézií by mohlo být psychoterapeuticky poměrně kontraproduktivní. Neumíme tyto situace rozlišit vnitřním předpisem a ponecháváme proto rozhodování subsidiárně na odborném i zdravém rozumu jediné osoby, která zná a ví, totiž na ošetřujícím lékaři.

Upřesnění k širšímu záběru Vašich pracovníků nad lidskoprávní rámec vč. případných desinterpretací viděného, slyšeného, zažitého a pociťovaného se týkala např. komentáře k absenci výzdoby oddělení (jediného, kde se nedaří vzhledem k ničivému potenciálu specifických pacientů), vzhledovým a pociťovým dojmům (mříže apod.), k igelitovým taškám, jež s oblibou nosí jistý typ pacientů vždy všude s sebou (nepochopeno, dělají to z jiného důvodu než kvůli absenci úložných prostorů).

Připomínám, že naše poznámka nebyla myšlena konfliktně. Uvedli jsme současně, že za tyto postřehy laiků jsme svým způsobem vděční, neboť nejsou zatíženy rutinou a vidí věci jinýma očima. To je vždy téma k zamyšlení. Co se vlastního meritů věci týče, pracovalo se převážně s fakty a to hodnotíme kladně. O dojmech a pocitech totiž není diskuse možná, o faktech naopak přínosná. Zde velmi děkujeme za pozvání a rádi se zúčastníme debaty ku prospěchu našich pacientů.

S pozdravem



Ing. Dana Kolářová, MBA  
ředitelka PNK