



ombudsman

už 20 let pomáháme bez rozdílu

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.
Typ zařízení:	psychiatrické oddělení nemocnice
Kapacita:	64
Datum návštěvy:	27. až 28. listopadu 2019
Datum vydání zprávy:	26. května 2020
Návštěvu provedli:	MUDr. Otilie Bartáková, Bc. Jitka Fialová, DiS., Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský a Mgr. Jana Tučková

Mgr. Monika Šimůnková
zástupkyně veřejného ochránce práv



Obsah

Úvodní informace	4
Systematická návštěva a její cíl.....	4
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	4
Charakteristika zařízení	6
Průběh návštěvy	6
Zaměření návštěvy.....	7
Shrnutí	9
Zjištění a doporučení	11
1. Personál.....	11
1.1 Zajištění poskytované péče.....	11
1.2 Podpora personálu.....	11
1.3 Přístup k pacientům	12
2. Materiální podmínky	12
2.1 Zázemí navštívených oddělení.....	12
2.2 Podmínky pro soukromí pacientů.....	13
2.3 Uložení svých věcí v bezpečí	14
2.4 Podněty pro zamýšlenou rekonstrukci	14
3. Bezpečnost v zařízení	15
3.1 Násilí na klinice	15
3.2 Nebezpečné prvky v prostředí.....	16
3.3 Zajištění dohledu.....	16
3.4 Kamery	18
3.5 Signalizace od pacienta.....	19
3.6 Přivolání pomoci kolegů.....	19
3.7 Zásahy pracovníků ostrahy	20
3.8 Zásahy policie.....	21
3.9 Zvládání agrese ze strany pacientů.....	21
3.10 Neočekávaná úmrtí.....	23
4. Péče	25
4.1 Léky ordinované pro fakultativní podání.....	25
4.2 EKT	27
4.3 Aktivity	28



4.4	Přístup na vzduch.....	28
4.5	Dokumentace.....	29
4.6	Respektování soukromí pacienta.....	29
5.	Používání omezovacích prostředků	30
5.1	Standard.....	30
5.2	Dokumentace.....	30
5.3	Rozhodování o použití a trvání omezení	31
5.4	Nezbytnost omezení a jeho trvání.....	33
5.5	Příklady vážného pochybení	35
5.6	Dohled.....	37
5.7	Místnost určená k bezpečnému pohybu	38
5.8	Síťové lůžko.....	39
5.9	Soukromí a bezpečí při omezení.....	41
5.10	Farmakologické omezení	41
5.11	Zpětný rozbor.....	42
5.12	Evidence a vnitřní kontrola	42
5.13	Pravidla pro kliniku	44
6.	Pojistky v průběhu hospitalizace.....	45
6.1	Hospitalizace bez souhlasu	45
6.2	Kontakt s vnějším světem.....	46
6.3	Stížnosti.....	47
	Přehled opatření k nápravě.....	52



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Od roku 2006 veřejný ochránce práv plní **úkoly národního preventivního mechanismu** podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.¹ Současný ochránce JUDr. Stanislav Křeček tuto část své působnosti přenesl na svou zástupkyni, tedy na mě.²

Proto **systematicky navštěvuji místa (zařízení)**, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Zařízení psychiatrické péče jsou jedním ze zařízení, jež mohu navštívit.³

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením (blíže viz část Zaměření návštěvy). Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“),⁴ konkrétně právníky, psychiatrické sestry a lékaře. Šetření spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a pacienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.⁵ Návštěvy jsou **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování psychiatrické péče v České republice.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

Po každé návštěvě **sepiši zprávu. Většinou obsahuje návrhy opatření k nápravě.** Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k předcházení špatnému zacházení nebo jeho odstranění. **Zpráva se podrobně nevěnuje oblastem, v nichž nebylo zjištěno riziko špatného zacházení. Soustředí se pouze na možné nedostatky.** Proto může působit nepříznivě a nevyváženě. Prosím čtenáře zprávy, aby na to pamatovali. Bez ohledu na závěry zprávy si vážím náročné práce všech zaměstnanců zařízení.

Zprávu pošlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsáním zjištěním a navrženým opatřením.⁶ Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

1 Na základě § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.

2 Podle § 2 odst. 4 zákona o veřejném ochránci práv. Více na www.ochrance.cz, v sekci *Veřejný ochránce práv, Rozdělení působnosti*.

3 Podle § 1 odst. 4 písm. c) zákona o veřejném ochránci práv.

4 Podle § 25 odst. 6 zákona o veřejném ochránci práv.

5 Podle § 21a ve spojení s § 15 zákona o veřejném ochránci práv.

6 Ustanovení § 21a odst. 3 a 4 zákona o veřejném ochránci práv.



Navržená **opatření k nápravě** se liší svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Pro snazší orientaci obsahuje zpráva na konci **přehled** opatření k nápravě. Navrhují také **termín provedení**.

- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Není-li to možné, provedou se v nejkratší možné době. Za bezodkladná označují opatření, která považují za naléhavá a velmi důležitá, anebo opatření běžně snadno proveditelná.
- Opatření s delší lhůtou je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho měsíce, tří měsíců, šesti měsíců nebo jednoho roku.
- Opatření s průběžným plněním navrhuji tam, kde je třeba zavést určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že zařízení opatření zavede co nejdříve a bude dbát na dodržování doporučené praxe.

Ráda bych, aby zařízení ve vyjádření ke zprávě sdělilo, že (1) opatření provedlo a jak, nebo (2) kdy a jak opatření provede, nebo (3) navrhne jiné vhodné opatření a termín.

Pokud budu vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **považovat za dostatečná**, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující je vysvětlení zjištěných pochybení, doložení opatření k nápravě či věrohodný příslib jejich provedení.

Pokud vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **nebudu považovat za dostatečná**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁷ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace **zveřejním anonymizovanou zprávu z návštěvy zařízení** (s výjimkou jmen osob pověřených vedením zařízení) **a obdržená vyjádření** na svých internetových stránkách⁸ a v databázi Evidence stanovisek ochránce (ESO).⁹

Po dokončení řady návštěv zařízení téhož druhu **vydávám tzv. souhrnnou zprávu**. Tu také zveřejňuji a posílám ji příslušným orgánům veřejné moci. V souhrnné zprávě bez vazby na konkrétní zařízení shrnuji svá zjištění a doporučená opatření k nápravě, navrhuji systémová doporučení, případně vytvářím standard dobrého zacházení. Souhrnná zpráva může sloužit nenavštíveným zařízením jako vodítko k odstranění špatného zacházení a jeho předcházení.

7 Tzv. sankční opatření, u kterých se postupuje obdobně podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

8 Na stránkách www.ochrance.cz v sekci *Ochrana osob omezených na svobodě*.

9 Evidence stanovisek ochránce (ESO) je dostupná z <https://eso.ochrance.cz>.



Charakteristika zařízení

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc (dále „klinika“ a „nemocnice“ nebo „FNOL“) má tři lůžková oddělení, přičemž otevřené psychoterapeutické oddělení 32C nebylo předmětem návštěvy. Z navštívených oddělení je oddělení 32A označeno jako akutní uzavřené, určené pro neodkladnou léčbu psychických poruch, a má kapacitu 12 lůžek (přítomni 3 pacienti). Oddělení 32B je označeno jako doléčovací uzavřené, určené pro pokračující léčbu i detoxikaci, a má kapacitu 24 lůžek (přítomno 22 pacientů). Obě oddělení mají zamčený vstupní dveře.

Oddělení jsou koedukovaná a určená pro dospělé pacienty, výjimečně dochází i k hospitalizaci nezletilého blízkého věku 18 let. Rozdělení podle akutnosti stavu znamená, že na obou odděleních jsou pacienti všech diagnóz. Průměrná ošetrovací doba je velmi krátká – v roce 2018 a v části roku 2019 na oddělení 32A činila 6,7 respektive 5,5 dne a na oddělení 32B potom 12,2 respektive 9 dnů. Pacienti jsou běžně předáváni do péče Psychiatrické léčebny Šternberk.

Budova Kliniky psychiatrie je situována v rámci areálu nemocnice, mj. relativně nedaleko budov s kantýnou a občerstvením. Má čtyři podlaží, přičemž oddělení 32A se nachází v prvním a oddělení 32B ve druhém. Jde o udržovaný panelový dům, který prošel rozsáhlou rekonstrukcí v roce 2010, přičemž do blízké budoucnosti (snad již rok 2020) je záměr na další rekonstrukci (nicméně konkrétní plány nebyly k dispozici). Vedení má dále záměr získat (zpět) pro kliniku přilehlé budovy a zabezpečit venkovní prostor tak, aby mohl sloužit pacientům akutního oddělení pro bezpečný pobyt na vzduchu v rámci oddělení.

Na klinice došlo před dvěma lety k obměně na vedoucích postech. Ještě v době návštěvy personál mluvil o tom, že klinika má nové vedení a že probíhají změny, respektive ještě byly nějaké změny očekávány.

Jednalo se o první návštěvu tohoto zařízení. Jinak se jej týkalo individuální šetření ochránce v roce 2016 (zn. 2618/2016/VOP), zaměřené na okolnosti úmrtí pacienta při zvládnání jeho agresivního chování. To se však soustředilo na postup Policie ČR, jejíž příslušníci na oddělení použili donucovací prostředky.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 27. a 28. listopadu 2019 bez předchozího ohlášení. Ředitel FNOL byl o návštěvě informován při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře mu předali pověření k provedení návštěvy a vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský a Mgr. Jana Tučková. Na šetření se též podílely pověřené expertky MUDr. Otilie Bartáková a Bc. Jitka Fialová, DiS.

Zaměstnanci Kanceláře shlédli všechna oddělení a podrobnější šetření provedli na oddělení 32A a 32B. Dále provedli rozhovor s primářem, vrchní sestrou, vedoucí lékařkou jednoho z oddělení, dvěma lékaři, několika sestrami a sanitáři, nemocniční ombudsmankou,



vedoucím ostrahy a několika pacienty.¹⁰ Krátce hovořili také s přednostkou kliniky, zdravotně-sociální pracovníci a vedoucí právního odboru FNOL. Z dokumentace slouží jako podklad pro šetření přehled nežádoucích událostí a záznamy o některých z nich, přehled použití omezovacích prostředků, zdravotnická dokumentace (aktuální i uzavřená) vytipovaných pacientů, stížnostní dokumentace, vnitřní předpisy a informační materiály nemocnice. Část podkladů poskytla nemocnice na základě dodatečné výzvy. Dále byla vyžádána data od Policie ČR, co se týká jejich zásahů na klinice.

Zvláštní okolností v době návštěvy bylo aktuální vyprázdnění oddělení 32A. Několik dnů předem totiž padlo rozhodnutí, že budou zahájeny krátkodobé stavebně-technické práce nutné pro instalaci systému bezpečnostních náramků pro personál. Pacienti byli na oddělení jen v prvním dni návštěvy.

Součinnost poskytnutá nemocnicí, i konkrétně klinikou, byla výborná. Oceňuji také ochotu vedení nemocnice i kliniky vést dialog ke zlepšení poskytované péče již v průběhu návštěvy.

Zaměření návštěvy

S ohledem na zákonný cíl systematických návštěv nejsou předmětem šetření veškeré důležité aspekty poskytování péče, nýbrž jen ty, které souvisí s právním pojmem „špatné zacházení“ a jeho prevencí.¹¹ Takové závažnosti mohou při hospitalizaci dosáhnout (i) špatné podmínky a režim, pokud by byla překročena nevyhnutelná míra strádání vždy spojená se zbavením svobody, (ii) nezajištění péče nebo některé nedobrovolně podstoupené léčebné postupy či použití fyzické síly, jež by nebylo nezbytně nutné v důsledku jednání osoby, (iii) neprofesionální jednání nebo dokonce násilí ze strany pečujících a (iv) nezajištění ochrany před ublížením nebo zneužitím ze strany třetích osob.

Pro naplnění tohoto cíle jsem zkoumala nastavení preventivních a následných opatření pro zamezení špatného zacházení s pacienty, a to jak ze strany personálu, tak jiných pacientů. Dále byly zkoumány vytipované kazuistiky a personální, materiální a organizační podmínky a fungování stížnostního mechanismu.

Kde ve zprávě mluvím o „**zákoně o zdravotních službách**“, jde o zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

10 Vždy, kdy je s ohledem na okolnosti možné zachovat anonymitu pracovníka či pacienta, odkazují se dále na tyto rozhovory jako vedené s osobami v mužském rodě.

11 Nemocnici zřizovanou Ministerstvem zdravotnictví a pověřenou zákonem k realizaci opatření, jako je i nedobrovolná hospitalizace a léčba, je třeba ve světle judikatury Evropského soudu pro lidská práva považovat za veřejnou instituci, jejíž postup může být přičitatelný státu. [Viz např. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2) ze dne 19. 2. 2015, č. 75450/12, bod 99. Přiměřeně viz také rozsudek ve věci Bureš proti České republice ze dne 18. 10. 2012, č. 37679/08, bod 77. Obojí dohledatelné pomocí eslp.justice.cz.] Úkony či nečinnost zaměstnanců mohou zakládat odpovědnost státu za porušení zákazu špatného zacházení. Svůj přístup tedy opírám o výklad závazků plynoucích státu z článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb., dále jen „Úmluva“).



Odkazují se také na Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta (částka 4/2018 věstníku MZ účinného od 20. dubna 2018), a to jako na „**metodické doporučení ministerstva**“.

Dále se častěji odkazují na obecný výstup z monitoringu psychiatrických zařízení, který v textu označují „**Souhrnná zpráva z roku 2019**“. Viz Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata, zpráva ze systematických návštěv 2019 [online]. Brno: veřejný ochránce práv 2019 [cit. 12. 2. 2020]. Dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/7436>.

Mezinárodní standard prevence špatného zacházení, se závazností tzv. soft law, je obsažen v dokumentech Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále jen „CPT“), a na některých místech na něj odkazují. Především pak na dokument Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 26. 3. 2020]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>, dále jen „**Standard CPT z roku 2017**“.



Shrnutí

Systematická návštěva Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc byla zaměřena na prevenci špatného zacházení, a to především na bezpečnost kliniky pro pacienty i personál, (ne)restriktivnost poskytované péče a pojistky typu kontakt s vnějším světem a stížnostní mechanismus.

Co se týká **personálního zajištění péče**, doporučuji jeho posílení – početní i co do kompetencí. Vyplynula totiž nejistota při zvládnání neklidných pacientů a příliš vysoký podíl pracovníků ostrahy na zvládnání rizikového chování pacientů, zvláště pak v souvislosti s přijetím. Pozitivní je, že vedení kliniky se zjevně snaží o zlepšení atmosféry mezi pracovníky i podmínek poskytování péče, a to ve prospěch pacientů i personálu kliniky. Také kvituji, že přístup personálu k pacientům byl zjištěn pouze slušný a vstřícný.

Prostředí je faktorem (ne)restriktivnosti a bezpečnosti poskytované péče. Budova Kliniky psychiatrie je v dobrém stavu a prostředí je náležitě udržováno. Ve zprávě upozorňuji na dílčí problémy, jako je nepřizpůsobení prostředí pro péči o gerontopsychiatrické pacienty, špatné podmínky pro zajištění osobního dohledu nebo pro zajištění přístupu na vzduch pro všechny pacienty (někteří jsou v režimu bez přístupu na vzduch 2 až 3 týdny). Při další plánované rekonstrukci by se na to mělo pamatovat, stejně jako na technické prostředky pro posílení bezpečí.

Zatímco oddělení 32B se jeví jako **bezpečné**, na oddělení 32A je situace horší. Subjektivně to pociťují tamní pracovníci a alarmující je vysoký počet vyžádaných zásahů ostrahy. Klinika musí zapracovat na tom, aby chorobné projevy pacientů zásadně zvládali zdravotníci a aby se tak dělo s respektem k zásadě nejmenšího omezení při poskytování psychiatrické péče. Dávám k tomu několik podnětů a žádám o sdělení, jaké kroky nemocnice podnikne v roce 2020. Dále doporučuji standardizovat formu a intenzitu dohledu ve vnitřním předpisu. Na řešení také čeká systém poskytnutí pomoci na volání z jiného oddělení a přivolávání lékaře.

Zvlášť vysoké riziko špatného zacházení v sobě nesou **omezovací prostředky** – tedy silové a restriktivní postupy povolené zákonem k odvracení vážného nebezpečí pro život a zdraví osob. Zjistila jsem, že klinika musí učinit další opatření, tak aby byl skutečně respektován princip nezbytnosti a subsidiarity u používání omezovacích prostředků v klinické praxi. Některé personální i materiálně-technické faktory, ale i navyklý způsob práce působí, že jsou omezovací prostředky používány preventivně a jako opatření k zajištění dohledu, což odporuje pravidlům. Rozhodování o omezení a průběh péče o pacienta často nejsou dokumentovány tak, aby byl jasný zákonný důvod použití omezení a jeho trvání.

Často používaným omezovacím prostředkem je umístění v uzavřeném akutním pokoji a umístění do síťového lůžka. Pouze část případů však představuje reakci na akutní hrozbu pro život nebo bezpečí osob. Jindy opatření sleduje zajištění trvalého dohledu, a je tedy často velmi dlouhé, řízené pouze sestrami a v zásadě neoprávněné. Situace není černobílá, neboť někteří pacienti tráví část dne mimo omezení. Každopádně doporučuji hledat jiný způsob zajištění dohledu. Farmakologický omezovací prostředek není rozeznáván. Co se



týká včasné reakce na neklid pacienta, je zapotřebí ujasnit pravidla používání fakultativní medikace.

Domnívám se, že v některých konkrétních případech praxe dosáhla i závažnosti špatného zacházení. Proto na témata používání omezovacích prostředků připadá 14 z celkových 37 doporučených opatření. Žádám, aby byla kapitola 5 čtena jako celek a aby klinika i vedení nemocnice zaujaly komplexní přístup k celkovému zlepšení klinické praxe. Měla by být také zpracována pravidla používání omezovacích prostředků zohledňující tamní podmínky.

Co se týká **vyřizování stížností**, nemocnice je vstřícná, když se někdo obrátí na nemocniční ombudsmanku. Identifikovala jsem ale několik problémů v přístupnosti stížnostního mechanismu, konkrétně pacientům na Klinice psychiatrie, především co se týká dostupnosti informací a nabídnutých způsobů podávání stížností.

Jsem ráda, že mohu konstatovat, že vedení nemocnice i kliniky projevilo při návštěvě ochotu pracovat na zlepšení poskytované péče a že opatření v tomto směru se již podnikají. Věřím, že má zpráva může sloužit jako jeden z podkladů pro zaváděné změny.



Zjištění a doporučení

1. Personál

1.1 Zajištění poskytované péče

Co se týká **ošetřovatelského personálu**, na oddělení 32A (12 lůžek) i 32B (24 lůžek) jsou přítomny vždy dvě sestry a jeden sanitář, z toho na oddělení 32A je alespoň na jedné z těchto pozic muž (na oddělení 32B muži na těchto pozicích nepracovali, na 32A jich bylo sedm). K tomu se přičítá v pracovní době staniční sestra. To by byl dostatečný počet. Na oddělení 32A ale z tohoto počtu, dle přání lékaře, 1 až 2 pracovníci také zajišťují ambulanci. Pracovníci uvedli, že lékař si zpravidla žádá muže (z důvodu bezpečí). Pak se stává, že na péči o nejakutnější pacienty zůstane jedna žena. To není dostatečné – obecně ani ve světle zjištění v kapitole 3.

Opatření:

- 1) **Dbát o náležité pokrytí oddělení 32A ošetřovatelským personálem a za tím účelem zvážit například pokrytí služby na ambulanci pomocí z jiných oddělení kliniky nebo dalším pracovníkem ve směně (průběžně).**

Podle vedení kliniky je nezaplněno místo jedné sestry a jednoho ergoterapeuta. Zaplnění by jistě prospělo jednak k naplnění opatření 1, a jednak zajištění smysluplného trávení času během dne pro pacienty.

Co se týká **lékařského personálu**, mimo pracovní dobu slouží někdy jen jeden lékař, který kromě lůžkových oddělení kliniky pokrývá také ambulanci a psychiatrická konzilia v celé nemocnici. Není výjimkou, že od zavolání dorazí na oddělení po 20 i více minutách. Ke škodě věci je toto realita českých nemocnic, která klade velké nároky na dobrou spolupráci lékařů a ošetřovatelského personálu a mj. schopnost včasné a přesné komunikace po telefonu.

1.2 Podpora personálu

Předmětem každé návštěvy je otázka podpory personálu. Práce v zařízení tohoto typu je náročným a mnohdy i stresujícím povoláním, které může vést k profesnímu vyčerpání a frustraci. Tyto stavy se mohou projevovat i chybami či nevhodným chováním k pacientům, jejich příbuzným jakož i kolegům.

Konkrétně na klinice se ukázala být tématem také aktuální **nedobrá atmosféra mezi pracovníky**. Vedoucí pracovníci kliniky i nemocnice zaznamenávají jakýsi pocit křivdy, obav a špatné nálady, a to především mezi ošetřovatelským personálem. Počátek se má datovat do roku 2015, kdy na klinice došlo k nežádoucí události, která vyústila k úmrtí pacienta (bez zjištěného zavinění pracovníků kliniky). Pamětník z řad ošetřovatelského personálu uvedl, že otřesenému zdravotnickému personálu sice tehdy byla poskytnuta podpora, ale i přesto **přetrvává výrazná obava** u neklidných, agresivních a intoxikovaných pacientů, kdy



se personál neobává pouze o svoji bezpečnost, ale i o bezpečnost pacienta. I z dalšího šetření vyplynula nejistota personálu při zvládnání neklidných pacientů (srov. kap. 3.6 a 5).

Vedení ví, že stojí před úkolem zlepšit atmosféru i podmínky práce pracovníků kliniky. Nicméně panující skepse ztěžuje přijetí nových nápadů a to nyní trvá už několik let. I z rozhovorů s řadovými pracovníky vyplynulo, že jsou si vědomi snahy vedení o zlepšení podmínek a bezpečí pro personál. **Z pozitivních opatření** je třeba uvést nově v nemocnici zavedenou „peer“ podporu (pracovník o ni může požádat a pak se mu věnuje proškolený kolega, ne nutně z Kliniky psychiatrie), velmi výhodné podmínky pro získání psychoterapeutického výcviku (i pro sestry) a to, že nemocnice poskytuje personálu (zdarma) některá školení.

Co se týká atmosféry, nemohu než uvést svá zjištění a apelovat na vedení, aby dále pracovalo na tom, aby pracovníci přijímali nová opatření s důvěrou, a to i tím, že je bude včas informovat o důvodech zamýšlených opatření a ideálně jim poskytne příležitost pro dialog. Při rozhovorech se totiž projevila nespokojenost některých pracovníků s úrovní komunikace a přenosu informací v rámci celé kliniky a možnosti být slyšeni.

Dokud se situace nezlepší, může chybět důvěra pracovníků potřebná pro účast na **supervizi**. Nicméně upozorňuji, že na psychiatrické klinice tento nástroj externí podpory personálu chybí a měl by být obnoven. Supervize probíhala před několika lety, ale údajně se neosvědčila. Podle informací od vedení dostaly sestry nabídku intervize a bálintovských skupin (což není externí podpora), ale nebyl o ně zájem; dotázané sestry o tom spíše nevěděly. Nevěděly ani o možnosti podpory psychologa, kterou zmínil jeden lékař. Nejsou zavedeny ani stáže na jiných pracovištích tohoto typu.

Opatření:

- 2) Činit všechna potřebná opatření [v oblasti personální, vzdělávací, organizační, komunikace apod.] k posílení sebejistoty a profesionality pracovníků psychiatrické kliniky (průběžně).**

1.3 Přístup k pacientům

Při návštěvě byl pozorován pouze zdvořilý a vstřícný přístup k pacientům včetně oslovování. Personál nosil jmenovky, takže nebyl anonymní. To odpovídá standardu a ráda to konstatuji.

2. Materiální podmínky

2.1 Zázemí navštívených oddělení

Dispozice obou oddělení je stejná, z centrální dlouhé chodby se vchází do jednotlivých místností. Ložnice jsou dvoulůžkové a mají vlastní sociální zařízení, jež je na oddělení 32A v nerezové úpravě (anti-vandal; tryska sprchy ústí přímo ze zdi, toaleta nemá prkénko). Na oddělení 32A jsou navíc dva akutní pokoje. Společná koupelna je bezbariérová. Společnými prostory jsou na každém oddělení kuřárna (dobře větratelná) a jídelna, jež slouží zároveň jako společenská místnost a případně také pro návštěvy. Mimo uzavřená oddělení



se nachází zázemí pro ergoterapii, místnost s ping-pongem, místnost s vybavením pro cvičení a univerzální (přednášková) místnost.



Obrázky 1 a 2: Chodba a koupelna na oddělení 32A.



Obrázky 3 a 4: Místnost na cvičení a ložnice na oddělení 32B.

Vnitřní prostředí navštívených oddělení bylo čisté a bez zápachu. Stěny jsou vymalovány v barevných tónech. Výzdoba je jen sporadická, a to i na oddělení 32B – **klinika by měla vynaložit úsilí pro potlačení ústavnosti a strohosti vnitřního prostředí.**

Oceňuji naopak, že okna nejsou vybavena mřížemi, a nemají tak vězeňský ráz. Z důvodu bezpečnosti jsou u nich odstraněny kliky a je možné otevření pouze na ventilaci, nebo jsou kliky vybaveny zámky. To je přiměřené.

Vnější označení místností je velmi nenápadné – **navrhuji označení výraznější, kde nebude hrozit přehlédnutí pacientem s demencí či jiným onemocněním ovlivňujícím orientaci.**

2.2 Podmínky pro soukromí pacientů

Dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zázemím představují dobrý standard **soukromí ubytování**. Dveře sociálního zařízení v rámci pokojů byly opatřeny speciálními zámky (obr. 5), což je pro zajištění soukromí nezbytné; na oddělení 32B se ale knoflík protácel, takže byl zámek nefunkční. Dotázaný personál nevěděl, že by měl k dispozici speciální klíč k otevření zámku zvenčí v případě nouze. Do budoucna by se ohledně zajištění **soukromí člověka na toaletě** nemělo spoléhat na „signalizaci“ hlučným větrákem, který se spustí, když je místnost využívána. Zámky by měly být opraveny a personál vybaven klíčem.



Obrázky 5, 6 a 7: Klika koupelny s pevným zámkem, krabíčky k uložení rizikových věcí a pravidla výdeje.

Opatření:

- 3) Zajistit, aby toalety byly vybaveny funkčními zámky, které personál v případě potřeby může otevřít zvenčí (do 6 měsíců).**

2.3 Uložení svých věcí v bezpečí

Ložnice jsou vybaveny uzamykatelnými skříněmi. Pacienti na oddělení 32B mají klíče přes den u sebe a odevzdávají je sestřám na noc, na oddělení 32A si je od personálu kdykoli půjčují, přičemž k zavedenému systému nevznesli pacienti připomínky. Předměty, které jsou vyhodnoceny jako nebezpečné (sluchátka, nabíječky, holítko, spreje apod.), je možnost uložit do boxů do skříně u personálu (obr. 6) a používat na základě časově omezeného vydání. Pokud pacient potřebuje nabít telefon a existuje u něj zvýšené riziko sebepoškození, nabíjí mu telefon na sesterně. Popsané nastavení vyhovuje širšímu standardu soukromí.¹²

2.4 Podněty pro zamýšlenou rekonstrukci

Vedení kliniky hovořilo o záměru pokračovat v rekonstrukci budovy kliniky, jež by se dotkla oddělení 32A (akutních pokojů) a přinesla i zřízení zabezpečeného venkovního prostoru. Rekonstrukce je velká příležitost, protože prostředí je faktorem (ne)restriktivnosti a bezpečnosti poskytované péče. Na více místech této zprávy upozorňuji na nebezpečné prvky (kapitola 3.2) a technické rezervy (kapitoly 3.3.2, 3.5 a 3.6) a dále k tomu doplňuji. Zaprvé, nad vchodovými (zavřenými) dveřmi na oddělení není kamera, takže personál neví, komu otevírá. Zadruhé, v minulosti došlo na klinice k sebevraždě pacienta oběšením na klíče od toalety; v této souvislosti je dobré, že dveře pokojů a koupelen se otvírají ven

¹² Za standard považuji, že pacient má možnost uzamknout si své věci denní potřeby a sám nakládat s klíčem k zámku. Klíč nemusí být pacientovi vydán na základě individuálního posouzení rizika, které by bylo s vydáním klíče spojeno. Za situace, kdy u pacienta nelze zhodnocení rizika dokonale provést (protože například není personálu znám z dřívějšíka a na oddělení pobývá zatím krátce), lze připustit úpravu standardu.



(nehrozí zablokování dveří), a do budoucna lze doporučit pořízení klik, které znemožňují zavěšení.

Zamýšlená rekonstrukce se mi jeví jako velká šance pro změnu k lepšímu. Bylo by vhodné inspirovat se na pracovištích, kde již při tom získali zkušenosti.

3. Bezpečnost v zařízení

3.1 Násilí na klinice

Prioritou nového vedení kliniky je posílit bezpečnost, a to také personálu, neboť v týmu ošetrovatelského personálu panuje **pocit, že čelí ve zvýšené míře násilí**. Data, jež by to nějak dokládala, nicméně vedení kliniky nemělo. Statistika úrazů zaměstnanců Kliniky psychiatrie, kterou nám poskytlo vedení nemocnice, mimořádnou četnost incidentů nedokládá,¹³ nicméně z rozhovoru vyplynulo podezření, že ne všechny úrazy jsou zaznamenány.¹⁴ Co se týká nežádoucích událostí, výroční analýzy nemocnice udávají jejich stabilní počet,¹⁵ a ačkoli v roce 2019 přibýlo událostí typu fyzické napadení,¹⁶ stále jde o jednotky. Rovněž ze statistiky zásahů nemocniční ostrahy na žádost kliniky nelze vyčíst zhoršení situace.¹⁷

Buď tedy statistické nástroje nejsou dost jemné, nebo je situace skutečně stabilní a objektivně nikoli zvláště závažná, zvláště s ohledem na množství přijímaných (akutních) pacientů. Na druhou stranu, uvedenému pocitu odpovídá to, že **počet případů, kdy personál kliniky žádá o přítomnost pracovníků ostrahy, je velmi vysoký**. Zásahů ostrahy bylo 71 v roce 2017, 64 v roce 2018 a v roce 2019 do 20. listopadu 43; z toho naprostá většina pak vyústila v použití omezovacích prostředků.¹⁸ Po mém soudu tak už lze hovořit o ostraze jako o na klinice běžném nástroji zvládnutí rizikového chování pacientů, zvláště pak v souvislosti s přijetím pacienta. Uvedený pocit se částečně odrazil i v provedených rozhovorech – nevyplynulo, že by se pracovníci cítili v ohrožení v celém zařízení, ale spíše na oddělení 32A.

Mezipacientské násilí se čas od času vyskytne, ale ze šetření nevyplynulo, že by představovalo závažný problém. Pokud dojde k incidentům, personál na ně reaguje.

13 V roce 2017 jeden úraz (pád), v roce 2018 dva (pády), v roce 2019 pět (z toho čtyři měly za zdroj napadení).

14 Ostatně v přehledu nežádoucích událostí 2017 je uvedena jedna (2017/273), při které byli dva pracovníci pokousaní pacientkou, a v roce 2019 bylo šest událostí s fyzickým napadením personálu s tím, že většinou šlo o více pracovníků.

15 V roce 2017 celkem 74, v roce 2018 celkem 73, v roce 2019 do 20. listopadu celkem 61. V letech 2017 a 2018 byl i stabilní počet událostí typu nespolupracující pacient (61 a 61) a typu nepřátelské/hrubé chování pacienta (6 a 4).

16 V roce 2017 dvě, v roce 2018 jedna, v roce 2019 nejméně šest.

17 V roce 2017 celkem 71 zásahů, v roce 2018 celkem 64, v roce 2019 do 20. listopadu celkem 43. Stabilní je také podíl případů, kdy ostraha zasahuje i fyzicky, tedy situace eskalovala – jde zhruba o třetinu (2017: 22, 2018: 20, 2019:14).

18 Tyto závěry lze spolehlivě učinit z přehledu nežádoucích událostí.



Níže rozebírám jednotlivé aspekty problému bezpečnosti a v kapitole 3.9 celkově téma shrnuji.

3.2 Nebezpečné prvky v prostředí

Běžné ložnice nejsou z bezpečnostního hlediska ideální – dispozice neumožňuje přehlédnout celý pokoj od vstupních dveří.

Akutní pokoje na oddělení 32A jsou určeny pro oddělené ubytování pacientů s potřebou zvýšeného dohledu (z důvodu zmatenosti či neklidu, intoxikace, hrozící agrese). Někdy jsou pokoje i uzamykány a držení v nich slouží jako omezovací prostředek vůči pacientovi s bezprostředně ohrožujícím chováním. Proto je problém, že v interiéru pokojů jsou nebezpečné prvky: vystupující radiátor; kovová mřížka upevněná ve výšce (kryje zářivku, zjevně závěsný bod); vystupující kulatá klika; předsíňka nepokrytá kamerou, v níž se pacient může schovat a překvapit personál.¹⁹ Nebezpečný může být dále způsob používání pokoje – pokud by bylo uvnitř ponecháno toaletní křeslo (v době návštěvy tam bylo umístěno), pacient je může použít, aby se dostal k instalacím ve výšce.

V ložnicích jsou instalovány detektory kouře. Z rozhovorů i pozorování vyplynulo, že personál zohledňuje riziko, jež u konkrétních pacientů představuje ponechání zapalovače, takže někteří pacienti je nemají. Nicméně zapalovače zůstávají relativně snadno dostupné včetně oddělení 32A. Riziko založení požáru by eliminovalo pořízení **pevných zapalovačů** do kuřáren.

3.3 Zajištění dohledu

S ohledem na cílovou skupinu má psychiatrické pracoviště obecnou povinnost chránit pacienty před přítomným nebezpečím sebepoškozování, sebevraždy, ublížení ostatním apod. Dohled je při tom klíčové opatření, které umožňuje obecná rizika u konkrétních pacientů sledovat a zajistit včasnou reakci, pokud se hrozba stane bezprostřední. Se změnou zdravotního stavu se míra potřebného dohledu mění.

3.3.1 Stupně dohledu

Stupně a obsah dohledu na klinice nejsou standardizovány vnitřním předpisem; pouze jsou stanoveny režimy volného pohybu pacienta.²⁰ Když tak například ve studované dokumentaci pacientky 1 sestry v zápisech uváděly, že pacientka má „zvýšený dohled“, nebo lékař u pacienta 2 ordinoval „zvýšenou observaci“, není jasné, co to konkrétně znamená. Dotázané sestry uvedly, že ošetrovatelský personál provádí co hodinu kontrolu pokojů a u zvýšeného dohledu co půl hodiny; jinak sestry stupně dohledu nepopsaly. Pokud to lékař uzná za vhodné, stanoví podobu dohledu individuálně. Na oddělení 32B jsou pacienti s nějak zvýšeným dohledem vždy vypsáni.

19 Viz událost ze dne 29. 10. 2019; pacientovi se v důsledku podařilo zabouchnout uvnitř personál a utéct.

20 Jde o úroveň „V0 – bez možnosti vycházek mimo oddělení; V1 – vycházky s rodinným příslušníkem, vycházky se SZP; V2 – vycházky se spolupacienty – minimálně ve dvojici“. Tento režim stanovuje pacientovi lékař.



Považuji za velmi rizikové, že nejsou stanoveny další podrobnosti pro dohled v rámci oddělení. Jsem si vědoma toho, že jde o odbornou otázku, ale s ohledem na bezpečnostní aspekt doporučuji standardizaci formy a intenzity dohledu (stupně dohledu a jejich obsah) ve vnitřním předpisu.²¹ Dodávám, že když dohled na klinice podporují (ale nenahrazují, srov. níže) také kamery, musí být jasné, jaká je frekvence a úroveň kontrol vykonaných fyzicky.

Opatření:

- 4) **Stanovit vnitřním předpisem úroveň dohledu a související povinnosti personálu všech dotčených odborností (do 3 měsíců).**

3.3.2 Podmínky na oddělení 32A

Na oddělení 32A se nachází pacienti s problémy z celého spektra psychiatrických diagnóz, u nichž je zapotřebí vyšší stupeň dohledu v porovnání s oddělením 32B. Tomu odpovídá nižší kapacita, ale nikoli **řešení oddělení 32A**. Společenská místnost je na samém konci chodby, tedy daleko od sesterny. Jinak mohou být nemocní v ložnicích, tedy skryti za zavřenými dveřmi (všechny mají pouze plnou výplň) a za rohem připojené koupelny, nebo pod kamerou v akutním pokoji. Není k dispozici nic mezi tím. Chybí vhodný prostor pro trávení dne pod dohledem například u člověka s demencí, nebo observační ložnice, kde by pacient snadno přivolal personál a měl s ním průběžný kontakt. Kromě toho také pacienti velmi snadno mohou trávit mnoho času sami, v ložnicích.

Blíže ke dvěma **akutním pokojům**. Podle vyjádření personálu slouží k ubytování pacienta s akutními projevy nemoci, tedy ne pouze, když je indikován omezovací prostředek, ale i „jen“ při neklidu nebo nepřiléhavém chování. Tomu odpovídaly studované záznamy – pacienti tam tráví i řadu dnů v kuse. Tyto pokoje ale působí tísnivě,²² na postelích jsou připraveny kurty, pacient je fakticky opuštěn za dvěma dveřmi (jedny jsou masivní, oplechované a s polstrováním) bez klik zevnitř (kulatý knoflík) a bez signalizačního zařízení, pouze sledován kamerou.



21 Ostatně, předpokládá to i text kritéria e) v rámci obecných kritérií pro materiálně-technickou stránku akutní lůžkové psychiatrické péče. Viz Standard akutní lůžkové psychiatrické péče. Věstník MZ ČR, částka 5/2016.

22 Jde o pozorování pracovníků Kanceláře, ale i o předmět stížnosti pacienta zn. OMB-395/17/S/32.



Obrázky 8, 9 a 10: Akutní pokoj, s detailem kliky dveří mezi pokojem a předsíňkou a detailem instalace topení.

Podmínky na oddělení 32A by měly být podrobeny revizi a (postupně) proměně. Některé dveře do pokojů mohou být opatřeny průzorem pro snadné zkontrolování stavu uvnitř, zaclonitelným pro zajištění soukromí v čase, kdy tento dohled není zapotřebí. Měla by být vytvořena alternativa pobytu v akutním pokoji při zajištění zvýšeného dohledu.

3.4 Kamery

Na obou odděleních **se používá kamerový systém** – kamery jsou vždy na chodbě, v jídelně, kuřárně a na oddělení 32A také v akutních pokojích. Obraz z kamer je vyveden (pouze) na monitor na sesterně. Není stanoveno, že by měl někdo z personálu monitor stále sledovat. Z monitoringu **vzniká záznam**, který je uchováván. Pracovníci kliniky vesměs nevěděli, jak dlouho a kde a zda je zaznamenáván i zvuk. Vedení nemocnice sdělilo, že provoz monitoringu má vnitřní úpravu a že záznamy je možné uchovávat maximálně tři dny, přičemž během této doby má kompetentní osoba rozhodnout, zda bude konkrétní záznam zapotřebí uchovat déle. Zpřístupnění záznamu je v kompetenci ředitele nemocnice. Pacienti jsou o monitorování (kde a proč) informováni v Domácím řádu. **Informování pacientů ale není kompletní**, totiž chybí informace, že je pořizován záznam a kdo k němu má přístup.



Obrázky 11 a 12: Kamery na chodbě a v akutním pokoji, snadno viditelné.

Když se používání kamer hodnotí z hlediska prevence špatného zacházení, posuzuje se především jejich umístění a role v provozu toho kterého zařízení. V případě psychiatrického zařízení beru v úvahu toto.

Co se týká **přínosu monitoringu**, ten spočívá v možnosti pro personál v jednom momentu z pracovny přehlednout klíčová místa oddělení. Může tak rychleji zachytit nějaké nebezpečí, respektive ochránit sebe. Kamery ale nenahradí osobní dohled, přičemž právě svádí k nahrazování osobní péče distančním neosobním sledováním. Při zajištění trvalého dohledu nepřináší kamery úsporu času personálu, neboť sledování obrazu blokuje pracovníka, a protože je únavné, vyžaduje pravidelné střídání, aby bylo zabezpečeno řádně.



Zásadním **negativem** je, že používání kamer v prostorech, kde lidé bydlí a léčí se, vážně zasahuje do jejich soukromí (podle okolností až v intenzitě ponižujícího zacházení) a ovlivňuje jejich pohodu. Kamery zabírají pacienty i v citlivých momentech (návštěva v jídelně, pobyt v akutním pokoji) a otázka „Kdo mě právě sleduje?“ je naléhavá. Dokonce i od personálu zazněl pocit, že kamery slouží k jejich kontrole, a nikoli jako prvek bezpečí.

Právě kvůli negativům obecně pro zajištění bezpečí pro pacienty navrhuji namísto kamer provádět důkladněji hodnocení rizika a podle výsledků umisťovat pacienty na oddělení dobře personálně připravená pro zajištění zvýšeného dohledu. Připouštím ale, že existuje také názor zastávaný některými zdravotníky, že použití kamer ve striktně vymezeném rozsahu je potřebné k praktickému zajištění ochrany života a zdraví pacienta v takové ohrožující situaci, jaká například odůvodňuje použití omezovacího prostředku. Tomu však neodpovídá umístění kamer ve společenské místnosti na 32B či na chodbě 32C.

Pro úplnost musím dodat, že kamery se používají bez zákonného zmocnění a v roce 2019 se tehdejší veřejná ochránkyně práv obrátila s doporučením k nápravě na Ministerstvo zdravotnictví.²³ Do doby nastavení jasných zákonných pravidel by se měli poskytovatelé držet zásady přiměřenosti a uplatňovat toto bezpečnostní opatření jen na základě provedení individuálního hodnocení rizika u pacienta.

Opatření:

- 5) Odstranit ty kamery, které nejsou nutné k zajištění bezpečnosti pacientů nebo personálu, a zajistit dostupnost informací o jejich režimu a účelu, a to pro pacienty i personál (do 6 měsíců).**

3.5 Signalizace od pacienta

Na klinice je nainstalováno signalizační zařízení k přivolání personálu – v ložnicích u dveří i u lůžka, v koupelnách, v kuřárně i jinde. Signalizace není v akutních pokojích. Jeden pracovník sice zmínil přenosné signalizační tlačítko, ale nebylo nikde pozorováno.

3.6 Přivolání pomoci kolegů

V době návštěvy nemohl personál **přivolat na oddělení pomoc zvnějšku** jinak než prostřednictvím telefonu, což znamená zdržení a podle okolností i znemožnění volání. Po provedení probíhajících prací bude oddělení 32A vybaveno signalizačním zařízením pro personál, jež bude využívat náramky. Při aktivaci spustí alarm na sesterně i na dalších odděleních a zároveň bude ukazovat polohu pracovníka v nouzi. To je velmi žádoucí zlepšení. Zůstává však k řešení vůbec systém poskytnutí pomoci – kdo zůstává a kdo odchází na pomoc. Také by se nemělo zapomenout na posílení bezpečí personálu v příjmové ambulanci, které se týká řada hlášených nežádoucích událostí.

²³ Srov. Souhrnná zpráva z roku 2019, od str. 45. Musejí se zvážit argumenty medicínské a právní, a pokud se má pokračovat v používání kamer, pak přijmout zákonná úprava vymezující mantinely. „Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních práv a svobod upraveny pouze zákonem“ (čl. 4 odst. 2 Listiny). Nestačí, že „kamerový systém v souladu s platnou legislativou“ předpokládá Standard akutní lůžkové psychiatrické péče (věstník MZ ČR, částka 5/2016, od str. 51). Podotýkám, že za současného stavu vyvstává i konflikt s § 84 občanského zákoníku.



V této souvislosti chci zmínit zjištění, že sloužící (žurnální) lékař je sice **dosazitelný pomocí mobilního telefonu**, ale jde o linku s veřejným číslem. Může se tak stát (a stává se), že je obsazena; kvůli vyřizování třeba i banální záležitosti lékař není k zastížení pro přivolání při změně zdravotního stavu pacienta na oddělení. To může mít velmi vážné následky a mělo by být vyřešeno.

Opatření:

- 6) **Dopracovat systém přivolání pomoci kolegů a akutního přivolání lékaře, prioritně pro oddělení 32A a 32B (do 3 měsíců).**

3.7 Zásahy pracovníků ostrahy

Podrobněji k již zmiňované službě ostrahy. Podle bodu 3.6.17 směrnice *Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace*: „Při agresivním chování pacienta je možné přivolat zaměstnance Ostrahy FNOL...“ Jde o interní zaměstnance nemocnice, nezdravotníky, z nichž v případě nutnosti v řádu minut dorazí na kliniku zasahovat dva až tři (muži), na základě vyslání z informačního centra přijímajícího telefonická volání z klinik. Pracovníci ostrahy nemají výzbroj (nenosí ani pepřový sprej, neboť je rizikový). Mají výcvik sebeobranu a komunikace. Každý zásah, kdy ostraha již nějak na klinice působí, je dohledatelný (zaznamenává se jako nežádoucí událost, byť nedošlo k žádným potížím).

Na základě studia dokumentace ani rozhovorů **nevystaly poznatky o excesech**; pracovníci ostrahy nepřicházejí k úrazům, při jejich zásazích na klinice tři roky nazpět nebyl zraněn pacient, nejsou předmětem stížností. Z přehledu nežádoucích událostí vyplývá, že pracovníci ostrahy do fyzického kontaktu s pacienty přichází jen v menšině případů,²⁴ přičemž pak nejčastěji pacienta přidrží, když zdravotníci uplatňují omezovací prostředek; hmaty a chvaty jsou použity naprosto výjimečně. Tým pracovníků ostrahy je údajně stabilní, takže zkušený.

Činnosti ostrahy se týká zvláštní směrnice,²⁵ nicméně není v ní specifikováno, **co má a může obnášet „zásah vůči agresivním pacientům“**. Zadáním vedení nemocnice je, aby byl zásah bezpečný a nevybočil z mezí nutné obrany a krajní nouze. Považuji za správné, co uvedl vedoucí týmu ostrahy, že totiž pracovníci dělají to, o co je požádá ošetřovatelský personál, a nejednají z vlastní iniciativy. V praxi většinou stačí tichá přítomnost (na pacienta představujícího hrozbu zapůsobí přecíslení, nebo zdravotníci dokážou uskutečnit fyzický zásah sami), někdy pracovník drží nohy pacientů při kurtování.

Musím konstatovat, že **současné nastavení má určité nedostatky**. Kromě nepsaného zadání jde také o to, že pracovníci ostrahy nemají zdravotnické vzdělání ani proškolení či ad hoc kurz zaměřený na specifika plynoucí z toho, že zasahují vůči osobám s duševní poruchou nebo v aktuálně nestabilním stavu. Okolnost duševní poruchy přitom klade

24 Zásahy ostrahy s asistencí při použití omezovacích prostředků (bez kontaktu s pacientem vs. s **fyzickým kontaktem**) v roce 2017 40 vs. **22**, v roce 2018 35 vs. **20**, v části roku 2019 17 vs. **14**. Celkem bylo zásahů v roce 2017: 71, v roce 2018: 64, v roce 2019 do 20. listopadu: 43.

25 Směrnice č. Sm-G028, Ostraha FNOL z 8. 11. 2018.



zvýšené nároky na komunikaci, používání verbálních i manuálních technik zvládnutí neklidných nebo násilných pacientů a asistenci zdravotníkům. Zároveň vedení kliniky zatím nepodniklo žádné kroky k zajištění, aby chování pracovníků ostraha bylo adekvátní a spolupráce v akci hladká. Konečně z praktického hlediska – ostraha nemá klíč od budovy kliniky a dovnitř ji musí vpustit místní personál. V situaci, kdy je personál v nouzi, může být problém jednoho člověka kvůli tomu uvolnit.

Uzavírám, že pokud nemocnice umožňuje, aby na klinice zasahovala bezpečnostní služba, musí zajistit, aby tito pracovníci měli jasně stanoveny kompetence, byli vybíráni z vhodných osob a byli dostatečně proškoleni pro jednání s pacientem s duševní poruchou a asistenci zdravotníkům. To je předpokladem zvládnutí konfliktních situací alternativami k použití síly (princip co nejmenšího omezení) a efektivnosti, šetrnosti a bezpečnosti zvolených postupů (princip minimalizace použité síly). Cílem je dobrá koordinace se zdravotníky. O průběhu zásahu vždy musí rozhodovat zdravotník.

Opatření:

- 7) **Zajistit, aby pracovníci ostrahy potenciálně zasahující na psychiatrické klinice měli jasně stanoveny kompetence, byli vybíráni z vhodných osob a byli proškoleni pro jednání s pacientem s duševní poruchou a asistenci zdravotníkům; zvážit také lepší způsob jejich vpuštění do budovy (do 6 měsíců).**

3.8 Zásahy policie

Na klinice v minulosti opakovaně zasahovala Policie České republiky (dále jen „policie“), ale z učiněných rozhovorů a dokumentace nemocnice i policie vyplývá, že jde o výjimečnou situaci. V roce 2019 byly zásahy dva (jeden v čekárně u ambulancí a jednou šlo o asistenci při převozu pacienta do jiného zařízení), přičemž nebyly použity donucovací prostředky. Dojezd je s ohledem na polohu nemocnice zhruba do 10 minut.

Dotázaná složka policie sdělila, že spolupráce s FNOL doposud nebyla nějak standardizovaná, ale po útoku střelce ve Fakultní nemocnici Ostrava se pracuje na dohodě o formě spolupráce. To je zajímavá příležitost. Celostátním faktem je, že policisté standardně nejsou proškoleni v zacházení s psychiatrickými pacienty. Neexistuje ani žádný dobrovolný vzdělávací program pro policisty, jenž by zahrnoval téma asistence při ošetření člověka trpícího duševní poruchou, deescalace a alternativ k silovému zvládnutí problematického chování osoby trpící duševní poruchou.²⁶ **Pokud se naskytne příležitost navázat užší spolupráci se složkami policie (státní či městské), navrhuji pamatovat při tom i na pravidelné vzdělávání policistů.**

3.9 Zvládnutí agrese ze strany pacientů

Zajištění pracoviště psychiatrické péče musí být takové, aby agresivní chování pacienta (pokud jde o projev choroby, a nikoli trestně postihnutelného chování) zvládali primárně zdravotníci vlastními silami, a to bezpečně a s využitím jen nezbytně nutné síly. Pacient má

²⁶ V podrobnostech o tom pojednává Souhrnná zpráva z roku 2019, str. 48.



právo na péči zdravotníků a v terapeutickém prostředí, nikoli na „pacifikování“ a roli pachatele. Podporují to opatření v rovině personální, organizační i materiální.

Pro psychiatrickou kliniku je naplnění tohoto standardu skutečnou výzvou. Tento závěr podporuje řada poznatků. V první radě výše konstatovaný vysoký počet vyžádaných zásahů pracovníků ostraha na psychiatrické klinice (především oddělení 32A). Zjištěný stav je s jinými navštívenými pracovišti nesrovnatelný, nemluvě o tom, že většina psychiatrických pracovišť v Česku bezpečnostní službu nevyužívá. Zásahy jsou žádány v průběhu dne, ne jen například v noci. V dokumentaci byly studovány situace, kdy se sestry ani nesnažily samy pacienta kurtovat, ale rovnou volaly ostrahu.

Protože většinou nemusí nějak specificky zasahovat, dovozují, že **ostraha by mohla být nahrazena mužskými pracovníky ošetřovatelského týmu.** O nedostatku zdravotnického personálu zvláště svědčí případy,²⁷ kdy ostraha v záznamu o nežádoucí události uvádí, že s jejím příchodem začal pacient spolupracovat, ale přesto byl přikurtován (může zde být obava, že by po odchodu ostraha mohla nastat nevladatelná situace), a případy, kdy ostraha poskytovala asistenci při koupeli nebo převlékání pacienta.²⁸ To není přípustné.

Je pravda, že hospitalizace je na klinice velmi krátká a překrývá se často s obdobím, kdy nemocní nekontrolují své chování. To rozhodně musí být při zajištění péče zohledněno. Jsou zde i další **faktory, které by mělo vedení kliniky hledat a spolu s vedením nemocnice na ně reagovat.** Z návštěvy nevyplývá jednoznačné zjištění, v čem tkví hlavní problém, ale mimo jiné:

- Nějakou roli patrně hraje způsob používání omezovacích prostředků – tedy velká pohotovost k omezení, i preventivně (srov. kapitulu 5.4). Pokud jsou i pacienti pod tlakem a nemohou mít na oddělení pocit bezpečí, napětí eskaluje.
- Nebyly získány poznatky v tom smyslu, že by lékaři byly sestrám nedostupní. Na druhou stranu o něčem svědčí fakt, že právě při používání omezovacích prostředků prakticky absentují zápisy lékařů.
- V kapitole 3.6 jsem upozornila, že dosud na klinice nebylo připraveno řešení pro přivolání posil v nouzi.

Vítám, že vedení kliniky si je částečně uvedených problémů vědomo a také projevilo zájem o další inspiraci. Reálným opatřením je instalace technologie pro používání bezpečnostních náramků pro personál na oddělení 32A v listopadu 2019. Dále byl připraven dvoudenní výcvik deescalace a šetrné imobilizace pro všechny zdravotníky na klinice naplánovaný na prosinec 2019. To je velmi vhodné opatření, které by mělo být dále opakováno – z rozhovorů vyplynula potřeba pravidelného teoretického i praktického školení personálu se zaměřením na neklidného a agresivního pacienta a řešení krizových situací. Dále by měl být vytvořen krizový plán a standard (protokol) pro jejich řešení. Uplatňované důkladné

27 V roce 2017 pět, 2018 jeden a v roce 2019 jeden.

28 Srov. nežádoucí události 2017/385 (asistence při mytí pacienta a následném připoutání), 2017/038 (asistence při koupeli v 13:00 hodin, bez omezování), 2018/051 (asistence při koupání a pak při kurtování), 2018/312 (asistence při koupání), 2018/314 (asistence při koupání a pak při kurtování), 2018/047 (asistence při převlékání).



vykazování nežádoucích událostí umožňuje mít přehled o četnosti výskytu rizikových situací, ale na protokolech často nejsou záznamy o analýze nebo přijatých opatřeních; přistoupit také k jejich kvalitativní analýze je nasnadě. Při tom bude třeba posílit komunikaci mezi jednotlivými složkami týmu a více propojit zdravotnický a školský segment. Inspiraci lze hledat také u jiných poskytovatelů.²⁹

Uzavírám, že psychiatrická klinika musí zapracovat na tom, aby chorobné projevy pacientů zásadně zvládali zdravotníci, a aby se tak dělo s respektem k zásadě nejmenšího omezení při poskytování psychiatrické péče.³⁰

Opatření:

- 8) **Pracovat na snížení potřeby volat na kliniku pomoc pracovníků ostrahy (průběžně); v reakci na tuto zprávu žádám o sdělení, jaké kroky zařízení podnikne v roce 2020.**

3.10 Neočekávaná úmrtí

Z dokumentace nežádoucích událostí je zjevných několik neočekávaných úmrtí. Šlo o **dvě sebevraždy pacientů** na oddělení 32B (v prosinci 2017 a v září 2018). V obou případech byla o události hned informována Policie ČR, která přebírá odpovědnost za objasnění úmrtí. To je správný postup. Pozůstalí mají právo na objasnění příčiny úmrtí a případné vyvození odpovědnosti konkrétních osob.

V prvním případě protokol o nežádoucí události neuvádí žádný rozbor události a následná opatření na úrovni nemocnice. Nemocnice potvrdila, že jiná dokumentace vnitřního šetření není k dispozici. Přitom podle směrnice *Nežádoucí události* (v nyní platném znění bod 3.6.2 c.) by tento typ události měl být řešen tzv. koordinátorem rizika a vedením pracoviště. Ve druhém případě případ revidoval primář, přičemž se zabýval intenzitou lékařské péče a poskytovaného dohledu. Došel k závěru, že nebylo identifikováno zvýšené riziko sebevraždy, dohled byl nastaven přiměřený a nebyl zanedbán. Případ byl dále

29 V roce 2019 realizovalo Ministerstvo zdravotnictví, ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), vzdělávací program v psychiatrických nemocnicích zaměřený na snížení míry užití omezovacích prostředků. Šlo o pilotní kolo, do něhož se na základě dobrovolnosti zapojilo několik poskytovatelů nebo jejich některých týmů (Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovic, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická nemocnice v Opavě a další), přičemž při závěrečné konferenci uváděli velký pozitivní dopad školení pro žitou klinickou praxi.

Dále velmi inspirující jsou výsledky kvalitativního výzkumu o názorech pacientů, ale i ošetřovatelského a lékařského personálu na realitu používání omezovacích prostředků. Srov. ŘÍČAN, Pavel et al. Omezovací prostředky v psychiatrii. Souhrnná zpráva [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2019 [cit. 20. 3. 2020]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2019/07/15/souhrnna-zprava-k-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-psychiatrii-prvni-mapovani-situace/>.

30 „Osoby s duševní poruchou by měly mít právo na péči v co nejméně omezujícím prostředí a s co nejméně omezující a rušivou léčbou s ohledem na jejich zdravotní potřeby a potřebu chránit bezpečnost ostatních.“ Čl. 8 Doporučení Rec(2004)10 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům ve věci ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou.

Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo mj. na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb [srov. § 28 odst. 3 písm. a) a k) zákona o zdravotních službách].



diskutován na provozní schůzi kliniky. Takový postup v reakci na neočekávané úmrtí je správný – znalost okolností vážných problémů, jež v průběhu poskytování zdravotní péče nastanou, je nezbytná pro to, aby se poskytovatel a personál učil, zajistil do budoucna zlepšení, pokud je možné, a případně předešel podobným situacím v budoucnu.³¹

Opatření:

- 9) Podrobovat neočekávaná úmrtí internímu rozboru s cílem získat maximální poučení, co se týká postupů poskytování péče, i vysvětlení události pro personál i nějak dotčené pacienty (průběžně).**

Třetí neočekávané úmrtí (4. 3. 2018) nastalo na lůžku a týkalo se čtyřicetileté pacientky 1 procházející na klinice intenzivní léčbou (farmakologickou, bez efektu, a elektrokonvulzivní) pro vážné psychotické onemocnění. Policie nebyla informována, patrně proto, že úmrtí se jevilo jako srdeční zástava a záhy provedená patologicko-anatomická pitva to potvrdila. Na druhou stranu v případě vystupují na základě studia dokumentace vážné problémy: pacientka zemřela omezena v pohybu břišním pásem v rámci série omezení různého typu (včetně několikadenní úplné fixace) započatých 7. 2. a schvalovaných lékaři jen ve formě podpisu a razítka na formuláři; omezení trvalo v různé formě řadu dnů, aniž byla stanovena nějaká kompenzace (pohyb, sociální kontakt, aktivity apod.); nebyla předepsána frekvence fyzických kontrol pacientky ošetřovatelským personálem a četnost záznamů o kontrolách byla substandardní; dokumentace naznačuje infekt nejasné etiologie, a přesto pokračovala série EKT; lékařské zápisy nevystihují závažnost situace; EKT bylo zahájeno (26. 2.) bez souhlasu, ale z dokumentace nevyplývá důvod k vitální EKT; průvodní list k pitvě uvádí, že pacientce nebyla tři dny před úmrtím podána žádná psychofarmaka, avšak z dokumentace vyplývá, že 2. 3. byla nasazena Zyprexa; nicméně ordinační list byl některé dny zcela nepřehledný; není jasné, zda před úmrtím (v noci) proběhla večerní vizita lékaře. Pokud je mi známo, tyto problémy nikdo v celku neposuzoval z hlediska možné příčinné souvislosti s úmrtím. Rodina zesnulé nebyla schopna přijmout, že pacientka zemřela, a požadovala kamerové záznamy. Po téměř roce proběhlo jednání s vedením FNOL i představiteli kliniky, neboť rodiče stále měli nejasnosti ohledně okolností péče o jejich dceru a jejího úmrtí a podali stížnost. K případu nebyl dohledán žádný interní rozbor; nicméně minimálně způsob dokumentace použití omezovacího prostředku od té doby doznal změn.

Zdá se jasné, že nemocnice je v takových situacích ve střetu zájmu. Na jednu stranu je v jejím zájmu nechat takový případ neočekávaného úmrtí vzbuzující otázky o náležitosti poskytnuté péče nezávisle posoudit, aby se zabránilo opakování případného pochybení, na druhou stranu vše, co podnikne, může být použito proti ní v občanskoprávním nebo trestním řízení. I v těchto případech by se ale měl uplatnit interní rozbor provedený odborníkem nezapojeným do poskytování péče zesnulému.

31 Srov. rozsudek Velkého senátu Evropského soudu pro lidská práva ve věci Fernandes de Oliveira proti Portugalsku ze dne 31. ledna 2019, č. 78103/14, dohledatelné pomocí eslp.justice.cz, bod 137.



Opatření:

- 10) Provést interní šetření úmrtí pacientky 1 a přijmout opatření k zabránění opakování případných pochybení; žádám o zaslání výsledků spolu s odpovědí ke zprávě (do 2 měsíců).

4. Péče

4.1 Léky ordinované pro fakultativní podání

4.1.1 Standard

Vedle léků předepsaných pro pravidelné podání se na klinice používají také léky předepsané pro fakultativní podání (někdy se označují jako pro re nata), tedy předepsané podmíněně pro podání, pokud nastane nějaká předvídaná skutečnost. S cílem kontrolovat naplnění standardů ochrany práv pacienta se zaměřuji na ty předpisy, jejichž využití podle okolností může představovat omezovací prostředek nebo léčbu bez souhlasu.

Podotýkám, že samotné pro re nata předpisy s právy pacienta nekolidují; **dobrym důvodem tohoto druhu předpisů** léků je snaha vyhnout se v pravidelném podávání dávkám vyšším, než jaké jsou nezbytně nutné, a mít pro náhlé použití okamžitě k dispozici předpis promyšlený lékařem předem v klidu a s ohledem na individualitu pacienta. **Tyto předpisy mají nicméně i rizika.** Zaprvé, pokud se používají nedostatečně určité předpisy, na sestru se přenáší rozhodnutí o farmakoterapii. Pokud nastanou komplikace, nepřítomnost lékaře může být velký problém. Přitom některé léky předepisované pro re nata mají vedlejší účinky a jsou potenciálně nebezpečné. Zadruhé, pokud se sestře nepodaří podání s pacientem vyjednat, pacient odporuje a dojde na uplatnění síly (či její hrozbu), jde u tlumících léků o farmakologické omezení. To je zásah, o kterém má až na situace nebezpečí z prodlení rozhodovat lékař.

Přebírám standard prevence špatného zacházení výboru CPT.³² **Sestry mají volat lékaře, pokud je pacient ve stavu neklidu, který nemohou zvládnout, a ošetřující lékař (nebo sloužící lékař) musí bezodkladně jednat, tedy zhodnotit stav pacienta a případně nařídit další postup. Pouze ve výjimečných případech, kdy lékař není dostupný v rámci minut a situace není jinak zvládnutelná, může sestra podat rychle tišící lék na základě předchozího podmíněného předpisu. I tak se má sestra snažit alespoň telefonem získat schválení lékaře před podáním léku a lékař musí bezodkladně dorazit a sledovat reakci pacienta a řešit případné komplikace.**

4.1.2 Zjištěná praxe

Z dokumentace plyne, že **tyto předpisy se na klinice nečiní plošně**, respektive řada pacientů je nikdy neměla. Pro re nata předpisy také netrvají napořád, nýbrž (po několika dnech či delší době) bývají ukončovány. To je správné, respektive svědčí to o individualizovaném přístupu k pacientům.

32 V podrobnostech odkazuji na kapitolu 20 k) Souhrnné zprávy z roku 2019.



Dle nahlédnuté dokumentace se používají předpisy **s pouze heslovitým vyjádřením podmínky**: „při neklidu, odmítání p. o. medikace“, „neklid“³³, „při agresi“³⁴. Upozorňuji, že to je velmi vágní a na sestru by se v podstatě přenášelo rozhodnutí o farmakoterapii, pokud by podala lék sama.³⁵ Z nahlédnuté dokumentace plyne, že někdy sestry lékaře volají (a někdy přijmou jeho ordinaci po telefonu) a **někdy podávají samy**. Pokud není přítomen v okamžiku podání, **lékař někdy přichází zkontrolovat stav pacienta**, a někdy nikoli.³⁶

Mezi studovanými dokumentacemi bylo několik, kde byly neúplné nebo jinak nesprávné předpisy,³⁷ což je nebezpečné.

Z dokumentace je vesměs jasně patrné, kdy byl lék podán. Co se týká dokumentování okolností, tak byly opět zjištěny případy dobré i nesprávné praxe, přičemž v případech pochybení nejde jen o problém vad zápisu, ale spíše **podání silně tlumících léků bez náležitého odůvodnění a zaznamenání (ne)souhlasu pacienta**.³⁸ Podle vedení kliniky má pacient dostat nabídku a usiluje se o to, aby léky přijal z vlastní vůle a aby personál postupoval subsidiárně – tedy invazivní podání injekcí až naposled. Nicméně s velmi kusými zápisy fakticky vedení nemá kontrolu nad tím, zda personál skutečně postupuje subsidiárně.

Každopádně se zdá, že praxe na klinice se liší podle zvyku jednotlivých pracovníků. To není překvapivé, když **používání předpisů pro re nata neupravuje žádný vnitřní předpis** (standard, postup) nemocnice. Doporučuji to napravit, neboť je zapotřebí dát personálu jasné zadání a také rozhraničit, který pracovník nese za co odpovědnost.

33 Například pacient 3, předpis na 17. 6. 2017.

34 Například pacient 4.

35 Například pacient 5 měl pro fakultativní podání hned tři předpisy: injekci Haloperidolu a injekci Apaurinu „při neklidu, nepřiléhavém chování, agresi“ až třikrát denně; tablety Diazepam „při neklidu, rozvinutí odvykacího stavu“ až třikrát denně; injekci Apaurinu „při nesnášenlivosti diazepamu“. Přitom nebyla stanovena žádná posloupnost.

36 Například pacientka 6 měla ordinováno „Haloperidol amp i. m. + Apaurin amp. i. m. při neklidu, tenzi 1xD“. Podle záznamu podala 30. 7. 2019 v 23:40 hodin léky sestra na základě telefonického schválení lékařem, který v 00:00 hodin připojil potvrzující zápis. To svědčí o tom, že o podání rozhodoval lékař a ten i zkontroloval stav pacientky pro případ komplikací. Značka o podání je u pacientky také 31. 7. v 10:00 hodin a slovní záznam sestry uvádí: „Neklid, nespoupráce, aplikace injekce dle ordinace.“ Nenasleduje však žádný záznam lékaře – o indikaci ani o kontrole stavu. * U pacienta 4 nalezeny záznamy o přivolání lékaře. * U pacienta 7 podána injekce sestrou na základě telefonické ordinace ve 23:00 hodin. Nenasleduje zápis lékaře, tedy lékař provedl kontrolu pacienta až druhého dne v 8:30 hodin.

37 Pacient 5, ordinační list v týdnu od 25. 11. 2019, Diazepam 10 mg tbl předepsán „při neklidu, rozvinutí odvykacího stavu max. 3xD á 24 hod od posledního“.

38 U pacienta 8 bylo podáno 25. 8. 2019 několik dávek injekční neklidové medikace ve velmi krátkém časovém rozestupu (v 18:20, 19:30, 21:00 hodin celkem šest injekcí). V ordinaci není předepsaný časový rozestup mezi jednotlivými dávkami, jen maximum podání 5x denně. Zápis o důvodech a efektu je velmi kusý a velmi málo čitelný. * U pacienta 9 v souvislosti s nástupem 2. 4. 2019 byla ordinace „Tisercin amp im při tenzi neklidu 2xD á 30 minut“ a „Apaurin amp im při tenzi neklidu 2xD á 30 min“ realizována tak, že byly čtyři injekce podány ve 22:00 hodin. Nebyla stanovena žádná posloupnost, u podání není žádný zápis lékaře a sesterský záznam se týká jen efektu.



Opatření:

- 11) Stanovit ve vnitřním předpisu, zavazujícím sestry i lékaře, jasná pravidla používání fakultativní medikace u léků s tlumícím účinkem a zahrnout do nich aspekty: úplnost ordinace lékaře, zásada rozhodování lékařem o podání, pravidla konzultace po telefonu, zaznamenání důvodů podání a efektu, kontrola stavu pacienta lékařem (do 6 měsíců),
- 12) Zajistit, aby změnu stavu pacienta mohl zásadně řešit lékař, ošetřující nebo sloužící (průběžně).

4.2 EKT

Na klinice, konkrétně na oddělení 32A, bývá prováděna elektrokonvulzivní terapie (EKT). Je k tomu vyhrazena zvláštní místnost, kde mají pacienti soukromí.



Obrázek 13: Místnost pro aplikaci EKT.

Pro poskytnutí souhlasu s výkonem jsou připraveny dobré formuláře – zvláště pro anestezii a zvláště pro EKT. Centrálně se vede sešit, ze kterého lze vyčíst datum provádění a počet (snad pacientů).³⁹ Neexistuje tedy evidence, ze které by bylo možné dohledat zdravotnickou dokumentaci dotčených pacientů a cíleně praxi zkontrolovat. **Nemohla jsem proto získat jasný obraz** o tom, zda jsou při této terapeutické metodě, pro část lidí obávané a kontroverzní, dodržovány standardy pro použití bez souhlasu pacienta.⁴⁰ Podle vedení je použití častěji se souhlasem než bez souhlasu – to však ze stejného důvodu nelze doložit. Indikací pro použití bez souhlasu je podle vedení kliniky jednak vitální indikace, a

39 Z toho vyplývá, že v roce 2017 bylo EKT prováděno 109krát, v roce 2018 101krát a za 11 měsíců roku 2019 asi 50krát. Evidence ale není zcela jasná.

40 K tomu blíže kapitola 19 Souhrnné zprávy z roku 2019.



jednak výhodnost postupu pro pacienta. Upozorňuji, že doporučené postupy psychiatrické péče použití EKT bez souhlasu stanoví pouze pro situace vitální indikace.⁴¹

Opatření:

- 13) Používat EKT bez souhlasu pouze z vitální indikace (průběžně).**
- 14) Vést a pravidelně vyhodnocovat evidenci o EKT zákrocích s cílem ověřovat naplňování právních standardů v případech, kdy lékaři postupovali bez souhlasu pacienta (průběžně).**

4.3 Aktivita

Na oddělení 32A není nastaven program aktivit – pouze někteří pacienti jsou občas doprovázeni na aktivity ergoterapie (odehrává se mimo prostor oddělení), někdy na oddělení dochází rehabilitační pracovníce a někdy je zorganizována vycházka s dohledem pracovníka. Jinak ke **smysluplnému trávení času** musí postačit několik volně dostupných knih a společenských her a televize. Z oddělení 32B se aktivity ergoterapie týkaly v den návštěvy zhruba poloviny pacientů (rozpis, kdo půjde, se vypracovává pro každý den, přičemž rozpisy se na konci dne údajně zničí). Aktivity přímo na oddělení nebyly dle sdělení pacientů běžné. Výše popsaný chudý program se týká pacientů bez povolení opouštět oddělení, tedy hlavně těch na detoxu.

Chudý program není tak tíživý, pokud pobyt na oddělení trvá krátce, nebo pacient není aktivit vůbec schopen. Nicméně přizpůsobená aktivizace je možná a přínosná i v případě léčby vážných duševních poruch. Co se týká pacientů trpících demencí, ani ti by neměli být ponecháni o samotě v ložnici (jak bylo v jednom případě pozorováno v průběhu návštěvy), ale podporováni v prožívání běžných denních úkonů a aktivit k trávení času.

Opatření:

- 15) Organizovat smysluplné trávení volného času i na oddělení 32A a pro pacienty, kteří nemohou opustit oddělení 32B (průběžně).**

4.4 Přístup na vzduch

Přístup na vzduch není pro část pacientů obou oddělení zajištěn – jde o pacienty v režimu bez vycházek (mimo jiné pacienti vykonávající detoxikaci a ti v režimu detence). Krátká průměrná ošetrovací doba snižuje tíživost dopadů, nicméně někteří pacienti jsou v režimu bez přístupu na vzduch 2 až 3 týdny.

To je daleko za ideálním standardem, podle kterého je přístup na vzduch omezený (kromě zdravotní kontraindikace) jen účastí na ordinovaných procedurách a aktivitách.⁴² Do doby,

41 „Pouze v případech, kdy jde o vážné stavy duševní poruchy a nemocný není schopen rozhodnutí (např. letální katatonie, těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky, suicidální nebo potravu odmítající pacient) a EKT je aplikováno z vitální indikace, je možné aplikovat EKT bez souhlasu nemocného za dodržení platného právního rámce pro takové situace.“ ANDERS, Martin. Biologická léčba – elektrokonvulzivní léčba. In: RABOCH, Jiří, et al., ed. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV., 2014, s. 185–190. ISBN 978-80-260-5792-5, s. 187.

42 Srov. Souhrnná zpráva z roku 2019, kde je od str. 72 standard a jeho původ vysvětlen.



než tento standard bude zajištěn, by poskytovatelé měli usilovat alespoň o částečný výsledek. Tedy na podkladě individuálního přístupu a ve spolupráci s příbuznými pacientů bez vycházek zajišťovat pobyt na vzduchu třeba ne denně, ale alespoň v nějaké garantované míře. Poskytování doprovodu pro pobyt na vzduchu by mělo být součástí zadání pro personál a četnost uplatnění pak výsledkem rozhodnutí pracovníka odpovědného za průběh směny. Nadějí na změnu k lepšímu je na klinice záměr zřídit zabezpečený venkovní prostor – tuto myšlenku vítám, neboť jsou známy příklady kultivovaného řešení, a není třeba se a priori obávat stigmatizace.

Opatření:

16) Usilovat o zajištění denního přístupu na vzduch pro všechny pacienty (průběžně).

Dodávám, že z rozhovoru s personálem vyplynulo, že někteří pacienti podepisují dobrovolný vstup, aby se mohli dostat ven (jinak nedosáhnou na režim s vycházkami).⁴³ Právní status pacienta by však neměl mít vliv na jeho možnost pobývat na vzduchu; určující má být zdravotní stav, respektive relevantní rizika. **Žádám o vyjádření k tomuto zjištění a apeluji na vedení kliniky, aby nedopustilo praxi, kdy pacient musí vyměnit právní záruku zákonnosti své hospitalizace za pobyt na vzduchu.**

4.5 Dokumentace

Zápisy prováděné rukou jsou často nečitelné.⁴⁴ Průběžné záznamy o stavu pacienta a poskytované péči se vedou odděleně pro lékařskou a ošetrovatelskou péči, takže například pro zjištění stavu pacienta v omezení je nezbytné studovat tři různé sady záznamů. To ztěžuje přehlednost. Průběžné ošetrovatelské záznamy se sestry snaží vměstnat do limitovaného prostoru pole v tabulce; mělo by být zavedeno přidávání volných listů, tak by záznamy byly přehledné. Téma omezovacích prostředků je níže rozpracováno do detailu. Na tomto místě jen předznamenávám, že není možné, aby lékařské záznamy ignorovaly skutečnost, že pacient je v omezení. **Doporučuji tyto podněty použít a provádět interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace.**

4.6 Respektování soukromí pacienta

Jsou vytvořeny podmínky pro zjištění a respektování přání pacienta, aby do jeho zdravotnické dokumentace neměli přístup studenti. Vizity probíhají převážně v soukromí a pacienti mají možnost požádat o rozhovor s lékařem, který se pak odehrává v soukromí.

Na oddělení 32A se ošetrovatelské procedury spojené s příjmem nového pacienta uskutečňují na pokoji (v noci případně v jídelně, pokud by jinak byl spolubydlící rušen ve spánku). Bylo by lépe, aby procedura probíhala v jiném prostoru (vyšetřovna, pracovna sester), tak aby docházelo k související výměně důvěrných informací v klidu a v soukromí.

43 Vyjádření sestry: „Oni to většinou podepíší, když už chtějí jít ven.“

44 Například lékařské zápisy u pacienta 4 ze dne 17. 7. 2019 nebo pacienta 10 ze dne 26. 6. 2019.



5. Používání omezovacích prostředků

Na klinice se používají všechny typy omezovacích prostředků uvedené v § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách (v roce 2019 jedenkrát také ochranný kabátek). K použití primárně dochází na oddělení 32A, na oddělení 32B jen zřídka (11 pacientů v roce 2018, 8 pacientů v roce 2019; šlo převážně o použití síťového lůžka, většinou u gerontopsychiatrických pacientů; dále byly v jednotkách případů použity kurty), neboť prioritou je přeložit pacienta se zhoršením stavu na oddělení 32A. V roce 2019 zažilo omezení 180 pacientů, což je zhruba pětina přijatých.⁴⁵

5.1 Standard

Vedle naplnění základního účelu, kterým je odvrácení vážného nebezpečí, mají omezovací prostředky často nežádoucí účinky (způsobení bolesti, zranění, ponížení, narušení terapeutického vztahu, dokonce hrozí i náhlá úmrtí). Proto je jejich používání podrobena přísným pravidlům (včetně náročnějšího povolovacího procesu, dokumentování a rozboru případu s pacientem).⁴⁶

Aby v realitě poskytování péče skutečně platilo, že omezení je až krajní opatření, a personální, materiální a organizační podmínky na daném pracovišti je naopak nevynucují, měl by poskytovatel používání omezovacích prostředků centrálně sledovat a usilovat o jeho minimalizaci. Nesmí se připustit použití jako výchovné opatření nebo jako kompenzace nedostatku ošetřujícího personálu a nevhodnosti prostředí poskytování péče. Součástí tématu tak jsou také mírnější alternativy k odvrácení hrozícího nebezpečí, opatření ke snížení nezbytnosti používat omezení a systematické úsilí nemocnice o naplňování zásady co nejmenšího omezení.⁴⁷

5.2 Dokumentace

Část záznamů o použití omezovacích prostředků je v nemocničním informačním systému a část se tiskne a je založena do zdravotnické dokumentace, nebo se nachází v dekurzech. *Záznam o použití omezovacích prostředků u pacienta* je připraven jako tabulka s kolonkami pro vyplnění – patrně ve snaze vést zdravotníky k úplnosti záznamu.

Pracovníci Kanceláře studovali zdravotnickou dokumentaci řady pacientů, a následné závěry tak co nejvíce ukotvují k jednotlivým případům. Musím ale předznamenat, že **záznamy mají jen omezenou vypovídací hodnotu**. Především v dokumentaci opakovaně chyběl popis stavu nemocného, který bezprostředně předcházel omezení, a konkrétní popis toho, jak pacient ohrožoval sebe či okolí, popřípadě popis, jaké jiné prostředky byly použity a proč bylo nezbytné přistoupit k omezení. Formulář *Záznamu* je připraven tak, aby důvod trvání omezení posoudil lékař dvakrát denně, přičemž zde není prostor pro slovní

45 Primář odhadoval 1 200 příjmů za rok, přičemž asi 200 případů na oddělení 32C.

46 Vycházím z § 39 zákona o zdravotních službách, metodického doporučení ministerstva a doporučených postupů psychiatrické péče. Dále vycházím ze Standardu CPT z roku 2017.

47 Jde o jednu z obecných zásad péče o osoby s duševní poruchou, viz článek 8 Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10, na ochranu lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou.



vyjádření důvodů. Prostor pro slovní vyjádření není ani u toho, proč bylo omezení nezbytné – jsou připraveny možnosti „neklid, desorientace, agrese, jiný“. Některé části formuláře pak byly v nahlédnuté dokumentaci často nepoužité (tabulka k uvolňování). Naopak prostor pro slovní záznam o stavu při kontrole sestry většinou vyplňovaly řádně.

Výběr vhodných dokumentačních pomůcek je jistě na nemocnici, ale **zdá se, že formulář zde respektování zákona příliš nepomáhá**. Každopádně **časté nedostatky v dokumentování**⁴⁸ nasvědčují, že je zapotřebí se zaměřit na důslednost zaznamenávání důvodu trvání omezovacího prostředku, začátku a konce a výskytu komplikací. Dále je zapotřebí jak u sester, tak u lékařů **zlepšit výstižnost záznamů**, především opět nezbytnosti omezení. Nicméně u záznamů z roku 2019 bylo patrné zvýšení úrovně oproti záznamům starším.

Není stanoven interval pro zápis o stavu pacienta v omezení. Ještě v roce 2018 se akceptovaly dva sesterské záznamy o stavu pacienta v průběhu omezení za den. V roce 2019 jsou zjevně četnější, někdy každou hodinu, ale například u pacienta 7, fixovaného dne 26. 7. 2019, jsou sesterské zápisy v *Záznamu* i jen v 10:00 hodin a potom v 18:30 hodin. Možná, že šlo o zadání činit záznam při změně stavu, nicméně jde o interval příliš dlouhý.

Opatření:

- 17) V rámci vzdělávání personálu a interní kontroly se zaměřovat na kompletnost a výstižnost záznamů o použití omezovacích prostředků (průběžně).**

5.3 Rozhodování o použití a trvání omezení

Zákon stanoví, že použití omezovacího prostředku má zásadně indikovat lékař a jen výjimečně, při nebezpečí z prodlení, jiný zdravotnický pracovník.⁴⁹ Podle primáře rozhodují o omezení primárně lékaři; toto pravidlo je zachyceno ve směrnici a svědčily tomu i rozhovory s personálem. Nicméně studiem dokumentace bylo zjištěno, že tomu tak často není, anebo rozhodnutí není řádně dokumentováno.

Rozhodnutí lékaře o použití omezovacího prostředku je běžně manifestováno pouze vyplněním kolonek formulářového *Záznamu o použití omezovacích prostředků u pacienta*, tedy **lékař nezaznamenává žádný autentický slovní komentář**, kterým by zachytil důvody

48 U **pacienta 3** záznamy nesvědčí o tom, kdy byla ukončena ta která forma omezení; u **pacientky 11**, která byla uzavřena v izolační místnosti 28. 2. 2019 od 8.30 hodin, není jasné, kdy omezení skončilo (záznam sestry v 12:00 hodin udává, že „pospává, snědla oběd, izolační místnost uzavřená“, a záznam v 17:00 hodin udává, že „klidná, spolupracuje, izolační místnost otevřená“); u **pacientky 1** je nejasná délka trvání fixace; ze záznamu o omezení **pacienta 12** v izolační místnosti vlastně není ani jasné, zda byly dveře místnosti zamčeny; **pacientka 13** byla ve dnech 31. 3. 2019 a 1. 4. 2019 fixována, ale ze záznamů není zřejmé, kdy přesně fixace trvala; **pacient 14** byl po nějaký čas v síťovém lůžku – dne 19. 7. 2019 jsou o tom záznamy pouze v dekurzu, od 21. 7. 2019 je založen Záznam o použití omezovacího prostředku, ale není jasné, jak dlouho byl ve skutečnosti pacient omezen.

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



a nezbytnost použití omezovacího prostředku u daného člověka, jen používá předpřipravená hesla „neklid“, „agrese“, „desorientace“.⁵⁰ Působí to velmi formálně.

To se týká i trvání omezení. Lékaři pouze podepisují kolonku u potvrzení ordinace co 12 hodin a **nezdůvodňují, proč je trvání omezení nezbytné**. Na jeden *Záznam* se běžně zaznamená více dnů omezování nebo se pro další dny vytisknou nové formuláře s odvoláním na časový okamžik první ordinace – stále trvá jedno omezení, které lékař jen podpisem prodlužuje. Tyto podpisy ani nejsou ukotveny ke konkrétnímu okamžiku (nevíme, v kolik hodin lékař pacienta viděl a posuzoval nezbytnost omezení). Problém nicméně není jen ve formuláři – ani záznamy z lékařských vizit běžně nejsou dostatečné v aspektu nezbytnosti trvání omezení a některé vůbec nekomentují právě trvajících omezení.⁵¹

Některé případy jasně dokumentují, že **jedním rozhodnutím lékaře počalo několikadenní období, kdy bylo na uvážení sester**, k jakému stupni omezení se uchýlí.⁵² To uvedenému zákonnému pravidlu nevyhovuje. Přitom omezení se na formuláři někdy ukončuje až

50 Například takto síťové lůžko povoleno u pacientů 15, 6, 10; izolační pokoj povolen u pacientů 4 a 12; kurty povoleny u pacientů 8, 9, 7, 11. U pacienta 14 lékař v ranní vizitě ordinuje lakonicky „síťové lůžko“.

51 **Pacientka 6** – „síťové lůžko trvá“ jako vyjádření k důvodnosti možného opětovného použití síťového lůžka. **Pacient 10** – v průběhu dne omezován v síťovém lůžku a lékařské zápisy to vůbec nekomentují; nebo lékaři píšou o tom, že pacient je klidný, když tou dobou podle zápisu sester pokračovalo kurtování horních končetin pro zabránění vytahování katétru. **Pacient 3** – některé záznamy z lékařských vizit vůbec nekomentují právě trvajících omezení kurty nebo v izolační místnosti a jiné neobsahují dostatečně popsaný důvod nezbytnosti [„nyní bez agresivních projevů, je však velké riziko agrese (...) akutní pokoj, kurtace...“, ranní vizita 18. 6. 2019; „klidně spí, klidný, pro *nesrozumitelné* neklidu a agrese na izolačním pokoji“, večerní vizita 19. 6.]. **Pacient 4** byl v omezení od 17. 7. 2019, 15:40 hodin do 22. 7. 2019. V průběhu toho času byl v režimu uzavřeného akutního pokoje, poté kurtován celkově, od 19. 7. 2019 jen jedna končetina a břišní pás, někdy uvolněn a pouze držěn v pokoji, někdy omezení pásem znovu obnoveno. Chybí lékařské záznamy o trvání důvodu pro omezení: záznamy z vizit bez zmínky o omezení 18. 7. 2019 ráno, odpoledne („klidný“), 19. 7. 2019 ráno, 20. 7. 2019 („klidný“), 21. 7. 2019 celý den. Při vizitě 19. 7. 2019 večer lékař píše, že nutno pacienta stále držet na izolačním pokoji, ale neuvádí důvod (t. č. klidný). **Pacient 2** byl zamykán v akutním pokoji od 1. do 4. 2. 2019 bez zaznamenání řádného důvodu a lékaři v zápisech z vizit omezení nezmiňují. V průběhu sedmidenního kurtování **pacienta 7** jsou období, kdy omezení není komentováno lékařem jinak, než razítkem na formuláři. Pokud je situace lékařem komentována, tak bez podrobností jen stylem „omezení trvá“, „nadále nutné“. **Pacientka 11** – záznam lékaře „iz. místnost, 2 lidí“ má odůvodňovat uzavření akutního pokoje na noc (28. 2. 2019).

52 Příklady, kdy fakticky omezování řídí sestry: U **pacienta 3** to byla v průběhu čtyř dnů celková fixace, fixace dvou končetin do kříže, fixace břišním pásem a zamčené dveře pokoje, střídané i s celkovým uvolněním. **Pacient 14** byl pro zhoršení stavu při demenci s poruchami chování hospitalizován 15 dnů a v jejich průběhu byl prakticky denně omezován ve formě uzamčení v akutním pokoji, anebo umístěním do uzavřeného síťového lůžka. Praxe sester je patrná ze záznamů na speciálním formuláři – reagovaly na aktuální dezorientaci. Když použily uzavřené síťové lůžko, nenalezneme v dokumentaci slovní zápis lékaře o nezbytnosti tohoto omezení. Je zjevně ponecháno na sestřích, kdy nechají dveře akutního pokoje nebo síťové lůžko otevřeno. Mnohadenní praxe průběžného uvolňování z pokoje, resp. zavírání na noc a případné použití síťového lůžka se dokumentuje jako jedno omezení a schválení lékaři provádějí pouze připojením podpisu. U **pacienta 7** sestry v průběhu sedmi dnů postupně omezení mírnily a zase stupňovaly, a to samostatně, bez zadání lékaře (29. 7. 2019 ráno lékař zapisuje „dále omezovací prostředky podle stavu“, 31. 7. 2019 sice lékař v záznamu z večerní vizity zaznamenává „akutní pokoj jen ke zvýšené observaci, nyní bez nutnosti mechanického omezení“, ale podle Záznamu o použití omezovacích prostředků je pacient nadále kurtován za jednu ruku a břišním pásem, a to i po celou noc.) U **pacienta 15** byl záznam pro použití síťového lůžka založen dopředu a sestry omezení uplatnily, až uznaly za vhodné. Dále lze odkázat na dokumentaci pacienta 10, 2, 13 a 16.



po mnoha hodinách po posledním omezení,⁵³ a po tu dobu vlastně trvalo ono „zmocnění“ pro sestry. Ani v záznamech pak často nenalezneme informaci, proč je nezbytné zahájení nebo trvání toho kterého stupně omezení.⁵⁴

Četnost lékařských vizit u pacienta v omezení není stanovena a z dokumentace vyplynulo, že se uplatňuje obecný standard na odděleních 32A a 32B, kterým je vizita dvakrát denně. U kurtování **neodpovídá posouzení lékařem co 12 hodin metodickému doporučení ministerstva** (dle čl. 1 odst. 10 se doporučuje, aby lékař opětovně posoudil důvodnost trvání použití omezovacího prostředku po 3 hodinách) a ani není přiměřený tomu, o jak intenzivní zásah do integrity člověka jde.

Opatření:

- 18) Zahajovat omezení zásadně [tedy až na výjimky] na základě rozhodnutí lékaře (průběžně).**
- 19) Dokumentovat výstižně nezbytnost uplatnění a trvání omezovacího prostředku, tedy popsat stav pacienta a důvod neúčinnosti mírnějších postupů nebo postupů vedoucích k uvolnění (průběžně).**
- 20) Provádět lékařskou vizitu u pacienta v omezení ochrannými pásy [kurty] každé 3 hodiny a provádět z ní slovní zápis (průběžně).**

5.4 Nezbytnost omezení a jeho trvání

Zákon použití omezovacích prostředků připouští pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.⁵⁵ Dále zákon předepisuje princip subsidiarity; omezovací prostředek lze použít poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení daného účelu; toto musí být dokumentováno.⁵⁶

53 U pacientky 6 zhruba po dni (síťové lůžko), u pacienta 7 po dvou dnech (naposledy použity kurty), zpoždění rovněž u pacient 3 (kurty a izolační pokoj).

54 U **pacienta 3** lze ze slovních záznamů sester zhruba průběh omezení dovodit, ale nezachycují trvání zákonných důvodů pro omezení (např. 20. 6. 2019 v 6:30 hodin „Spal celou noc, imobilizační pokoj uzavřený.“). U **pacienta 4** jsou záznamy sester sice popisné a svědčí o průběžných změnách, nicméně zároveň obsahují informace zpochybňující oprávněnost omezení (21. 7. 2019 „klidný, ponechán břišní pás, izolační pokoj pro riziko nepředvídatelného chování“). V průběhu sedmidenního kurtování **pacienta 7** je těžké seznat ze záznamů rozdíl stavu pacienta v čase, kdy byl fixován a kdy už ne – stav je v obou případech hodnocen jako možnost nepřiléhavého chování, agrese. **Pacient 8** byl přijat 25. 8. 2019 ke zvládnutí odvykacího stavu. Při nástupu nespoupracoval, křičel, na kliniku byla přivolána ostraha. Na oddělení 32B byl pacient hned kompletně fixován – přičemž k tomu není žádný slovní zápis lékaře a sesterský zápis „pro neklid, napětí, nespoupráci“ nevystihuje závažnost situace. **Pacient 9**. U uzavření **pacientky 11** v akutním pokoji 28. 2. 2019 od 8:30 hodin záznam sestry z 12:00 hodin udává, že „pospává, snědla oběd, izolační místnost uzavřená“. U **pacientky 13** záznamy typu „posedává na zemi nebo polehává na posteli, podané jídlo sní, izolační místnost uzavřená“ nebo „podanou večeři nejedla, místnost uzavřená“.

55 Viz § 39 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.

56 Viz § 39 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách a § 1 odst. 2 písm. d) bod 1 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.



Směrnice nemocnice a formulář *Záznamu* tuto zásadu i pravidla náležitě odrážejí, stejně jako požadavek přiměřenosti. Co uvádím v kapitole 5.3 a dále 5.8 však nastoluje závažnou **pochybnost o respektování zákonných důvodů pro použití omezovacího prostředku** na klinice, respektive o podmínkách pro to, aby zákon mohl být naplňován.

- Z některých kazuistik jasně plyne, že držení v uzavřené akutní ložnici slouží sestřám jako nástroj k usnadnění či zajištění dohledu (ke „zvýšené observaci“⁵⁷). V kapitole 3.3.2 se již zamýšlím nad tím, zda nelze podmínky pro zajištění dohledu zlepšit.
- Ukončování omezení je běžně v kompetenci sester. Je otázkou, zda je na odděleních reálná podpora a přítomnost lékařů.
- Záznamy nesvědčí o pokusech o mírnější alternativy. Ve formulářích se sice zaškrťává možnost „slovní intervence“ nebo „úprava prostředí“, ale na studovaných kazuistikách to nebylo patrné. Je otázkou, jaké možnosti jsou například na oddělení 32A rozvinuty.
- V záznamech nežádoucích událostí pořízených ostrahou je opakovaně zaznamenáváno, že byli voláni na oddělení 32A k nespolupracujícímu pacientovi, přičemž když se na oddělení dostavili, pacient začal spolupracovat, nicméně stejně následovalo použití omezovacího prostředku.⁵⁸ Pokud pacient začne spolupracovat, je dobré snažit se o dohodu. Je otázkou, zda by omezení bylo nutné, pokud by ostraha mohla zůstat, respektive pokud by byl personál oddělení početnější.
- O potřebě posílit personál svědčí patrně i četné případy, kdy dokumentace popisuje použití omezovacích prostředků jako prevence.
- Stejně otázky vzbuzuje to, že z dokumentace i z rozhovorů plyne, že pacient je ponecháván v omezení, i pokud je klidný a třeba spí, a to jako prevence pro případ dalšího neklidu.⁵⁹

Je zde jasná potřeba pracovat na snížení potřeby používat omezení uzpůsobením podmínek pro poskytování péče na oddělení 32A včetně například možnosti využívat tlumočnicka po telefonu (cizinci jsou hospitalizováni běžně a byli i mezi studovanými kazuistikami omezení). Praxe omezování by se měla v nejbližší možné době revidovat. Ale i v jednotlivých případech je zapotřebí snížit útrapy pacientů spojené s omezením – stanovit a provádět kompenzaci při dlouhotrvajícím odloučení od ostatních pacientů (pohyb, sociální kontakt, aktivity apod.), neponechávat fixovaného pacienta „opuštěného“ v akutním pokoji, při prodlužujícím se omezení stanovovat plán intervencí, jež by mohly vést z omezení, například umožnit alespoň po nějaký čas individuální péči 1:1. Jednotlivé případy by měly být předmětem diskuse týmu na ranní poradě a velké vizitě.

57 Pacientka 13 byla od 1. 4. 2019 s uvolněními pravidelně uzavírána v pokoji a bylo to dokumentováno jako omezovací prostředek. Povahu omezení vystihuje záznam lékaře z večerní vizity 4. 4. „klidná, bez agrese, akutní pokoj ke zvýšené observaci“.

58 Například NÚ 2018/012: „Po příchodu ostraha na PSY, pacient spolupracuje s personálem. Ostraha provedla asistenci při podání uklidňujících léků a při následném připoutání pacienta k lůžku.“

59 Srov. dokumentace omezení např. u pacienta 3, pacienta 4, pacientky 11.



V pozitivním duchu mohu uvést, že co se týká omezení kurty, praxe sester je taková, že se pokoušejí postupně uvolňovat končetiny, a testovat tím možnost pacienta uvolnit, anebo mu alespoň ulevit.

Opatření:

- 21) K zamčení pacienta v místnosti se uchýlovat pouze v situacích, kdy představuje bezprostřední ohrožení pro sebe nebo okolí; v ostatních situacích, pokud je to nezbytné s ohledem na zajištění léčby, léčebného režimu a také chodu oddělení a respektování práv ostatních pacientů, pacienta pouze oddělit a využívat odpovídající úroveň dohledu a individuálně upravený režim s jasným stanovením míry pobytu ve společné části oddělení, účasti na terapeutických aktivitách, pobytu na vzduchu a kouření (průběžně).**
- 22) Netolerovat používání omezovacích prostředků bez trvání řádného důvodu (průběžně).**
- 23) Soustavně sledovat situaci na oddělení 32A, rozebírat případy omezení trvajících nad několik hodin a hledat možnost úprav v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče, aby byla četnost a délka trvání omezovacího prostředku snížena; žádám o sdělení plánu, jak toto doporučení a související poznámky v kapitole 5.4 implementovat (s vyjádřením ke zprávě).**

5.5 Příklady vážného pochybení

U opakovaného nebo vícehodinového použití omezení bez náležitého důvodu lze hovořit o nelidském a ponižujícím zacházení.⁶⁰ Přitom neuvedení důvodu v dokumentaci, tím spíše zdokumentování klidného chování pacienta při trvání omezení, jde k tíži nemocnice. Toto jsou příklady případů, kdy ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci vzniká silné podezření, že ke špatnému zacházení došlo.

U **pacienta 3** byly kurty druhého dne omezení (18. 6. 2019) ponechány zjevně z preventivních důvodů a později zamčené dveře akutního pokoje nemají oporu v zákonných důvodech.

Pacient 4 byl cizinec omezovaný od 17. do 22. 7. 2019. Slovní záznamy později svědčí proti důvodnosti omezení. Omezení bylo ukončeno jen s tím, že pacienta přišla vyslechnout policie ve věci dopravní nehody a pak byl přeložen na jiné oddělení, kde omezení nebylo zahájeno. Toho dne je v dokumentaci záznam o tom, že pacient rozumí anglicky, když do té doby záznamy vypovídaly o jazykové bariéře.

Pacient 2 byl po nástupu hospitalizace ke zvládnutí odvykacího stavu dne 1. 2. 2019 umístěn „zatím na akutní pokoj ke zvýšené observaci“ (zápis lékaře). Pacient byl zamčen, byť deklaroval motivaci k léčbě (podepsal dobrovolný vstup). Zamčen byl s přestávkami do 4. 2. 2019 ráno a v průběhu rovněž nebyl zaznamenán řádný důvod pro omezení.

⁶⁰ Srov. rozsudky Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice a M. S. proti Chorvatsku (č. 2), cit. výše.



Omezení bylo formálně ukončeno 4. 2. 2019 s tím, že ve 23:00 hodin byl pacient přeložen z akutního pokoje (snad byl potřeba pro jiného pacienta?). S ohledem na to, že lékaři v zápisech z vizit omezení nezmiňují, je zřejmé, že sloužilo sestřím jako nástroj k držení pacienta v ložnici k usnadnění dohledu.

Pacient 7 byl v omezení od přijetí, jež bylo provázeno značným odporem a agresí a vyžádalo si pomoc ostraha. Omezení trvalo fakticky od 25. 7. do 1. 8. 2019. V průběhu je dokumentace nezbytnosti omezení nedostatečná, dokonce si protiřečily záznamy lékaře a sester. Pacient šest a půl dne pouze ležel na zádech, aniž by byla zvažována nějaká kompenzace.

Pacient 8 byl přijat 25. 8. 2019 ke zvládnutí odvykacího stavu. Při nástupu nespolupracoval, křičel, na kliniku byla přivolána ostraha. Na oddělení 32B byl pacient hned kompletně fixován – přičemž k tomu není žádný slovní zápis lékaře a sesterský zápis „pro neklid, napětí, nespolupráci“ nevystihuje závažnost situace. Když po několika dávkách injekčních léků pacient usnul, byl ponechán kompletně fixovaný pro „napětí, dezorientaci a nepředvídatelné chování“. Pacient dle záznamů nebyl agresivní. Druhého dne byl v 11:00 hodin přeložen na oddělení 32A, kde byl dle sesterského záznamu „při přijetí klidný“, a přesto omezen břišním pásem až do dalšího dne do 6:30 hodin, bez jediného záznamu zdůvodňujícího nezbytnost omezení. Následoval rovnou volný pohyb a propuštění k rodině. Ačkoli od počátku záznamy vypovídají o velmi obtížné domluvě kvůli jazykové bariéře, nikde v dokumentaci nenalezena informace o využití tlumočnicka (po telefonu), aby byl pacientovi vysvětlen pobyt a podávané léky.

Pacient 9 byl přijat 2. 4. 2019 pro nepřiléhavé chování a paranoiditu. Při přijetí byl tenzní a obtížně spolupracoval a podstatné také je, že byl velké postavy. Žádné záznamy nevypovídaly o aktuální agresivitě nebo agresivitě v anamnéze. Hned po přijetí na oddělení byla volána ostraha ke kurtování „pacienta, u kterého hrozilo nepředvídatelné chování a neklid. Na pohled tenzní“ (sesterský záznam). Kurtování trvalo do rána druhého dne, ačkoli po medikaci pacient pospával. Od rána 3. 4. 2019 byl pacient už pouze v zavřené místnosti (žádný záznam sester odůvodňující toto opatření), 4. 4. 2019 byla místnost již otevřena. Žádný slovní záznam lékaře k nutnosti kurtovat nebo nechávat dveře zavřeny.

Pacientka 11 byla v průběhu hospitalizace několikrát omezována z preventivních důvodů, bez zaznamenání, proč bylo omezení nezbytné a nestačilo by mírnější opatření (kamery, dohled, nabídnutí aktivity). **Dne 28. 2. 2019** byla umístěna do uzavřeného pokoje, když se sebezpoškodila pořežáním vrškem od pití na zápěstí – v reakci na to byly z pokynu lékařky podány injekční léky, ale odůvodnění nezbytnosti uzamčení není žádné. Uzavření místnosti toho dne na noc bylo lékařem povoleno slovy „iz. místnost, 2 lidi“. **Dne 4. 3. 2019** se pacientka sebezpoškodila kousáním do zápěstí, a tak byly v 19:30 hodin uplatněny kurty na ruku i nohu a omezení trvalo dvě hodiny. Opět není jasné, proč nestačil mírnější postup (dohled, nabídka aktivity či léků) ani proč nestačilo jen fixovat ruce. Ačkoli omezení bylo po dvou hodinách sestrami ukončeno, *Záznam o použití omezovacího prostředku* zůstal v platnosti a vyplňovaný až do 6. 3. 2019 do rána. Omezení nemělo žádnou slovní indikaci lékaře, pouze razítko a podpis na formuláři, a lékař nevyplnil pole s frekvencí kontrol. **Dne 6. 3. 2019** byla pacientka kurtována (všechny končetiny) za situace, kdy „telefonicky udává suicidální myšlenky, informuje výchovnou poradkyni, že si teď něco



udělá, sama udává, že se chce pokusit o suicidium“ (záznam sestry v 18:30 hodin). Není jasné, proč bylo nezbytné kurtování a nestačil mírnější prostředek. Přitom lékař v 18:30 hodin pouze zapisuje, že „pro tenzi, nespokojenosti, výhrůžky automutilační, ... charakteru pacientky umístěna do akutního pokoje“ a neurčuje frekvenci kontrol. Kurtování trvalo až do 7:00 hodin ráno druhého dne. Přičemž záznamy sester večer „po zklidnění pacientka udává, že důvodem jejího jednání je, že nemá kde bydlet“, ve 20:00 hodin „pacientka spí, kurty ponechány, prokrvení dostatečné“, v 1:00 hodin „stav stejný, klidná, kurty ponechány, uvolňovány v pravidelných intervalech, prokrvení dostatečné“, v 6:00 hodin záznam „spí, prokrvení dostatečné, izolační místnost otevřená“. V podstatě není jasné, proč bylo omezení ukončeno právě v 7:00 hodin.

Pacientka 1, s psychotickými projevy a aktuálně farmakorezistentní, měla „vystavený“ Záznam o použití omezovacího prostředku kontinuálně od 7. 2. do 4. 3. 2018. V průběhu té doby sestry používaly úplnou a částečnou fixaci nebo jen uzavření akutního pokoje. Formuláře Záznamu (celkem sedm) byly založeny a používány po několik dnů bez jakýchkoli slovních komentářů lékařů; ti jen potvrdili vystavení. Zápisy sester v průběhu omezení byly často pouze dva (pro časové rozmezí 7:00 až 19:00 hodin a 19:00 až 7:00 hodin) a typicky měly podobu „zvýšený dohled pro neadekvátní chování, přes den bez nutnosti kurtace“ (10. 2.) nebo „pro nepřiléhavé chování a neklid nutná imobilizace kurty. Kurty v pravidelných intervalech uvolňovány“ (11. 2.). Několikrát je patrné, že sestra zápis učinila dopředu. Opakovaně nebyl zaznamenán důvod toho kterého omezení, nebo nebyla jasná délka trvání. Na záznamech není předepsána frekvence kontrol. Za dané období pouze čtyři zápisy svědčí o nějaké kompenzaci omezení (umožnění pohybu po oddělení nebo alespoň v rámci akutního pokoje).

5.6 Dohled

Výbor CPT prosazuje jako standard, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod dohledem přítomného pracovníka.⁶¹ Vedle zajištění bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta a zabránění pocitu opuštěnosti. Kamera tento stupeň dohledu nenahrazuje. Národní standard je méně náročný, když požaduje obecně **nepřetržitý dohled**.⁶²

Forma a intenzita dohledu ošetřovatelského personálu není na psychiatrické klinice předpisem stanovena jinak, než že „rozsah dohledu odpovídá závažnosti zdravotního stavu pacienta“ [bod 3.6.11 směrnice *Práva pacientů, soukromí pacient, imobilizace a izolace* kopírující § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách]. Směrnice stanoví,

61 Standard CPT z roku 2017 v bodu 7 uvádí: „Každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod nepřetržitým dohledem. V případě mechanického omezení by v místnosti měl být neustále přítomen kvalifikovaný pracovník, aby udržoval s pacientem terapeutický vztah a poskytoval mu pomoc. Pokud je pacient umístěn do izolace, může se člen personálu nacházet mimo pokoj pacienta (nebo v sousední místnosti se spojovacím oknem) za předpokladu, že pacient může pracovníka dobře vidět a že člen personálu může pacienta neustále sledovat a slyšet. Je zřejmé, že takovou nepřetržitou přítomnost personálu nemůže nahradit dohled prostřednictvím kamery.“

62 Srov. čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva.



že frekvence kontrol musí být stanovena v individuálním záznamu (ve formuláři je pro to okénko). V nahlédnuté dokumentaci byla frekvence stanovena co půl hodiny, co hodinu nebo dvě. Byly však shledány i záznamy bez stanovení frekvence.⁶³ Sestry tyto ordinace plní; podle vyjádření sester provádí fyzickou kontrolu u pacienta v kurtech co 20 minut. Nejde však o nepřetržitý dohled, osobní ani skrze kameru (není zajištěno, aby ji někdo stále sledoval). Klinika tak musí učinit kroky k dosažení alespoň národního standardu.

Negativa nezajištění nepřetržitého dohledu umocňuje to, že pacient v omezení nemá za stávající situace možnost jak **signalizovat**, že potřebuje pomoc personálu například s výkonem tělesné potřeby. Nezbyvá mu tak než hlasitě volat.

Opatření:

- 24) **Usilovat o zajištění nepřetržitého dohledu nad pacienty v omezení, a pokud možno i o stálou přítomnost pečujícího u osoby v omezení; vedle toho ale vždy stanovit i minimální interval fyzické kontroly (průběžně).**
- 25) **Zajistit pacientům v omezení možnost důstojné signalizace k přivolání personálu (do 3 měsíců).**

5.7 Místnost určená k bezpečnému pohybu

Jako omezovací prostředek podle § 39 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách mohou v případě uzavření sloužit dva akutní pokoje na oddělení 32A (jsou nad rámec kapacity oddělení). Jde o prázdnou místnost s předsíňkou, do které je podle aktuální potřeby umístěno vybavení – v době návštěvy lůžko s kurty, mobilní stolek, toaletní křeslo. Dveře mají zevnitř kulatou kliku. Místnost je monitorována kamerami.



Obrázky 14 a 15: Akutní pokoj na oddělení 32A.

V kapitole 3.2 jsem popsala nebezpečné prvky v místnostech i způsob jejich použití. Nezbyvá než upozornit, že podle metodického doporučení ministerstva (čl. 1 odst. 6) je

63 Pacient 2 v izolačním pokoji, pacientka 11 v kurtech.



místnost definována tím, že je v ní zajištěno bezpečí pacienta. U silně neklidných osob tuto funkci akutní pokoje nemohou plnit.

Někdy je pacient uzavřený v místnosti odkázán při konání potřeby na toaletní křeslo, a to je pak používá pod kamerou; to je velmi výrazný zásah do intimity, který nemá obdoby (v psychiatrických nemocnicích je příslušné místo na kameře zabírající izolační místnost zaslepeno). Někdy je pacient vyváděn na normální toaletu. Protože v akutních pokojích nebylo v době návštěvy nainstalováno signalizační zařízení, musel pacient personál přivolávat máváním na kameru. Nebylo předepsáno, že by obraz na monitorech měl někdo nepřetržitě sledovat, takže mohlo dojít k nehodě. Viz opatření č. 25.

Opatření:

- 26) Učinit úpravu na kamerách v akutních pokojích tak, aby bylo zaslepeno místo, kde se případně nachází toaletní křeslo (do 3 měsíců).

5.8 Síťové lůžko

Na klinice se nacházela dvě síťová lůžka. Většinou jsou využívána na oddělení 32A, kde se umísťují (přenášejí) podle potřeby do některé z ložnic nebo akutního pokoje. V době návštěvy bylo jedno používáno v běžné ložnici pro pacientku-seniorku, druhé bylo mimo oddělení.



Obrázky 16 a 17: Síťové lůžko, právě umístěné namísto jedné z postelí v běžné ložnici oddělení 32A.

Lůžka nejsou součástí lůžkové kapacity. Z rozhovoru s personálem oddělení 32A ale vyplynulo, že odhadem jednou či dvakrát za měsíc je na oddělení více než 12 pacientů (kapacita), a to až 16, přičemž obsazena jsou pak i síťová lůžka. Nepřísluší mi hodnotit skutečnost překročení kapacity, ale zásadně **nesouhlasím s použitím síťového lůžka (byť otevřeného) jako běžného lůžka** pro některého z pacientů: ze zásady nezbytnosti uplatňované při použití omezovacích prostředků vyplývá, že pro každého pacienta musí být k dispozici standardní lůžko, tak aby nemusel být v síťovém lůžku déle – ať už omezený v pohybu, nebo v situaci tísně, že kdykoli omezen být může.

Logicky tedy mám výhrady k ustanovení směrnice *Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace* (3.5.7), že „za fyzické omezení se nepovažuje pobyt pacienta



v síťovém lůžku a v místnosti určené k bezpečnému pohybu, pokud nejsou uzavřeny“. Pacient v lůžku skutečně není omezen ve volném pohybu, dokud není uzavřeno. Ale není správné používání otevřených síťových lůžek aprobovat. Upozorňuji, že při rozhovorech s personálem se toto téma objevilo – kdy je síťové lůžko vůbec omezením.

Dotázaní lékaři uváděli smysl síťového lůžka na oddělení 32A v prevenci pádu. **Preventivní použití síťového lůžka** dokládá i zdravotnická dokumentace, kde u použití chybí záznamy o povaze ohrožení, jež by bezprostředně hrozilo. Jako běžná byla také zjištěna praxe, kdy **sestry samy rozhodují**, kdy bude pacient v síťovém lůžku, respektive k jakému stupni omezení se uchýlí – lékař schválí založení *Záznamu o použití omezovacího prostředku* a nadále postup řídí sestry.⁶⁴ V rozhovorech se sestrami vyplynulo, že ne všechny chápou síťové lůžko jako omezení, a není divu, když v něm někdy pobývají pacienti dlouhodobě a i bez uzavírání.⁶⁵

Síťové lůžko má jistě své výhody, především volnost pohybu v rámci daného prostoru. Nevýhodou je, že pacient je závislý na pomoci při provádění potřeby a že lůžka se, snad kvůli nižšímu riziku komplikací, běžně používají po dlouhý čas. Pacient je vystaven opuštěnosti a bezmocnosti a s použitím se pojí stigma „klece“. Známý jsou i případy zranění o síť. **Apeluji na zařízení, aby vyvíjelo aktivitu k omezení nutnosti používat síťové lůžka.** Mají-li být nadále přijímáni gerontopsychiatrickí pacienti, prostředí některého z oddělení by mělo být upraveno pro posílení orientace člověka s demencí a péči o něj (nyní lze ocenit pouze madla pro nácvik chůze). Také jejich režim musí být propracovanější.⁶⁶ Je

64 **Pacient 15** byl přijat pro demenci, na oddělení 32A. Ačkoli byl podle záznamů při přijetí klidný a zmatený, hned byl založen formulář Záznam o použití omezovacích prostředků pro omezení v síťovém lůžku a izolačním pokoji. Sestry do formuláře postupně zaznamenávaly svá pozorování a je zřejmé, že pacient byl ubytovaný v akutní místnosti a až do ulehnutí měl volný pohyb po oddělení. Spal v otevřeném síťovém lůžku a dveře místnosti byly zavřeny. Druhého dne byl přeložen do psychiatrické nemocnice. Ordinance tohoto omezení nemá žádný slovní komentář lékaře (pouze podepsal formulář po vytištění) a v záznamech sester není nic o ohrožujícím chování, pouze záznamy typu „zmatený, chůze po oddělení“. ***Pacientka 6** byla přijata dopoledne 30. 7. 2019 pro pád v domácnosti a zmatenost. Před půlnocí podána medikace pro neklid a zavedeno síťové lůžko. K tomuto omezení není žádný slovní záznam lékaře; sestry uvádějí kromě nespolupráce také slovní a fyzickou agresi proti personálu. Dne 31. 7. 2019 pacientka přes den omezena ve volnosti pohybu nebyla, večer v 19:00 hodin lékařka zapsala „síťové lůžko trvá“, ve 21:00 hodin síťové lůžko uzavřeno podle sester „pro neklid, nespolupráci“. Druhého dne lůžko opět otevřeno a už pak uzavřeno nebylo. Formálně omezení končeno až 2. 8. 2019 ráno. ***Pacient 10**, hospitalizovaný od 26. 6. do 29. 6. 2019, trpěl psychomotorickým neklidem. Do síťového lůžka byl uložen 26. 6. 2019 v 19:00 hodin bez slovního zápisu lékaře, podle sester „z důvodu rizika pádu, zmatenosti“, a následně je měl zavřený především v noci, ale někdy i přes den. Lékařské zápisy to vůbec nekomentují, případně píší o tom, že pacient je klidný (28. 6. 2019 večer), když tou dobou podle zápisu sester pokračovalo kurtování jeho horních končetin pro zabránění vytahování katétru. V zápisech není uveden žádný důvod zavedení permanentního močového katétru, ke kterému došlo po první noci v síťovém lůžku, kde trhal pleny a pomohl se.

65 **Pacientka 16** měla z důvodu zhoršené chůze a držení rovnováhy a ztížené spolupráce přiděleno síťové lůžko jako svou postel od 13. do 21. 2. 2019, přičemž byl veden Záznam o použití omezovacích prostředků, ale lůžko nebylo uzavíráno.

66 U **pacienta 17** je za mnohadenním omezením ve formě uzamčení v akutním pokoji, anebo umístěním do uzavřeného síťového lůžka zjevně úsilí zajistit pacientovi dohled a zamezit jeho obtěžování jiných pacientů v jeho zmatenosti. Proč raději není stanoven plán reakcí na jeho dezorientaci a neklid, nabídnutí režimu dne s možností pobývat v bezpečném prostředí? Každé použití síťového lůžka nebo zamčení dveří by mělo být schváleno lékařem ve světle důvodů přípustných z hlediska zákona. Nicméně nedovozuji, že by byl pacient omezován nadbytečně – to na základě záznamů nelze posoudit a nenavádí tomu ani to, že sestry nepostupovaly rutinně, nýbrž každý den jinak a pacient mívá běžně volno pohybu po oddělení.



rovněž prostor pro zlepšení komplexní prevence pádu, tak aby se nespolehalo jen na síťové lůžko. (Pacienti, kteří jsou při příjmu ve vysokém riziku pádu, dostávají červený identifikační náramek. Nezdá se, že by se v případě pádu přehodnotila škála rizika pádu či byly prováděny konkrétní kroky k prevenci dalšího pádu.)

5.9 Soukromí a bezpečí při omezení

Z diskuse s personálem vyplynulo, že někdy dochází k tomu, že na akutní pokoj jsou uloženi dva pacienti.⁶⁷ Personál při tom dbá, aby nenastalo, že jeden bude znehybněn a potenciálně v ohrožení ze strany druhého, který v omezení není. Z dokumentace plyne, že čas od času je síťové lůžko použito i na oddělení 32B (kde jsou pouze dvoulůžkové ložnice).

Nacházet se v omezení před očima jiného pacienta je ponižující a muset snášet projev člověka, který nekontroluje své nebezpečné chování, zase může být traumatizující. Nemocnice musí vynaložit maximální úsilí, aby tomu zabránila. Nejlépe tím, že zajistí, aby pacient v omezení nesdílel místnost s nikým. Zároveň je velmi nebezpečné zamykat v akutním pokoji dva pacienty.

Opatření:

- 27) Dbát, aby pacient nebyl omezen v přítomnosti jiných pacientů, a nezamykat v akutním pokoji dva pacienty (průběžně).**

5.10 Farmakologické omezení

Směrnice *Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace* zná „medikamenty“ jako možný druh omezení pacienta ve volném pohybu (bod 2.2.12). Pracuje také s termínem „farmakologické prostředky“, přičemž v kapitole 3.5 (Použití omezovacích prostředků u pacienta) nestanoví k vysvětlení nic nad rámec toho, co je uvedeno v § 39 zákona o zdravotních službách. Z rozhovoru s ošetřovatelským i lékařským personálem vyplynulo, že farmakologické omezení není vnímáno jako omezovací prostředek, ale jako prostředek léčebný. Ačkoli léky ke zklidnění jsou používány i v rámci epizod s použitím síly (a někdy u toho asistuje i ostražka), nejsou vykázány jako omezovací prostředek.⁶⁸ V přehledu použití omezovacích prostředků nefiguroval tento typ omezení ani jednou, takže nebylo možné se na něj zaměřit, a studovány byly pouze náhodně zjištěné případy. Co se týká situací, kdy jsou takto podávány léky předem ordinované tzv. pro re nata (kap. 4.1), někdy o tom rozhoduje lékař a někdy pouze sestra.

Jsem si vědoma toho, že definice farmakologického omezovacího prostředku je předmětem debat, přičemž znění zákona⁶⁹ je matoucí a nepomáhá ani metodické doporučení ministerstva. S ohledem na povahu omezovacího prostředku jako institutu

67 Dokládá to i dokumentace pacientky 11 – dvě pacientky byly naráz v akutním pokoji v noci z 28. 2. na 1. 3. 2019 (pacientka „přemístěna na žádost lékaře na druhou izolační místnost ke spolupacientce z kapacitních důvodů“).

68 Přitom v kapitole 3.6 uvedené směrnice (Postup při omezení pacienta ve volném pohybu) je uvedeno, že rovněž o užití farmakologických prostředků se zakládá *Záznam o použití omezovacích prostředků pacienta* v nemocničním informačním systému.

69 Ustanovení § 39 odst. 1 písm. f) zákona o zdravotních službách.



silového zásahu vůči pacientovi se přikláním k definici ve standardu CPT z roku 2017, kde farmakologickým omezením je myšleno „podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta“. Podání silou nebo pod hrozbou donucení považuji za jádro, které má poskytovatel jako omezovací prostředek chápat, a to bez ohledu na to, zda je účelem podání rovněž léčba onemocnění.

Opatření:

- 28) Pracovat s farmakologickým omezovacím prostředkem [tj. podání tlumících léků s použitím síly (nebo její hrozbou) za účelem zvládnutí chování pacienta], tedy zajistit jeho používání zásadně z rozhodnutí lékaře a s náležitým dokumentováním včetně centrální evidence (průběžně).**

5.11 Zpětný rozbor

CPT k rozhovoru s pacientem po skončení omezení uvádí: „Jakmile je omezení ukončeno, je nezbytné provést s pacientem pohovor (angl. debriefing). Pro lékaře je pohovor příležitostí, kdy může vysvětlit důvody tohoto opatření, zmírnit tak psychické trauma z tohoto zážitku a obnovit vztah mezi lékařem a pacientem. Pro pacienta je příležitostí k vysvětlení, co zažíval před omezením, což může pomoci jemu i personálu lépe pochopit jeho chování. Pacient a personál se mohou společně pokusit dojít k tomu, jak by se pacient mohl lépe ovládat, a tak se snad vyhnout dalším atakám agresivity a následnému použití omezovacích prostředků.“⁷⁰

Tento druh rozhovoru s pacientem na klinice zaveden není. Směrnice klade důraz na splnění informační povinnosti podle zákona. Pro udržení terapeutického vztahu a prevence traumatu považuji formu doporučenou CPT za nezbytnou.

Opatření:

- 29) Provádět s pacientem ve vhodném čase po ukončení omezení rozhovor s cílem nejen jej informovat, proč bylo z pohledu zdravotníků nezbytné omezovací prostředek použít, ale také vyslechnout jeho pohled a společně hledat alternativní opatření do budoucna (průběžně).**

5.12 Evidence a vnitřní kontrola

Po vzoru CPT dávám velký důraz na vedení centrální evidence omezovacích prostředků, jejíž položky by umožňovaly získat přehled o situaci a provádět účinnou kontrolu u vybraných případech.⁷¹

70 Viz bod 46 v 16. všeobecné zprávě CPT.

71 „Zkušenosti ukazují, že podrobné a přesné záznamy o případech použití omezovacích prostředků mohou vedení nemocnice poskytnout přehled o rozsahu jejich používání a případně umožnit, aby byla přijata opatření ke snížení míry jejich používání. Za tímto účelem by měla být zřízena zvláštní evidence (angl. *specific register*) na zaznamenávání všech případů použití omezovacích prostředků (včetně chemických), a to vedle záznamů obsažených ve zdravotnické dokumentaci pacienta. V záznamu do evidence by měl být uveden čas začátku i konce omezení, okolnosti případu, důvody pro použití omezení, jméno lékaře, který jej nařídil nebo schválil, a výčet případných zranění utrpěných pacientem nebo členy personálu. Pacienti by měli mít právo vkládat do evidence své



Z části záznamů o použití omezovacích prostředků, jež jsou vedeny v nemocničním informačním systému, lze vygenerovat přehled pro konkrétní pracoviště. Přehled ale **není ve stavu, aby se z něj snadno dala získat relevantní data o uplatňované praxi**. Přehled totiž zrcadlí založení formuláře *Záznam o použití omezovacích prostředků*, a je tedy jasný pouze počet těchto situací. Není ale už zřejmé, jak dlouho omezení trvalo, respektive kolik omezení se uskutečnilo v rámci jednoho *Záznamu*.⁷² Domnívám se, že nemocnice by měla změnit stávající praxi a zavést přehled (evidenci), jež by vypovídal o počtu skutečných omezovacích intervencí a o okolnostech, jako je dětský pacient, opakovaně stejný pacient a výskyt zranění.

Ze stávajícího přehledu při porovnání let 2018 a 2019 vyplývá, že **stoupl počet založených formulářů Záznamu**. Počet pacientů, kteří zažili omezení, je celkem stabilní (189 v roce 2018, 180 v roce 2019), ale počet záznamů omezení se výrazně zvýšil (436 v roce 2018, 555 v roce 2019). Je však otázkou, zda v tak hrubé evidenci hledat vůbec nějaký trend.

Jako závažnější se jeví hodnota délky omezení (sečteno pro rok 2019). Z celkových 180 pacientů se zkušeností s omezením **více než polovina zažila omezení trvajícím déle než 1 den** (tj. v evidenci bylo u jejich jména více položek, tedy *Záznamů*, se stejným datem a hodinou) a **třetina zažila omezení trvajícím déle než 2 dny**. U celkem 13 % lidí trvalo omezení 5 a více dnů (až 14). To neznamena, že byl omezovací prostředek uplatněn po celou tu dobu bez přerušení; je možné, že docházelo k uvolnění. Nicméně personál to vnímal jako jednu epizodu a sestry byly zmocněny omezení udržovat nebo obnovovat. Uvážíme-li, že autoritativní vyjádření lékaře se pravidelně omezilo na připojení podpisu a razítka, a mohlo tedy být formální, **je zde široký prostor pro používání omezení pro usnadnění péče ošetrovatelského personálu**. Dále se na základě statistiky domnívám, že **na psychiatrické klinice je velmi aktuální téma hledání opatření, jež by vedla k ukončení trvajícím omezení** – tedy úpravy podmínek poskytování péče apod. Zde je již zapotřebí „sestoupit“ na úroveň jednotlivých případů, respektive jednotlivých pacientů s různými specifiky.

Vyzývám nemocnici, aby v tomto duchu začala provádět **interní kontrolu** zaměřenou na dodržování zákona a hledání cest ke zlepšení, tak aby omezení mohlo být skutečně až krajním opatřením po nezbytně nutnou dobu. Omezovacích prostředků se sice již nyní týká vnitřní audit, ale dle vyjádření primáře má jít o náhodnou kontrolu. Podotýkám, že nyní dostupný přehled může interní kontrole dobře posloužit, protože z něj je možné identifikovat konkrétní pacienty a provést kontrolu zdravotnické dokumentace.⁷³

připomínky a o tomto právu by měli být informováni; na vyžádání by měli dostat kopii kompletního zápisu.“ Bod 11.1 Standardu CPT z roku 2017.

72 Například omezení pacienta 4 v roce 2019 má v přehledu šest položek, které se všechny váží k 17. 7. 2019 a času 15:41 hodin, přičemž ze zdravotnické dokumentace pacienta vyplývá, že měl šest po sobě jdoucích dnů založen *Záznam o použití omezovacích prostředků* a byl podrobován různým omezením (kurty, izolační pokoj), respektive byl uvolňován a zase omezován. Jinak je tomu ale například u omezení pacientky 18 v síťovém lůžku, jež má v přehledu zase různá data – od 16. do 19. 5. 2019 vždy k 21. hodině.

73 V kapitole 21 Souhrnné zprávy z roku 2019 je podrobnější výklad k tématu Systematického úsilí o snižování potřeby používat restrikce. Dodávám, že vědomě ve svých doporučeních jdu nad rámec evidence předepsané § 39



Opatření:

- 30) Zavést do přehledu případů použití omezovacího prostředku další důležité okolnosti, tedy délku trvání, nezletilost pacienta, vznik zranění či komplikací (do 1 roku).**

5.13 Pravidla pro kliniku

Každé psychiatrické zařízení by mělo mít komplexní a důkladně rozpracován soubor pravidel používání omezovacích prostředků. Pravidla by měla jednoznačně určovat, jaké omezovací prostředky a za jakých okolností je možné použít, jaké jsou praktické způsoby jejich uplatnění a potřebný dohled a jaká opatření je třeba učinit po ukončení omezení. Soubor pravidel by měl zahrnovat i další důležité otázky, jako jsou vzdělávání personálu, způsoby vyřizování stížností, mechanismus vnitřní i vnější kontroly a zpětného rozboru.⁷⁴ Podle výboru CPT je taková komplexní úprava nejen velmi důležitou oporou pro personál, ale pomáhá také zajistit, aby pacienti a jejich opatrovníci nebo blízcí pochopili důvody, pro které může být nutné přistoupit k použití omezovacího prostředku.

V celé nemocnici jsou pravidla stanovena v relevantních částech směrnice *Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace*. Dále se tématu týkají některé standardní ošetrovatelské postupy. Zdá se, že tato pravidla příliš neurčují praxi na klinice, respektive neplní funkci zajištění souladu praxe se zákonem.⁷⁵ Vycházím z toho, že z rozhovorů vyplynula nejistota pracovníků, co všechno se bere jako omezovací prostředek. Dále, jak jsem upozornila, nejsou stanoveny parametry dohledu, minimální interval fyzických kontrol a pořizování záznamů o stavu pacienta v průběhu omezení ani třeba pravidla společného zásahu s pracovníky ostrahy.

Protože klinika je specifické pracoviště, bylo by přiměřené, aby měla vlastní standard – přiléhavý pro tamní podmínky, zavazující zdravotníky všech zainteresovaných odborností a zaměřený na tamní problémy. Doporučuji jej zpracovat – s využitím této zprávy, ale také po diskusi s ošetrovatelským a lékařským personálem. Standard musí odpovídat zákonu a personál v něm musí být pravidelně školen (metodické doporučení ministerstva v čl. 3 uvádí jako minimum jednou ročně).

Opatření:

- 31) Zpracovat pravidla používání omezovacích prostředků na psychiatrické klinice a školit v nich personál minimálně jednou ročně (do 6 měsíců).**

odst. 4 zákona o zdravotních službách – důvod je rovněž v souhrnné zprávě vysvětlen (str. 107). Jsem přesvědčena, že v rámci agendy kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je legální a potřebné pracovat s evidencí širší.

74 Bod 1.7 revidovaného standardu CPT z roku 2017.

75 V SOP k použití síťového lůžka není uvedeno nic o tom, že by to byl lékař, kdo dává pokyn k použití. SOP Péče o agresivního pacienta celkem nic konkrétního nedoporučuje, pouze klidnou a nekonfliktní komunikaci a opatrnost. Nejsou tam žádné podrobnosti o roli lékaře nebo ostrahy nebo o přivolání kolegů (jak).



6. Pojistky v průběhu hospitalizace

6.1 Hospitalizace bez souhlasu

6.1.1 Dokumenty a praxe nemocnice

Ve *Vnitřním řádu FNOL* (vyvěšeném i na klinice) je uvedeno: „Nemožnost propuštění na revers se týká také dětí a Vás v situacích, kdy si Váš zdravotní stav žádá provedení neodkladného léčebného výkonu nezbytného k záchraně Vašeho života.“ Upozorňuji, že takové pravidlo není v souladu se zákonem o zdravotních službách (podmínek pro hospitalizaci bez souhlasu musí být splněno více).⁷⁶ Byť chápu, že vnitřní řád si musí zachovat srozumitelnost a jednoduchost vyjádření, je zapotřebí, aby nevedl k dezinterpretaci práv pacienta.

Dále ve formuláři *Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s hospitalizací* je formulace: „Jsem si vědom(a) a souhlasím, že v případě nutnosti mohou být použity omezovací prostředky dle zákona...“ Z bodu 3.5.5 směrnice *Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace* vyplývá, že nemocnice takový souhlas považuje za dostatečný pro nenahlášení dodatečného omezení soudu. Pochybuji, že takové prohlášení je správné pořizovat. Zaprvé, podstatou většiny omezovacích prostředků je použití síly vůči pacientovi; pokud by se nemocnice v budoucnu souhlasu vůči pacientovi dovolávala, tak lze snadno namítnout, že svým odporujícím jednáním vyjadřoval jinou vůli, a mění tak svůj dřívější projev. Zadruhé, učinění takového prohlášení informovaně vyžaduje vysvětlení podstaty omezovacích prostředků, což může přijímaného pacienta zbytečně zneklidnit a zkomplikovat navázání důvěry se zdravotníky. Zatřetí, není korektní, že u tohoto prohlášení není volba ANO/NE, zatímco u jiných prohlášení na formuláři je. Konečně, poskytovatel předchozí souhlas k použití omezovacích prostředků nepotřebuje a předchozí souhlas po mém soudu ani nevede k naplnění předpokladu § 40 odst. 2 zákona o zdravotních službách a odpadnutí dodatečného oznámení soudu.⁷⁷

Opatření:

32) Revidovat Vnitřní řád FNOL a Informovaný souhlas pacienta ve světle připomínek v kapitole 6.1.1 (do 6 měsíců).

Pro hlášení nedobrovolného vstupu pacienta soudu je připraven formulář pouze se základními formulacemi kopírujícími zákonné kategorie. Upozorňuji na to, že byť se o převzetí vede soudní řízení, je to nemocnice, kdo prvotně omezuje osobní svobodu člověka a kdo musí být schopen doložit zákonnost tohoto kroku. Dávám proto na zvážení, zda nepřipravit pro lékaře pomůcku, jež by je zákonnou úpravou provedla (a zajistila důkazy i pro případ řešení sporu někdy v budoucnu). Nemocnice musí být totiž schopna doložit: (1)

76 Ustanovení § 38 odst. 1 písm. c) ve spojení s odst. 3.

77 Podotýkám, že nebrojím proti samotné možnosti s některými pacienty o omezení mluvit – ostatně doporučuje se stanovení plánu zvládnání rizika či agrese, který jako prvek primární prevence může být vhodné sestavit spolu s pacientem, z jehož anamnézy toto riziko vyplývá, s cílem shodnout se předem na účinných postupech, jež by byly méně restriktivní než právě omezovací prostředek. Viz doporučení zpracovávat plán zvládnání rizika uvedené v čl. 1 odst. 1 metodického opatření ministerstva.



Jeví osoba známky duševní poruchy nebo jí trpí nebo je pod vlivem návykové látky a jak se to projevuje? (2) Jak konkrétně osoba ohrožuje sebe nebo své okolí? (3) Proč je toto ohrožení závažné, co a komu hrozí? (4) Je toto ohrožení bezprostřední? Co by se pravděpodobně stalo, kdyby se osoba vrátila do své původní situace? (5) Jaké alternativy byly zvažovány, a proč byly shledány jako nedostatečné k odvrácení ohrožení?

6.1.2 Poučení pacienta převzatého bez jeho souhlasu

Pro usnadnění provedení vysvětlení právního postavení pacienta, zákonného důvodu převzetí bez souhlasu a možnosti právní ochrany⁷⁸ je v nemocnici zpracován dvoustránkový formulář (Fm-L009-001-ZAKON-001). Takové proaktivní opatření je jako takové příkladem dobré praxe. Nicméně upozorňuji, že příslušná poučovací povinnost podle občanského zákoníku představuje jedno z opatření v situaci převzetí člověka bez jeho souhlasu. Tedy předmětem vysvětlení mají být především specifika této situace. V nahlédnutém formuláři tak po mém soudu chybí vysvětlení, jak omezení volnosti pohybu na pacienta dopadne, kdo rozhoduje o trvání opatření a za jakých okolností bude ukončeno, jaké má opatření důsledky na souhlas s léčbou, co je to detenční řízení a jak v něm bude pacient vystupovat. Je otázkou, zda je účelné v poučení věnovat prostor obecným právům pacienta, jež jsou na oddělení dostupná. **Doporučuji nemocnici formulář revidovat, tak aby skutečně vycházel z § 106 občanského zákoníku.**

Při návštěvě nebylo ověřeno, zda formulář pacientům zůstává. V řadě případů byl formulář založený v chorobopisu opatřen poznámkou, že pacienta nebylo možné poučit pro zcela nevalidní kontakt. Doporučuji, aby byl leták pacientům předáván – buď hned k pozdějšímu využití, nebo při příštím pokusu o poučení, když už se stav pacienta poněkud zlepší.

6.2 Kontakt s vnějším světem

Co se týká **přístupu k telefonu**, pacienti mohou mít u sebe mobilní telefon. Nabíjení je zajištěno zapůjčováním jinak odebraných nabíječek, nebo nabitím na sesterně. Jak je to uvedeno v *Domácím řádu*, po domluvě s lékařem mohou mít i mobilní osobní počítače s možností připojení na Wi-Fi. Neshledávám problém v pravidlech pro konání **návštěv**. Například je možné vytvořit individuální podmínky pro uskutečnění návštěv dětmi pacienta. Nicméně klinice chybí návštěvní prostory, takže v případě pacientů bez možnosti opustit oddělení probíhá setkání v ložnici nebo v jídelně, což zvláště v zimních měsících koliduje se zájmy ostatních pacientů a podle okolností i chybí klid pro návštěvu.

Opatření:

- 33) Usilovat o vytvoření podmínek pro provedení návštěvy v soukromí – improvizací ve stávajících podmínkách nebo vyčleněním dalšího prostoru (průběžně).**

78 Srov. povinnost poskytovatele podle § 106 odst. 2 občanského zákoníku.



6.3 Stížnosti

6.3.1 Standard

Stížnostní mechanismus je jednou z pojištění proti špatnému zacházení s osobami zbavenými svobody. Pokud se bere vážně a jeho využívání je pacientům otevřeno, pak kromě této funkce také přispívá k dobrým vztahům s personálem. Zákon o zdravotních službách nestanoví, jak má poskytovatel stížnostní mechanismus nastavit. V rámci této volnosti je nicméně nezbytné dodržet **základní zásady**. Mimo zákonem explicitně uvedené zásady, že podání stížnosti nesmí být na újmu osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se týká, vyzdvihují zásady prevence špatného zacházení podle CPT: dostupnost, přístupnost, důvěrnost a bezpečnost, účinnost a doložitelnost.⁷⁹ Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z faktu duševní poruchy.

6.3.2 Přístupnost

Aby byl stížnostní mechanismus pacientům přístupný, musí mít o něm informace, mít připraveny cesty k jeho využití i přímo z kliniky a obecně podání stížnosti nesmí být komplikováno. Informace by měla být poskytnuta při nástupu a dostupná i v průběhu hospitalizace. Informace i nabídnuté způsoby podání stížnosti musí zohledňovat komunikační specifika lidí s duševním onemocněním a postižením a sníženou schopnost porozumět u některých z nich. Pokud dochází k časté hospitalizaci cizinců, měly by existovat i jazykové verze.

Vyřizování stížností a také připomínek a podnětů zajišťuje **nemocniční ombudsmanka**. Tento zvláštní orgán nemocnice má rovněž pomáhat radou nebo zprostředkováním řešení a má vystupovat nestranně vůči aktérům případného sporu. Nemocniční ombudsmanka je v bezprostředním kontaktu s pacienty nemocnice, kteří k ní přijdou. Podatelé u ní využívají možnost sepsání podání do protokolu, nebo s ní neformálně probírají své záležitosti. Agenda ombudsmanky se jeví být bohatá, a nemocnice tak učinila krok ke zlepšení přístupnosti pacientům a posílení jejich důvěry.

Ve *Vnitřním řádu FNOL* je informace o zřízení ombudsmana nemocnice s tím, že je k dispozici k řešení námětů, připomínek či stížností. V *Domácím řádu Kliniky psychiatrie FNOL* je v bodě 5 uvedeno: „Se svými připomínkami a stížnostmi se můžete obrátit na vedoucího zdravotnického pracoviště.“ To jsou veškeré **informace dostupné pacientům na klinice**. Musím říci, že to není dostatečné – chybí informace, jak se stížnosti podávají, kontakt pro jejich přijímání a informace o způsobu vyřizování. Tyto informace jsou uvedeny na webu nemocnice [stránka „Postup při podání stížností, podnětů, žádostí (podání)“ a „Ombudsman“], ale to pro informování právě hospitalizovaných pacientů může být pouze doplněk ke srozumitelné a na klinice snadno dostupné informaci (typicky nástěnka; stačilo by informace na webu zjednodušit a vytisknout). Podotýkám, že i někteří dotázaní pracovníci neuměli sdělit, jak se na klinice nakládá se stížností vyslovenou pacientem nebo jaká informace se mu má poskytnout.

79 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Complaints mechanisms. Výňatek z 27. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2018)4-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 14. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/cpt/complaints-mechanisms>.



Ve zmíněném *Postupu při podání stížností* je uvedeno, že podání je možné podat, mimo jiné, elektronicky se zaručeným elektronickým podpisem. Prostý e-mail se neuvádí, resp. je pouze uvedeno, že může sloužit ke sdělení odpovědi. Také na stránce *Ombudsman* na internetových stránkách nemocnice je uvedeno, že stížnost nelze **podat e-mailem**, pokud není opatřen zaručeným elektronickým podpisem. Šetřením bylo zjištěno, že nemocnice na prosté e-maily reaguje a jsou na počátku řady stížnostních spisů, což odpovídá i praxi zjištěné při jiných systematických návštěvách (psychiatrických nemocnic například). Uvedená pravidla nemocnice zřetelně odrážejí právní úpravu stížnosti ve správním řádu včetně formy podání podle § 37 správního řádu. Nepovažuji nicméně za jisté, že se na postup poskytovatele podle § 93 zákona o zdravotních službách tato právní úprava použije obdobně (spíše jde s ohledem na povahu poskytovatele a povahu jeho činnosti o použití přiměřené), a podání e-mailem bez uznávaného elektronického podpisu⁸⁰ doporučuji připouštět. Jde mi o to, že minimálně pro část pacientů – a pro pacienty je stížnostní mechanismus ustanoven především – představují vysoké nároky na formu podání překážku jeho využití. Konkrétně řada psychiatrických pacientů je ve finanční tísní a někteří i bez schopností odeslat dopis (nota bene doporučeně, jak je také uvedeno na stránce *Ombudsman*). Dále se e-mail jeví jako zcela přiměřený pro drobné stížnosti, respektive ty, u nichž s ohledem na jejich obsah nejsou ve vyřízení uváděny osobní údaje. Konečně, v řadě případů má nemocnice k dispozici rozumná opatření k ověření totožnosti a skutečnosti vůle podatele (například pokud je ten právě hospitalizován na klinice, je možné jej tam navštívit, nebo jej lze vyzvat ke schůzce nebo doplnění). Uzavírám, že nemocnice je ve svých pravidlech a informacích vstřícná nabídkou osobní schůzky s ombudsmankou, ale rezervou v přístupnosti stížnostního mechanismu jsou pravidla e-mailů. **Pravidla by měla být doplněna o informaci, že nemocnice na e-maily reaguje podle jejich obsahu a že podmínkou kompletního vyřízení může být to, aby stěžovatel ještě e-mail doplnil nebo se jinak ověřila jeho totožnost a vůle.**⁸¹

Zvážím-li situaci pacienta kliniky bez povolení opouštět oddělení, nenacházím ve stávajícím nastavení cestu, jak by mohl podat stížnost, aniž by ji musel zprostředkovávat tamní personál. Část pacientů pomoc jistě uvítá, ale typicky v případě stížnosti na zacházení musí být k dispozici také **bezpečná alternativa, jak oslovit přímo ředitelství (či ombudsmanku)**, a to důvěrně a s vyloučením bytí hypotetické možnosti, že stížnosti budou filtrovány. Možností je schránka na oddělení (musela by ji vybírat třetí osoba, například administrativní pracovník nemocnice, schránka by měla být zamčena, umístěna na pacientům volně přístupném místě bez monitoringu a opatřena informací, kdo a jak často ji vybírá), nízkoprahové využití e-mailu, nabídnutí telefonního čísla s možností požádat ombudsmanku o návštěvu apod. Je na nemocnici, aby s ohledem na místní podmínky zvolila nejlepší řešení.

80 Toto je terminologie podle § 6 odst. 1 zákona č. 297/2016 Sb., o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce, ve znění pozdějších předpisů.

81 Dovoluji si nabídnout k další referenci dřívější výstup veřejného ochránce práv, totiž zprávu o šetření činnosti správních orgánů při nakládání s e-maily, jež obsahuje také obecná doporučení. Viz zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 21. srpna 2014, sp. zn. 7108/2013/VOP/DS, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/1528>.



Opatření:

- 34) Připravit pravidla podávání a vyřizování stížností také ve formě přizpůsobené cílové skupině kliniky a na všech odděleních je vyvěsit (do 6 měsíců).
- 35) Přijímat stížnosti podané e-mailem a v případě potřeby činit rozumné kroky k odstranění jejich nedostatků (průběžně).
- 36) Zajistit také možnost podat stížnost, jež by nemusela procházet rukama pracovníků oddělení, a zapracovat ji do vnitřních předpisů a informačních materiálů nemocnice (do 6 měsíců).

6.3.3 Žádost nebo stížnost

Nemocnice dělí podání na stížnosti a žádosti, přičemž pro obojí se vede zvláštní evidence. Podle poskytnutých informací byl počet stížností týkajících se kliniky v roce 2017 sedm (z celkových 69), v roce 2018 jedna (z celkových 57), v roce 2019 žádná (z více než 41). Z přehledu všech stížností v nemocnici je zřejmé, že není výjimečné, aby stížnost byla vyhodnocena jako důvodná, což se týká i stížností na nevhodné chování pracovníka. Počet žádostí týkajících se kliniky byl za rok 2017 celkem 58 (z více než 434; 4 s nějakou výhradou k postupu na klinice), za rok 2018 celkem 30 (z celkových 435; 3 s nějakou výhradou k postupu na klinice) a za rok 2019 celkem 50 (z celkových 410; 1 vedena jako týkající se léčebného postupu). Mísí se v nich komunikace s institucemi (např. dožádání správy sociálního zabezpečení či soudu apod.) a s pacienty či jejich rodinami.

U několika studovaných podání konstatuji **nesprávné posouzení jako žádosti, když mělo být řešeno jako stížnost**. Podání je třeba posuzovat podle jeho skutečného obsahu a bez ohledu na to, jak je označeno.⁸² Postup v nemocnici se mi však zdá být ovládnut zásadou, že za stížnost se považuje pouze podání, ve kterém se vyskytne toto slovo.⁸³ Přitom jako stížnost je třeba hodnotit i podání, v němž si podatel stěžuje implicitně, poukazuje na problém či pochybení, vyjadřuje nespokojenost, žádá nápravu; tedy podání, na něž zpravidla musí navazovat prošetření k objasnění věci.⁸⁴ Sice nemocnice v zásadě reaguje

82 Podpůrně vycházím ze správního řádu a jeho zásad. Viz také Nejvyšší správní soud k podání „žádost“ v jiném kontextu: „Adresáti veřejných subjektivních práv a povinností v oblasti veřejné správy jsou v převážné většině právní laici, na nichž nelze vyžadovat, aby své žádosti formulovali zcela pregnantně a pojmenovávali věci přesnými zákonnými termíny, případně dokonce citovali v žádostech přesná zákonná ustanovení. (...) Správní orgány nicméně musí při výkonu veřejné moci akceptovat užívání běžného neodborného jazyka ze strany uživatelů veřejné správy. Pokud jsou výrazy z oblasti běžného jazyka nedostatečné, vzbuzující právní nejasnost z pohledu správního orgánu, musí správní orgán vyzvat žadatele k upřesnění obsahu žádosti a vysvětlit mu, proč je upřesnění nezbytné. Platí totiž zásada, že podání je nutno vždy posuzovat podle jeho skutečného obsahu (k čemu směřuje), nikoliv formálního označení (§ 19 odst. 2 starého správního řádu, § 37 odst. 1 nového správního řádu).“ Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 11. 9. 2008, č. j. 1 As 30/2008-56, www.nssoud.cz.

83 Srov. obsahem velmi podobná podání jednoho podatele zařazená různě, OMB-90/17/S/08 a OMB-249/17/Ž/134.

84 Uvedu několik příkladů. Jako na pomezí hodnotím dopis pacienta zařazený jako žádost (OMB-205/18/Ž/106), ve kterém vedle žádosti o pomoc při řešení zdravotního stavu také uvádí, že má strach z lékařky, že s ním jednala, jako by nebyl pacient, a že se mu její chování nelíbilo. Jako stížnost měla být vyhodnocena „žádost“ podatele pozůstalého po pacientovi, který na klinice zemřel (OMB-689/18/Ž/372), protože podatel vyjadřoval pochybnosti o správnosti postupu personálu a žádal o prošetření. Odpověď ředitele nemocnice byla nicméně náležitá. Podobně se měl jako stížnost kvalifikovat zápis z jednání ombudsmanky s manželkou pacienta, která vyjadřovala výhrady



se stejnou pečlivostí na „žádosti“ i „stížnosti“, avšak pokud není podání řešeno jako stížnost, má podatel obtížnější situaci při předání věci správnímu orgánu podle § 93 a násl. zákona o zdravotních službách. Nemluvě o tom, že může dojít mylně k závěru, že nemá na prošetření správním orgánem nárok.⁸⁵ Nemocnice by každé podání, jež je svým obsahem stížnost, měla vyřídit s náležitostí podle § 93 zákona o zdravotních službách, a pokud je interně označuje jako „žádost“, měla by podatele ve vyřízení vyrozumět o tom, že pokud nebude spokojen, může se obrátit na krajský úřad. Při posuzování podání podle obsahu je jistě prostor pro úvahu, a tedy rozdílné vyhodnocení, případně může být podání objektivně nejasné. Pokud jsou zde pochybnosti o tom, co podatel očekává (prošetření, okamžitou nápravu, pouhé vzetí zpětné vazby na vědomí), měla by se na to nemocnice zeptat.

Opatření:

- 37) Každé podání, jež je svým obsahem stížnost, vyřizovat s náležitostmi podle § 93 zákona o zdravotních službách, a pokud je nemocnice interně označuje jako „žádost“, vyrozumět podatele ve vyřízení o tom, že pokud nebude spokojen, může se obrátit na krajský úřad (průběžně).**

6.3.4 Vyřizování stížností

Nemocniční ombudsmanka k objasnění skutečnosti žádá a shromažďuje vyjádření dotčených pracovníků. Ze zmíněného *Postupu při podání stížností* je zřejmé, že nemocnice preferuje ústní projednání stížnosti a vždy je nabízí jako první postup. Písemná vyrozumění pro podatele jsou vesměs podrobná, jejich tón je vstřícný a vyjádření většinou srozumitelná. To oceňuji.

Na základě studia kopií spisů většiny podání týkajících se kliniky z posledních tří let chci nicméně upozornit na několik případů, kde **vyřízení nebylo zcela bezchybné**:

- V případě č. j. OMB-723/18/S/47 proběhlo k vyřízení stížnosti osobní jednání, z něhož byl pořízen zápis. V něm je sice v obecnosti zachycen obsah jednání, ale není uvedeno, zda stěžovatelé považují věc za vyřízenou. **Z vyřízení stížnosti by mělo být zřejmé, zda poskytovatel zdravotní služby uznává stížnost jako důvodnou, eventuálně částečně důvodnou, a případně v čem a jaká nápravná opatření provedl. Pokud ji shledává jako nedůvodnou, měly by být důvody jasné.**⁸⁶

k léčebnému postupu a informování rodiny a žádala vysvětlení řady momentů (OMB-533/19/Ž/287). Odpověď ředitele nemocnice byla nicméně náležitá. Podobně v případě (OMB-130/18/Ž/69), kde podatel uvádí, že chce rozporovat obsah propouštěcí zprávy a chce si domluvit termín osobní schůzky, aby mohl osobně podat stížnost na chování k pacientům. Dále v případě (OMB-205/18/Ž/106), ve kterém si pacient také stěžuje na chování zdravotnického pracovníka psychiatrické kliniky.

85 V informacích obsažených v *Postupu při podání stížností, podnětů, žádostí (podání)* je poučení o tom, že na krajský úřad se může obrátit osoba, která nesouhlasí s vyřízením **stížnosti**.

86 „Osobní projednání stížnosti nezbavuje poskytovatele povinnosti stížnost náležitě vyřídit. Z osobního projednání stížnosti je vhodné pořádat zápis se závěrem, zda došlo k potřebnému vysvětlení, či nikoliv, a zda ten, kdo stížnost podal, vysvětlení poskytovatele zdravotních služeb akceptuje. I tento zápis lze považovat za vyřízení stížnosti. Pokud však vysvětlení osoba, která podala stížnost, neakceptuje, je třeba na stížnost reagovat písemnou odpovědí.“ MACH,



- Podobně v případě č. j. OMB-130/18/Ž/69. Podatel v e-mailu uvádí, že chce rozporovat obsah propouštěcí zprávy a chce si domluvit termín osobní schůzky, aby mohl osobně podat stížnost na chování k pacientům. V kopii spisu, kterou mi nemocnice poskytla, není dohledatelný způsob vyřízení. V seznamu žádostí je pouze uvedeno, že proběhla osobní schůzka.
- V případě č. j. OMB-395/17/S/32 stěžovatelka mezi jinými věcmi uvádí, že „byla nucena strávit 4 dny na samotce“, přičemž tam i vykonávala potřebu. Reakcí je dopis stěžovatelce a v něm vyjádření: „Pacienti jsou v indikovaných případech umístěni pro akutní projevy nemoci (nepřiléhavé chování a neklid) v izolačních místnostech vybavených kamerovým systémem či jsou mechanicky omezeni nebo je využito kombinace obojího. (...) Ve Vašem případě jste byla přechodně umístěna na izolační místnosti pro inadequate chování a Váš zdravotní stav to vyžadoval.“ Podkladem pro vyřízení stížnosti bylo pouze vyjádření představitele kliniky, jehož obsah odpovídá citaci. Musím konstatovat, že vyřízení stížnosti tak nebylo provedeno náležitě. **Stížnost vyřídil fakticky ten, na jehož postup směřovala, a to navíc nepřesvědčivě** (ve stížnostním spisu není nic o kontrole indikovanosti omezení ve zdravotnické dokumentaci) **a nesprávně** (důvodem pro umístění v izolační místnosti totiž nesmí být jen nepřiléhavé chování nebo neklid). Na nesouhlasnou reakci stěžovatelky není ve spisu žádná odpověď. Pokud byla stěžovatelka nespokojena, bylo namístě odkázat ji na krajský úřad.
- Podobně podání (primárně žádost) č. j. OMB-205/18/Ž/106, ve kterém si pacient také stěžuje na chování zdravotnického pracovníka psychiatrické kliniky, bylo vyřízeno tak, že stěžovateli byl přeposlán koncept odpovědi připravený na klinice (nelze mluvit o podkladech pro vyřízení, protože koncept pouze konstatuje nedůvodnost vyhovění žádosti a stížnost se ignoruje). **Ve spisu tedy není žádný pokus prošetřit uvedenou stížnost.**

Opatření:

- 38) Revidovat dosavadní interní postup vyřizování stížností ve světle připomínek v kapitole 6.3.4; především pak zajistit, aby byly shromažďovány veškeré dostupné podklady pro objasnění stavu věci, ne pouze vyjádření toho, na jehož práci stížnost přímo nebo nepřímo směřuje (do 6 měsíců).**



Přehled opatření k nápravě

S vyjádřením zprávy	ke	<ul style="list-style-type: none">• Sdělít plán, jak doporučení „Soustavně sledovat situaci na oddělení 32A, rozebírat případy omezení trvajících nad několik hodin a hledat možnost úprav v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče, aby byla četnost a délka trvání omezovacího prostředku snížena“ a související poznámky v kapitole 5.4. (opatření č. 23) budou implementovány.
Do 2 měsíců		<ul style="list-style-type: none">• Provést interní šetření úmrtí pacientky 1 a přijmout opatření k zabránění opakování případných pochybení; žádám o zaslání výsledků spolu s odpovědí ke zprávě (opatření č. 10).
Do 3 měsíců		<ul style="list-style-type: none">• Stanovit vnitřním předpisem úroveň dohledu a související povinnosti personálu všech dotčených odborností (opatření č. 4).• Dopracovat systém přivolání pomoci kolegů a akutního přivolání lékaře, prioritně pro oddělení 32A a 32B (opatření č. 6).• Zajistit pacientům v omezení možnost důstojné signalizace k přivolání personálu (opatření č. 25).• Učinit úpravu na kamerách v akutních pokojích tak, aby bylo zaslepeno místo, kde se případně nachází toaletní křeslo (opatření č. 26).
Do 6 měsíců		<ul style="list-style-type: none">• Zajistit, aby toalety byly vybaveny funkčními zámky, které personál v případě potřeby může otevřít zvenčí (opatření č. 3).• Odstranit ty kamery, které nejsou nutné k zajištění bezpečnosti pacientů nebo personálu, a zajistit dostupnost informací o jejich režimu a účelu, a to pro pacienty i personál (opatření č. 5).• Zajistit, aby pracovníci ostrahy potenciálně zasahující na psychiatrické klinice měli jasně stanoveny kompetence, byli vybíráni z vhodných osob a byli proškoleni pro jednání s pacientem s duševní poruchou a asistenci zdravotníkům; zvážit také lepší způsob jejich vpuštění do budovy (opatření č. 7).• Stanovit ve vnitřním předpisu, zavazujícím sestry i lékaře, jasná pravidla používání fakultativní medikace u léků s tlumícím účinkem a zahrnout do nich aspekty: úplnost ordinace lékaře, zásada rozhodování lékařem o podání, pravidla konzultace po telefonu, zaznamenání důvodů podání a efektu, kontrola stavu pacienta lékařem (opatření č. 11)



	<ul style="list-style-type: none">• Zpracovat pravidla používání omezovacích prostředků na psychiatrické klinice a školit v nich personál minimálně jednou ročně (opatření č. 31).• Revidovat Vnitřní řád FNOL a Informovaný souhlas pacienta ve světle připomínek v kapitole 6.1.1 (opatření č. 32).• Připravit pravidla podávání a vyřizování stížností také ve formě přizpůsobené cílové skupině kliniky a na všech odděleních je vyvést (opatření č. 34).• Zajistit také možnost podat stížnost, jež by nemusela procházet rukama pracovníků oddělení, a zpracovat ji do vnitřních předpisů a informačních materiálů nemocnice (opatření č. 36).• Revidovat dosavadní interní postup vyřizování stížností ve světle připomínek v kapitole 6.3.4; především pak zajistit, aby byly shromažďovány veškeré dostupné podklady pro objasnění stavu věci, ne pouze vyjádření toho, na jehož práci stížnost přímo nebo nepřímo směřuje (opatření č. 38).
Do 1 roku	<ul style="list-style-type: none">• Zavést do přehledu případů použití omezovacího prostředku další důležité okolnosti, tedy délku trvání, nezletilost pacienta, vznik zranění či komplikací (opatření č. 30).
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Dbát o náležité pokrytí oddělení 32A ošetrovatelským personálem a za tím účelem zvážit například pokrytí služby na ambulanci pomocí z jiných oddělení kliniky nebo dalším pracovníkem ve směně (opatření č. 1).• Činit všechna potřebná opatření [v oblasti personální, vzdělávací, organizační, komunikace apod.] k posílení sebejistoty a profesionality pracovníků psychiatrické kliniky (opatření č. 2)• Pracovat na snížení potřeby volat na kliniku pomoc pracovníků ostrahy; v reakci na tuto zprávu žádám o sdělení, jaké kroky zařízení podnikne v roce 2020 (opatření č. 8).• Podrobovat neočekávaná úmrtí internímu rozboru s cílem získat maximální poučení, co se týká postupů poskytování péče, i vysvětlení události pro personál i nějak dotčené pacienty (opatření č. 9).• Zajistit, aby změnu stavu pacienta mohl zásadně řešit lékař, ošetřující nebo sloužící (opatření č. 12).• Používat EKT bez souhlasu pouze z vitální indikace (opatření č. 13)• Vést a pravidelně vyhodnocovat evidenci o EKT zákrocích s cílem



ověřovat naplňování právních standardů v případech, kdy lékaři postupovali bez souhlasu pacienta (opatření č. 14).

- Organizovat smysluplné trávení volného času i na oddělení 32A a pro pacienty, kteří nemohou opustit oddělení 32B (opatření č. 15).
- Usilovat o zajištění denního přístupu na vzduch pro všechny pacienty (opatření č. 16).
- V rámci vzdělávání personálu a interní kontroly se zaměřovat na kompletnost a výstižnost záznamů o použití omezovacích prostředků (opatření č. 17).
- Zahajovat omezení zásadně [tedy až na výjimky] na základě rozhodnutí lékaře (opatření č. 18).
- Dokumentovat výstižně nezbytnost uplatnění a trvání omezovacího prostředku, tedy popsat stav pacienta a důvod neúčinnosti mírnějších postupů nebo postupů vedoucích k uvolnění (opatření č. 19).
- Provádět lékařskou vizitu u pacienta v omezení ochrannými pásy [kurty] každé 3 hodiny a provádět z ní slovní zápis (opatření č. 20).
- K zamčení pacienta v místnosti se uchýlovat pouze v situacích, kdy představuje bezprostřední ohrožení pro sebe nebo okolí; v ostatních situacích, pokud je to nezbytné s ohledem na zajištění léčby, léčebného režimu a také chodu oddělení a respektování práv ostatních pacientů, pacienta pouze oddělit a využívat odpovídající úroveň dohledu a individuálně upravený režim s jasným stanovením míry pobytu ve společné části oddělení, účasti na terapeutických aktivitách, pobytu na vzduchu a kouření (opatření č. 21).
- Netolerovat používání omezovacích prostředků bez trvání řádného důvodu (opatření č. 22).
- Usilovat o zajištění nepřetržitého dohledu nad pacienty v omezení, a pokud možno i o stálou přítomnost pečujícího u osoby v omezení; vedle toho ale vždy stanovit i minimální interval fyzické kontroly (opatření č. 24).
- Dbát, aby pacient nebyl omezen v přítomnosti jiných pacientů, a nezamykat v akutním pokoji dva pacienty (opatření č. 27).
- Pracovat s farmakologickým omezovacím prostředkem [tj. podání tlumících léků s použitím síly (nebo její hrozbou) za účelem zvládnutí chování pacienta], tedy zajistit jeho používání zásadně z rozhodnutí lékaře a s náležitým dokumentováním včetně centrální evidence (opatření č. 28).



- Provádět s pacientem ve vhodném čase po ukončení omezení rozhovor s cílem nejen jej informovat, proč bylo z pohledu zdravotníků nezbytné omezovací prostředek použít, ale také vyslechnout jeho pohled a společně hledat alternativní opatření do budoucna (opatření č. 29).
- Usilovat o vytvoření podmínek pro provedení návštěvy v soukromí – improvizací ve stávajících podmínkách nebo vyčleněním dalšího prostoru (opatření č. 33).
- Přijímat stížnosti podané e-mailem a v případě potřeby činit rozumné kroky k odstranění jejich nedostatků (opatření č. 35).
- Každé podání, jež je svým obsahem stížnost, vyřizovat s náležitostmi podle § 93 zákona o zdravotních službách, a pokud je nemocnice interně označuje jako „žádost“, vyrozumět podatele ve vyřízení o tom, že pokud nebude spokojen, může se obrátit na krajský úřad (opatření č. 37).