



ombudsman
veřejný ochránce práv

Dětská psychiatrická nemocnice Opařany

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Opařany 121, 391 61 Opařany
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	MUDr. Iva Hodková
Typ zařízení:	dětská psychiatrická nemocnice
Kapacita:	110 lůžek
Datum návštěvy:	8.–10. 10. 2018
Datum vydání zprávy:	18. června 2019
Návštěvu provedli:	Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Martin Klumpar, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., PhDr. Lucie Myšková, Ph.D., MUDr. Michal Považan, Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský

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



Obsah

Úvodní informace	3
Shrnutí	7
Záruky bezpečí	9
1. Zajištění dohledu nad pacienty	9
2. Rozeznávání a řešení šikany	10
3. Dokumentování známek špatného zacházení	12
4. Násilí a zneužívání	14
5. Agenda nežádoucích událostí	24
6. Bezpečnostní opatření	26
Pojistky v průběhu hospitalizace	28
7. Detenční řízení	28
8. Stížnosti	28
9. Přístup k telefonu	31
Personální otázky	32
10. Kultura přístupu k pacientům	32
11. Podpora personálu	32
12. Dostatek ošetrovatelského personálu	32
Materiální podmínky	34
13. Mnohalůžkové pokoje	34
14. Terapeutický ráz prostředí	35
15. Soukromí na toaletě	37
Témata péče	38
16. Podpora ze strany psychologa	38
17. Hodnocení chování dětí a výchovné prvky	38
18. Používání omezovacích prostředků	39
Přehled opatření k nápravě	49



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, vykonávám činnost národního preventivního mechanismu, v jehož rámci provádím **systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě**. Důvodem omezení na svobodě je rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo závislost osoby na poskytované péči. Cílem systematických návštěv je posílit ochranu osob omezených na svobodě před všemi formami špatného zacházení. Psychiatrické nemocnice představují zařízení ve smyslu § 1 odst. 4 písm. a) a c) zákona o veřejném ochránci práv.

Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv.¹ Pracovníky jsou právníci, psychologové, psychiatrické sestry a lékaři z oboru psychiatrie. Šetření spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a pacienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.² Charakter návštěv je **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování psychiatrické péče v České republice.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

Z každé systematické návštěvy **pořizují zprávu, jejíž součástí mohou být návrhy opatření k nápravě**. Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k prevenci nebo odstranění špatného zacházení.

Zpráva nepopisuje praxi zařízení, která odpovídá dobrým standardům zacházení. Proto může působit negativním dojmem. Prosím čtenáře, aby zprávu četli s tímto vědomím a nepovažovali mé závěry za nedocenení náročné práce zařízení.

Zprávu zašlu zařízení a vyzvu je, aby se k mým zjištěním a navrženým opatřením vyjádřilo.³ Jsem připravena zabývat se předloženými argumenty. Navržená opatření k nápravě jsou zpravidla různá svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Při jejich formulaci navrhuji také termín realizace, přičemž očekávám, že zařízení jej buď respektuje, anebo odůvodněně navrhne jiný termín. Pro snazší orientaci poskytuji v závěru zprávy jejich přehled.

- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Je-li jejich realizace náročná, je třeba je provést v nejkratší možné době. Za bezodkladná

1 V souladu s § 25 odst. 6 zákona o veřejném ochránci práv.

2 V souladu s § 21a ve spojení s § 15 zákona o veřejném ochránci práv.

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



pokládám opatření, která považuji za naléhavá a přikládám jim velkou důležitost, anebo která považuji za objektivně snadno realizovatelná.

- Opatření s delší lhůtou je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho, tří, šesti měsíců, jednoho roku.
- Opatření s průběžným plněním formuluji tam, kde je třeba zavést do praxe určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že se tak stane bezodkladně a bude se dbát na uplatňování do budoucna.

Očekávám, že zařízení ve vyjádření ke zprávě (1) sdělí, že opatření bylo realizováno a jak, nebo (2) kdy a jak se tak stane, nebo (3) navrhne jeho alternativu.

Shledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující je pak vysvětlení zjištěných pochybení, doložení navržených opatření k nápravě či hodnověrný příslib jejich realizace. **Neshledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (případně vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁴ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace **zveřejním anonymizovanou zprávu z návštěvy zařízení** (s výjimkou jmen osob pověřených vedením zařízení), včetně obdrženého vyjádření, na svých internetových stránkách⁵ a v databázi Evidence stanovisek ochránce ESO.⁶

Po provedení série souvisejících návštěv **vydávám tzv. souhrnnou zprávu**. Tu také zveřejňuji a doručuji příslušným orgánům veřejné moci. V souhrnné zprávě bez vazby na konkrétní navštívené zařízení shrnuji svá zjištění a doporučená opatření k nápravě, navrhuji systémová doporučení, případně formuluji standard dobrého zacházení. Cílem také je, aby zpráva byla k dispozici nenavštíveným zařízením jako vodítko k odstranění nebo prevenci špatného zacházení.

Charakteristika zařízení

Dětská psychiatrická nemocnice Opařany (dále také jen „nemocnice“) je největší dětskou psychiatrickou nemocnicí v České republice. Jejím zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Poskytuje akutní i následnou lůžkovou péči standardní v oboru dětské a dorostové psychiatrie, přičemž financování ze zdravotního pojištění je nastaveno na péči následnou. Dále poskytuje psychiatrickou péči ambulantní.

Nemocnice je určena širokému spektru dětských psychiatrických pacientů ve věku od 3 do 18 let, a to z celé České republiky. Kapacita zařízení činí 110 lůžek. Obloženost nemocnice během kalendářního roku kolísá, zejména v souvislosti s průběhem školního

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

5 Veřejný ochránce práv - ombudsman [online]. Brno: © Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 30. 5. 2018]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

6 Evidence stanovisek ochrance (ESO) je dostupná z: <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.



roku. V době návštěvy (tj. k 8. říjnu 2018) bylo v nemocnici 64 pacientů. Z nich 16 mělo nařízenou ústavní výchovu a dva byli v režimu předběžného opatření náhradní výchovné péče do zařízení ústavní výchovy.

S ohledem na aktuální obloženost vedení nemocnice přistupuje během roku ke slučování, rozdělování či přemísťování jednotlivých oddělení. V době návštěvy bylo otevřeno celkem 5 oddělení, a to oddělení A4, A7, B4, B6 a C⁷; celkem bývá oddělení až sedm. Na odděleních A4 a C se zpravidla nacházeli pacienti s duševní poruchou či duševní nemocí v kombinaci s mentální retardací, přičemž oddělení A4 je koedukované oddělení pro pacienty mladšího školního věku a oddělení C je určeno chlapcům staršího školního a adolescentního věku. Oddělení A7 a B4 byla až do dne zahájení návštěvy sloučena. Po jejich rozdělení jsou na oddělení A7 umístěni chlapci mladšího školního věku a na oddělení B4 staršího školního a adolescentního věku. Starší školní a adolescentní dívky pobývaly na oddělení B6.

Nemocnice má k dispozici rozsáhlý areál umístěný v malé obci Opařany v okrese Tábor. Ve vzájemné blízkosti se nacházejí budovy pro ubytování pacientů, fyzioterapii i volnočasové činnosti. V areálu je také škola zřizovaná Krajským úřadem Jihočeského kraje. Jedná se o základní školu, základní školu praktickou a základní školu speciální.

K ilustrování šíře cílové skupiny podotýkám, že někteří pacienti jsou v nemocnici hospitalizováni velmi dlouho – u pěti byly zmapovány pobyty přesahující (případně s krátkou přestávkou) rok. Již mnoho měsíců trval v době návštěvy pobyt řady pacientů na oddělení C. Často mají diagnózu poruch autistického spektra, jde o náročný stav, vyčerpanost rodiny, nepřipravenost návazných služeb.

Průběh návštěvy

Systematická návštěva proběhla ve dnech 8. až 10. října 2018 bez předchozího ohlášení. Jednalo se již o druhou návštěvu zařízení.⁸ Ředitelka byla o návštěvě osobně informována při jejím zahájení.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“) Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Marie Lukášová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský a Mgr. Martin Klumpar. Na šetření se též podíleli pověřeni experti z oboru pedopsychiatrie MUDr. Michal Považan a psychologie PhDr. Lucie Myšková, Ph.D.

Ředitelka nemocnice při zahájení návštěvy vznesla u experta MUDr. Považana námitku střetu zájmů, který by měl vycházet z jeho působení v rámci aktivit reformy psychiatrické péče. Obava ze smíšení jeho rolí a poznatků byla rozptýlena odkazem na zákonné i smluvní zakotvení mlčenlivosti všech zaměstnanců Kanceláře.

7 Nemocnice v některých svých dokumentech pracuje s jiným vnitřním organizačním členěním, když rozeznává „oddělení“ (I., II., IV.) a „stanice“ (1A4, 1A7, 2B4, 2B6, 4C). Pro určité zjednodušení a lepší orientaci se v textu držím terminologie, která mi byla poskytnuta v seznamech pacientů rozčleněných podle jednotlivých „oddělení“ a dále hovořím jen o „oddělení A4, A7, B4, B6 a C“.

8 Předchozí systematická návštěva proběhla ve dnech 14. až 16. listopadu 2011, sp. zn. 49/2010/NZ.



Šetření proběhlo na všech v době návštěvy otevřených odděleních nemocnice. Zaměstnanci Kanceláře hovořili s ředitelkou, lékaři, psychology, ošetrovatelským personálem a také s pacienty. Dále provedli prohlídku prostor oddělení, pozorovali průběh poskytování péče, studovali „živou“ i uzavřenou zdravotnickou dokumentaci, dokumentaci nežádoucích událostí a stížností a vyžádali si související vnitřní předpisy. Na vybraná oddělení byla umístěna schránka na vzkazy a podněty pacientů. Několik pacientů touto cestou požádalo o rozhovor.

Na místě zastižený personál všech úrovní poskytl výbornou součinnost, za což děkuji. Oceňuji také ochotu vedení nemocnice vést již v průběhu návštěvy podnětný dialog ke zlepšení poskytované péče a následnou součinnost při výzvě k předložení obsáhlého množství dalších dokumentů a informací potřebných pro zpracování této zprávy.

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.⁹ 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, které 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 jednotlivých oddělení. V souvislosti s tím jsem také zkoumala systém rozeznávání a dokumentování zranění pacientů, fungování stížnostního mechanismu a úroveň hlášení a vyhodnocování nežádoucích událostí.

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

⁹ Psychiatrickou 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 je přičitatelný státu. [Viz např. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2) ze dne 19. února 2015, č. 75450/12, bod 99. Přiměřeně viz rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice ze dne 18. října 2012, č. 37679/08, bod 77.] 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“).



Shrnutí

Systematickou návštěvu Dětské psychiatrické nemocnice Opařany jsem zaměřila na témata prevence špatného zacházení a pojištění proti němu. Zpráva z návštěvy tedy nepředstavuje celkový obraz poskytované péče, ale pojednává o vybraných bodech, které v praxi představují nebo mohou představovat problém.

Nezjistila jsem špatné zacházení s dětmi ze strany personálu nemocnice, jen případy, kdy ošetrovatelský personál na děti křičel. Vedení nemocnice se snaží na to reagovat a já doporučuji pokračovat v úsilí o vysokou úroveň organizační kultury. Téma jistě souvisí také s únavou personálu. Poukazuji, že ošetrovatelský personál by si zasloužil početní posílení, prioritně to doporučuji na odděleních A4 a C. Přístupu personálu se týká také zjištění, že kromě oficiálního motivačního systému jsou používány i neoficiální tresty; sice nebylo zjištěno, že by byly nepřiměřené nebo ponižující, ale jsou pro děti nepředvídatelné a hrozí také chápání omezovacího prostředku jako trestu. Proto doporučuji provést na jednotlivých odděleních revizi praxe personálu při usměrňování dětí.

Zvláštní pozornost jsem věnovala otázce, zda vzhledem ke specifickým rizikům vyplývajícím z duševní poruchy, ohrožení sociálně patologickými jevy a zbavení svobody pacientů představuje nemocnice bezpečné prostředí jak pro ně, tak pro personál. Nemocnice má precizně propracovaný systém vnitřních předpisů a je patrné, že se snaží o zvyšování standardů poskytované péče. Zdravotnická dokumentace je vedena čitelně a frekvence zápisů je vysoká. Při šetření jsem tedy zkoumala úspěšnost převádění vnitřních předpisů a standardů nemocnice do jejího praktického fungování.

Oceňuji řadu adekvátních obecných preventivních opatření, kterými jsou propracovaný systém dohledu, vytipovávání rizik u jednotlivých pacientů, dobrá primární prevence šikany a aktivní práce s nástrojem nežádoucích událostí. Pozitivně hodnotím rovněž dostupnost lékařů a organizační a technická opatření, jako jsou systém tísňového volání, porad a posil personálu vytížených oddělení. Co je důležité, děti projevovaly obecně důvěru k personálu. Případy agrese nebo neklidu personál zvládá zásadně vlastními silami a policie je volána pouze výjimečně. Za rizikové považuji míchání různých skupin dětí při slučování oddělení a vůbec personální zajištění, protože řada dětí přichází se závažnými poruchami chování a jinými zvláštními potřebami. Doporučila jsem z bezpečnostních důvodů zřídit několik jednolůžkových pokojů a dále jsem také doporučila posílit terapeutickou složku v práci psychologů tak, aby individuální podpora byla dostupná všem hospitalizovaným dětem.

Přípravenost nemocnice činit konkrétní opatření k ochraně života a integrity nějak ohrožených jednotlivců jsem zkoumala na třech kazuistikách možného mezipacientského násilí či zneužití na chlapeckém oddělení v roce 2018. Domnívám se, že ani v jednom případě neměla nemocnice předem dostatečně konkrétní indicie, že k událostem dojde. Co se týká reakce, učinila řadu adekvátních a urychlených kroků, ale kritizovala jsem, že jednu příhodu nevykázala jako nežádoucí událost. Dále existují rezervy v zajištění ochrany a podpory u dotčených dětí a nestanovení jednotného postupu personálu do budoucna v případech, kdy nebylo vyloučeno opakování příhody. Ve dvou případech nemocnice



informovala o události orgány činné v trestním řízení, což je z pohledu práva člověka nebýt podroben špatnému zacházení zapotřebí učinit vždy, když tvrzení pacientů či jiné poznatky nasvědčují spáchání vážného násilí či zneužití.

Nedostatky jsem dále zjistila v zaznamenávání zranění pacientů a výsledků pravidelných somatických prohlídek. Zaznamenávání zranění je přitom jedním z důležitých prvků prevence špatného zacházení a jeho postižitelnosti ze strany státních orgánů. Při procházení poskytnuté dokumentace jsem dále narazila na nedůslednost v hlášení nežádoucích událostí. Nemocnice pak může mít zkreslený obraz o náročnosti péče pro personál, bezpečnosti na odděleních i celkové situaci v nemocnici.

Ke stížnostnímu mechanismu a kontaktu dětí s vnějším světem přistupuji jako k pojistkám v průběhu hospitalizace. S ohledem na zvlášť zranitelnou cílovou skupinu (děti, s duševní poruchou, v uzavřeném zařízení) doporučuji zpřístupnit jim lépe stížnostní postup. Vysvětluji, proč se mi nyní jeví nedostatečný pro podání důvěrné stížnosti přímo z oddělení. Naopak k přístupu k detenčnímu řízení nemám připomínek.

Co se týká materiálních podmínek, kritizuji mnohalůžkové pokoje a nezajištění plného soukromí na toaletách. Dále doporučuji zapracovat na odstranění strohosti a ústavnosti interiéru pokojů a na některých odděleních také společných prostor a znovu poukazují na nedobrá efekty mříží v oknech.

Podstatnou část pozornosti při systematických návštěvách ve zdravotnických zařízeních věnuji používání omezovacích prostředků. Ze studované zdravotnické dokumentace pacientů je patrné, že se nemocnice snaží o subsidiaritu jejich použití a v mnoha situacích se jí to i daří. Celkově ale použití není vzácné (v roce 2017 zažilo nějakou formu omezení 15 % hospitalizovaných) a je znepokojivé, že se často týká dětí mladších 16 let. Lze se setkat s alarmujícími případy, a to ať už z hlediska věku dětí (zjištěny případy omezení osmiletých), nebo trvání omezení (nad několik hodin). Doporučuji nemocnici aktivně tyto případy řešit – přijímat opatření k uspokojení ukončení omezení a v případě opakovaně omezovaných pacientů a pacientů, u nichž lze nezbytnost omezení předvídat, vypracovávat individuální plán prevence.

Z počtu případů omezení dál nic nevyvozují, neboť chybí srovnání s jinými pracovišti (v nemocnici je vykazování do přehledu případů použití omezovacího prostředku na nadstandardní úrovni). Doporučuji ale nemocnici s evidencí dál pracovat a usilovat o snižování potřeby používání omezení.

Pro úplnost závěrem uvádím, že na odděleních s velkým podílem pacientů s mentální retardací a poruchami autistického spektra je řada pacientů hospitalizovaných několik měsíců či v některých případech i let. Jádrem tohoto problému, který však není spojen pouze s Dětskou psychiatrickou nemocnicí Opařany, sledávám v omezeném počtu návazných sociálních služeb. Obzvláště u dětí s kombinací duševní poruchy s mentálním, případně i fyzickým postižením, může být zajištění vhodné sociální služby velmi problematické. S ohledem na zaměření mé návštěvy se ve zprávě tomuto tématu blíže nevěnuji.



Záruky bezpečí

Nemocnice by měla představovat terapeutické a bezpečné prostředí pro pacienty i personál, a to se zohledněním toho, že ze zbavení svobody a duševní poruchy vyplývají specifická rizika.

Z práva na život a ze zákazu špatného zacházení plyne povinnost přijímat adekvátní opatření k ochraně života a osobní integrity (pacientů i personálu) před předvídatelnými zdroji nebezpečí. Do této obecné prevence spadají preventivní programy proti šikaně, násilí, nehodám a úrazům a účinné stížnostní cesty. Personál musí být odpovídajícím způsobem proškolen, aby byl schopen včas rizika detekovat a eticky přiměřeným způsobem zvládnout i neklidného či agresivního pacienta. Ve vztahu personálu vůči pacientům ani ve vztazích mezi pacienty navzájem nesmí panovat násilí a zneužívání.

Pokud se konkrétní člověk ocitne v konkrétním ohrožení, je povinností nemocnice za pomoci přiměřených opatření učinit vše, co je možné od ní rozumně očekávat, aby zabránila naplnění určitého bezpečnostního rizika. Povinnost státu ochránit pacienty před útoky ze strany třetích osob vzniká v případě, že státní orgány věděly nebo měly vědět o existenci skutečného a bezprostředního nebezpečí.

1. Zajištění dohledu nad pacienty

V nemocnici jsou pro adekvátní realizaci dohledu zřízeny průzory do některých pokojů a pro možnost reagovat i na slabé zvuky je pro noční čas stanovena povinnost nechat pootevřené dveře do ložnic.

Nemocnice má podrobně propracovaný systém dohledu ošetřovatelského personálu nad pacientem, viz vnitřní předpis *SOP 51 Zajištění intenzivního, soustavného sledování pacienta ošetřovatelským personálem – trvalý dohled* ze dne 1. května 2015. Stupně dohledu jsou jednoznačně definovány. Jako standard je nastaven tzv. trvalý dohled, který vnitřní předpis definuje jako „soustavné sledování dětského psychiatrického pacienta ošetřovatelským personálem v průběhu celé hospitalizace (24 hodin denně)“. Dohled je „trvalý“ ve smyslu trvajícím v průběhu celého dne, nikoli ve smyslu nepřetržité přítomnosti pracovníka u pacienta. Trvalý dohled je rozčleněn na stupně „0 až 3“. Stupeň dohledu je stanoven lékařem na základě vstupního vyšetření a dále je aktualizován v průběhu hospitalizace podle aktuálního zdravotního stavu pacienta a míry zjištěných rizik. Lékař jej zaznamenává do zdravotnické dokumentace pacienta. Od stanoveného stupně dohledu se odvíjí interval cílených kontrol a četnost zápisů do zdravotnické dokumentace ze strany ošetřovatelského personálu.¹⁰ Trvalý dohled nad pacientem je deklarován také pro čas pobytu ve škole, kam děti doprovází pracovník nemocnice.

¹⁰ Stupeň dohledu 0 (tzv. všeobecné sledování) spočívá ve všeobecném povědomí personálu o tom, co pacient zrovna dělá a kde se nachází. Interval kontrol je vyžadován přes den i noc maximálně po 30 minutách a zápis do zdravotnické dokumentace musí proběhnout minimálně 3krát denně (dopoledne, odpoledne a v noci). U stupně



Oceňuji zjevnou snahu nemocnice o nastavení vysokého standardu dohledu nad každým pacientem. Průběžné záznamy o jeho realizaci jsou vedeny přehledně a jejich interval odpovídá vnitřnímu předpisu.

Všichni pacienti, jejichž zdravotnická dokumentace byla studována, měli od vstupního vyšetření stanoven stupeň dohledu 1. Stupeň dohledu 0 ani 3 v žádném ze studovaných dekurzů zaznamenán nebyl. Pouze ojediněle, podle mého názoru až jako jedno z nejzazších opatření, je v nemocnici využíván stupeň dohledu 2.¹¹ Přestože je z dekurzů některých pacientů patrné, že personál (často na základě doporučení lékaře) přistoupil ke zvýšenému dohledu nad pacientem, lékař stupeň dohledu zpravidla nezvýšil. Stupeň dohledu 1 je tak v praxi velmi široká kategorie pojímající téměř všechny situace na oddělení. Co se týká obsahu záznamů o prováděném dohledu, je především rutinní.

V popsaném stanovování stupně dohledu nelze spatřovat nějaké pochybení, když dohled 1 je sám o sobě náročný. Jen upozorňuji, že široké pojetí stupně dohledu 1 nepomáhá dalšímu diferencování a směřování pozornosti personálu. Jako lepší by se mi jevil „pružnější“ používání vyšších stupňů dohledu v reakci na mimořádné události či zdravotní stav pacienta. Obávám se, že v praxi tomu může bránit související zvýšená administrativní zátěž a pravděpodobně i personální kapacita zařízení.

Vedle trvalého dohledu znají předpisy i praxe nemocnice ještě i zvláštní režim pro pacienty v pokoji individuálního dohledu, „observační režim“ a režim (ne)povolení opuštění oddělení či areálu nemocnice.

Doporučuji zvážit, zda současné nastavení kategorií dohledu odráží praktické fungování dohledu nad pacienty na jednotlivých odděleních, a to s ohledem na aktuální personální zajištění a reálně uplatňované „režimy“, a zda napomáhá efektivně směřovat síly k ochraně pacientů nějak zvlášť potřebných, například z hlediska prevence špatného zacházení. Z mého pohledu jsou rutinní a opakuující se popisné záznamy nadbytečné; z pohledu prevence špatného zacházení je zapotřebí systémem práce ošetřovatelského personálu a kontrolou vedoucích pracovníků zajistit, že dohled v praxi náležitě probíhá, a pak podrobně zaznamenávat pouze důležité okolnosti.

2. Rozeznávání a řešení šikany

Na riziko šikany byly zaměřeny všechny provedené rozhovory. Jde o nebezpečný fenomén kolektivů, kterému musí být předcházeno a v případě výskytu musí být oběti poskytnuta ochrana před dalšími útoky a zajištěna pomoc a podpora.

dohledu 1 nesmí doba, kdy není v blízkosti pacienta některý z členů zdravotnického personálu, přesáhnout 10 minut a jsou vyžadovány denně 4 zápisy do zdravotnické dokumentace. V případě stupně dohledu 2 je pro dohled určen konkrétní zdravotnický pracovník a vizuální kontakt je navazován nejpozději do 5 minut. U stupně 3 musí být určený zdravotnický pracovník u pacienta přítomen neustále 24 hodin denně na dosah paže.

¹¹ V situaci, kdy pacient 1 byl podezřelý ze dvou činů, které by mohly dosáhnout intenzity trestného činu a vyhrožoval napadením ostatním pacientům (viz kazuistiky v kapitole 4.1), nebo u pacienta 2, který byl dlouhodobě destruktivní, nebezpečný, brachiálně velmi agresivní, často neodklonitelný, s četnou indikací omezovacích prostředků.



Zaměstnanci Kanceláře v zařízení nenašli přímou šikanu ani její prvky. Nezjistili, že by agresivní projevy mezi pacienty byly zaměřeny pouze na jednoho z pacientů. Narazili však na případy dětí, u nichž potenciální riziko šikany existovalo. Jednalo se o děti, které se na odděleních dostávaly do pozice „outsidera“ a hrozilo jim vyčlenění z kolektivu. Personál měl o těchto případech povědomí.

Ze zmínek pacientů o zkušenostech z předchozích pobytů, ale i z prostudované zdravotnické dokumentace vyplynulo, že k šikaně mezi pacienty občas dochází.¹² Zkoumala jsem proto, jak nemocnice s rizikem šikany pracuje a jak je schopna reagovat na případy šikany v praxi.

Nemocnice se zaměřuje zejména na primární prevenci šikany. Za tím účelem má zpracován vnitřní předpis *SOP 30 Prevence šikany a agresivního chování* ze dne 1. června 2016 a informační leták sestavený speciálně pro děti. Leták je dětem dostupný na nástěnkách jednotlivých oddělení. Při přijetí do nemocnice probíhá edukace pacienta o riziku šikany, jeho prevenci a možnostech řešení. Z pozdějších záznamů je zřejmé, že téma konfliktů a šikany je běžnou součástí individuálních rozhovorů pracovníků s dětmi. Také zdravotničtí pracovníci jsou během vstupní praxe v nemocnici seznamováni s rizikem šikany a jejími negativními důsledky. Podle směrnice SOP 30 by měl rovněž jednou za dva roky pro zaměstnance probíhat seminář na téma šikana a agresivní chování.

V souvislosti se sekundární prevencí šikany nemocnice ve vnitřním předpisu zakotvila postupy řešení šikanování, které mají za cíl eliminovat či minimalizovat škody, pokud k šikaně dojde. Šikanu by vždy měla řešit primářka oddělení ve spolupráci s celým multidisciplinárním týmem, který tvoří ošetřující lékař, psycholog a ošetřovatelský tým.

Podle informací od zdravotníků je riziko šikany eliminováno také na komunitách a individuálních vizitách, při nichž jsou děti dotazovány jak na vztah s ostatními pacienty, tak i personálem. Při riziku šikany jako opatření uváděli oddělené pohovory s účastníky šikany, zvýšený dohled ze strany sester a případné přestěhování ohroženého pacienta na pokoj umístěný blíže sesterně. Opatřením pro rozkrytí šikany je interpersonální předávání informací o dění na jednotlivých odděleních, které umožní strategicky reagovat na případy nežádoucích událostí v nemocnici. Za dobré považují ranní setkávání, tzv. denní hlášení, jehož se účastní lékaři, psychologové a staniční sestry.

Při šetření však vyšlo najevo, že za současného personálního zajištění bývá v praxi obtížné na zjištěné události na odděleních reagovat. Zjistí-li se například, že některé z dětí za kolektivem zaostává a je u něj v souvislosti s tím zvýšené riziko šikany, řeší se to zejména „okřikováním“. Ošetřovatelský personál sice zvýší dohled, o čemž svědčí i zápisy ve zdravotnické dokumentaci, s ohroženým dítětem ale není jinak odborně pracováno. K tomu více viz kapitola 16.

12 Svědčí o tom například kazuistika pacienta 1, v jehož dekurzech lze opakovaně nalézt zmínky o šikaně jiných pacientů, riziku šikany a upevňování dominantního postavení pacienta na oddělení.



Z rozhovorů s pacienty nevyplynulo, že by pacienti neměli důvěru se při potížích obrátit na personál.

Způsob, jakým nemocnice nebezpečí šikany tematizuje a nastavuje rámec pro práci s ním, považuji za adekvátní. V případě, že je identifikováno konkrétní dítě, u něhož hrozí šikana či které je již šikaně vystaveno, je nezbytné, aby zařízení dokázalo nastavené postupy plně promítnout do praxe.

3. Dokumentování známek špatného zacházení

3.1 Standard

Z mezinárodního závazku chránit jednotlivce před špatným zacházením a zajistit náležitou péči osobám zbaveným svobody plyne státu povinnost věrohodně vysvětlit příčiny zranění, jež člověk v průběhu zbavení svobody utrpí. Pokud by si dotyčný stěžoval, že zranění je důsledkem špatného zacházení, a stát nemohl jeho původ objasnit, nesl by za ně odpovědnost. Psychiatrické nemocnice se tato povinnost státu dotýká tím, že v případě pacientů, nad nimiž vykonává kontrolu, je to právě ona, kdo má být schopen vznik každého zranění uspokojivě vysvětlit. To vyžaduje včasnou detekci a dobré dokumentování.

Poskytovatel zdravotních služeb, potažmo lékař, má dále důležitou úlohu v rámci prevence špatného zacházení ze strany jiných subjektů, například policie. Proto mezinárodní standard prevence špatného zacházení požaduje, aby se při vstupu do míst zbavení svobody prováděly lékařské prohlídky a systematicky se zaznamenávala případná zranění a známky napadení.

Pokud je zjištěno zranění, jehož původ může být v napadení nebo použití síly, měla by zpráva o ošetření mít kromě náležitostí daných medicínskými standardy také další obsahové náležitosti. Musí obsahovat: (i) co nejpresnější popis událostí, zacházení a následných fyzických i psychických projevů, jak je udává vyšetřovaný; (ii) záznam o nálezu včetně barevných fotografií zranění; (iii) stanovisko lékaře, co se týká pravděpodobné souvislosti nálezů a možného špatného zacházení.¹³

3.2 Zjištění a doporučení

Považuji v této souvislosti za vhodné, že na příjmu je k dispozici fotoaparát a že v nemocnici pravidelně probíhají somatické prohlídky pacientů. Provádí je sestry dvakrát týdně při koupání. Nezjistila jsem, že by probíhaly nedůstojně. Dále sestry provádějí somatickou prohlídku při zranění pacienta. Lékař provádí kompletní somatické vyšetření při přijetí, při propuštění a dále operativně při komplikacích v průběhu hospitalizace.

Zaznamenávání výsledků prohlídek považuji v některých případech za nedostatečné či minimálně málo výstižné.

13 Srov. Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. *Požizování záznamů a podávání zpráv o lékařských zjištěních o špatném zacházení. Výňatek z 23. všeobecné zprávy CPT, publikované v roce 2013.* [online]. Francie. © Council of Europe. [cit. 31. 5. 2019], bod 74. Dostupné z <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ccc36>.



Například u pacienta 3, přestože byly předcházející somatické prohlídky hodnoceny „bez nálezu“, „0“, „v pořádku“, ve dnech 6. 10. (18:03 hodin) a 20. 10. 2018 (18:03 hod.) se v záznamu sestry objevuje hodnocení „bez *nového* nálezu“. U pacienta 4, přestože lékař dne 22. 1. 2018 nachází známky sebepoškozování („na P předloktí dorsálně mnohačetné škrábance exkoriace sebepoškozování“), následující den se v záznamu sestry ze somatické prohlídky pacienta objevuje zjištění „0“ (známky sebepoškozování nebyly zachyceny ani v jiném záznamu sestry).

Studovala jsem také dokumentaci pacienta 5, sedmiletého při hospitalizaci na oddělení A6 od 7. 4. do 22. 5. 2015.¹⁴ Zaujalo mě, že při propuštění zaznamenal lékař „četné hematomy různé velikosti a stáří po celém těle, rameno PHK, stehno LDK, celkově v dobrém somatickém stavu“. V záznamu sestry z toho dne je obsaženo hodnocení: „hematomy po celém těle, pravé rameno, hematom na levém stehně“. Požádala jsem tedy nemocnici o vysvětlení vzniku těchto rozsáhlých zranění.

Podle vyjádření nemocnice ke vzniku hematomů u pacienta docházelo v rámci konfliktů s různými spolupacienty, při vzájemných provokacích a potyčkách. Jako možného původce uvádí pacienta B., který pacienta opakovaně napadl. Podle sdělení nemocnice byly všechny konflikty zachyceny a řešeny.

Ve studované dokumentaci jsem pro to našla jen částečné důkazy.¹⁵ Byly zaznamenány opakované drobné provokace ostatních pacientů a také konkrétní konflikty, kterými lze některé hematomy vysvětlit. Nelze tím ale doložit příčinu jednoho hematomu (v poznámce vyznačeno tučně) a považuji za nedostatečné, že rozsáhlá zranění zaznamenaná při prohlídce dne 18. 5. nejsou nějak blíže komentována. Dále popis zranění jako „hematomy po celém těle“ je velmi vágní. Měla by být lépe uvedena lokalizace, velikost a barva, celistvost či roztržení kůže nebo oděrky.

Jedná se o starší případ, na kterém si mohou zdravotníci uvědomit, v jakém nepoměru jsou záznamy ze závěru hospitalizace a záznamy průběžné a jaké to vrhá světlo. V dokumentaci jsem rovněž nenalezla informaci o tom, že by se na zranění dítěte dále reagovalo. Přestože chápu, že při hospitalizaci dětských pacientů nelze zabránit veškerým potyčkám v kolektivu a často se jedná o náhlé konflikty, které lze stěží předvídat, musím kritizovat, že opakující se nálezy hematomů na typických místech pro fyzické násilí ze strany jiných pacientů

14 Mám k dispozici záznamy sestry od 9. 5. 2015 a záznamy lékaře od 12. 5. 2015. Základní diagnóza chlapce byla reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, akutní stresová reakce (vyhrožování sebevraždou).

15 Při pravidelné somatické prohlídce dne 11. 5. sestra konstatuje hematomy na obou dolních končetinách, bez dalšího popisu či informace o možném původu zranění. Záznam o somatické prohlídce ze dne 14. 5. neobsahuje žádné podrobnosti či závěry. V záznamu ze dne 16. 5. se objevuje zmínka o nutnosti stálého dohledu sestry pro nepředvídatelné chování a o 4 hodiny později o malém škrábanci u pravého oka, který pacientovi prý udělal jiný pacient. Další den je v záznamu sestry uvedeno, že pacient zvládl provokaci na lžních, kdy ho začal kopat jiný pacient. Při pravidelné somatické prohlídce dne 18. 5. byly bez dalšího sestrou konstatovány: „odřenina levého kolena, hematomy obě horní končetiny, dolní končetiny, na levém spánku strup“. V záznamu lékaře ze dne 19. 5. je obsaženo, že pacienta jiný pacient (B.) strčil na umyvadlo, bolí ho břicho a v souvislosti s tím uvádí „zarudnutí břicha po upadnutí na umyvadlo, kůže neporušená, kontrola po příchodu ze školy“. Při pravidelné somatické prohlídce dne 21. 5. sestry uvádí „hematomy staršího data po celém těle“. „Nový hematom pravé rameno. Pod stálým dohledem sestry. Na stanici časté provokace ostatních pacientů.“ Další den byl pacient propuštěn do náhradní rodinné péče.



neměly nějakou odezvu v oblasti ochrany pacienta do budoucna (například před pacientem B.).

Personál by měl být v této oblasti proškolen. Zdravotničtí pracovníci by se měli učit, jak správně dokumentovat a interpretovat zjištěná zranění. Domnívám se, že dokumentační práci personálu by usnadnilo, pokud by měli fotoaparáty k dispozici i na odděleních a pokud by bylo možné používat záznamové archy se schématem lidské postavy nebo zaškrťovacími kolonkami.

Opatření:

- 1) Důsledně provádět záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpěných v průběhu hospitalizace; dbát na jejich informativnost a zaznamenávat vyjádření pacienta k původu zranění, nález zdravotníka a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (průběžně).**

4. Násilí a zneužívání

Ze studované dokumentace plyne, že se prakticky denně vyskytují na odděleních náhlé výbuchy (auto)agrese, někteří pacienti mají sexualizované chování a občas dojde k závažnému násilí. Podle přehledu nežádoucích událostí se každý rok stane několik případů, které jsou nemocnicí vyhodnoceny tak, že informuje orgány činné v trestním řízení.¹⁶

Nemocnice musí jednat proaktivně s cílem zabránit násilí mezi pacienty. Zvládání problému násilí a zastrašování vyžaduje, aby byl personál pozorný k varovným signálům a pohotově zasáhnout, pokud je to nezbytné. Personál k tomu musí být školen a musí ho být dostatek k zajištění dohledu. Speciální preventivní opatření pak vyžadují případy dětí se zvláštní zranitelností (typicky s tělesným nebo mentálním postižením). Pokud k nějaké události dojde, je povinností rychle zamezit pokračování a pokusit se o zmírnění následků.

Adekvátnost postupů nemocnice jsem zkoumala na kazuistikách závažných událostí, které se v nemocnici odehrály v roce [časový údaj] XXX mezi pacienty. Zabývám se zejména opatřeními vedoucími k ochraně a podpoře ohroženého či poškozeného pacienta, rozeznáváním a zaznamenáváním zranění či předáváním informací orgánům činným v trestním řízení.

4.1 Studované případy

4.1.1 Možné zneužití pacienta 3 na oddělení Y [časový údaj] XXX

Třináctiletý pacient hospitalizovaný na stanici Y od [časový údaj] XXX pro hyperkinetickou poruchu chování, s rizikem afektivních raptů se surovou agresí vůči dospělým a rizikem

16 V roce 2017 podáno 1 trestní oznámení pro plánované napadení personálu pacientem a 1 pro napadení pacienta pacientem. V roce 2018 zatím 2 případy mezipacientského násilí/zneužití.



sexualizovaného chování.¹⁷ Z dekurzů chlapce je patrná častá brachiální agrese vůči spolupacientům, konflikty hlavně s mladšími chlapci, odstrčenost z kolektivu. Podle záznamu sestry [časový údaj] XXX je nutný dohled pro vysoké riziko sexualizovaného chování.

Podle záznamu sestry ze dne D1 (8:44 hod.) si pacient stěžuje na pacienta 6, že po něm chtěl včera odpoledne a večer orální sex a on to z obavy z následků odmítnutí udělal.¹⁸ Nato s pacientem hovořil také lékař. Pacient uvedl, že se to stalo opakovaně – „4krát, poprvé asi před 4 týdny, pak asi 1krát týdně. Spíše odpoledne.“ Pacient doplňuje, že „mu ho taky ‚vyhonil‘, on to po něm chtěl.“ Bojí se, že z toho bude mít problémy. Uvádí, že se mu to už stalo při pobytu v jiném zařízení ve škole. Dále doplnil, že pacient 7 mu nic neudělal, ale byl u toho a držel dveře. Záznam sestry doprovází také informace o postoji obou zmíněných pacientů, podle nichž pacient 3 lže, aby byl zajímavý. V záznamu lékaře je následně uvedeno, že pacienta přestěhovali do jiné ložnice. K pravděpodobnosti či pravdivosti tvrzení se lékař nevyjadřuje. Jako objektivní zjištění z pohovoru pouze zaznamenává, že pacient „má pocit viny, cítí se poškozený, ale autoakusace, sám k tomu podnět nedal“. Další pohovor ani opatření ze strany nemocnice nebyly podle dokumentace učiněny. Zůstal trvalý dohled stupně 1.

Další den na individuální vizitě pacient sděluje primářce, že řekl všechno podle pravdy, nechce nic dodat. Sděluje, že je v tom nevinně, sám nic neinicioval. Dodává, že před 2 roky s ním policie řešila případ análního pohlavního styku, který po něm chtěl jiný chlapec. V záznamu je uvedeno, že je pacient somaticky bez obtíží a došlo k navýšení medikace. Toho dne odpoledne podle záznamu sester u pacienta přítomna rozlada a agrese, protože se mu jiný pacient posmívá, že pacientovi 6 nastavoval své přirození. S pacientem na sesterně proveden pohovor. Večer pacient odmítá večeri, chce s někým hovořit; sděluje, že chce zpět do dětského domova.

Z další dokumentace pacienta vyplývá, že nemocnice nepodnikala jiná opatření kromě dohledu pro sexualizované chování. Tvrzené sexualizované chování nebylo zaznamenáno ani řešeno jako nežádoucí událost. Další podpůrné rozhovory k události byly učiněny na žádost pacienta. Dne D3 na žádost proběhl podpůrný pohovor s psychologem.

V dalších dnech se opakovaly neshody a brachiální konflikty s pacientem 6 i pacientem 7.¹⁹ Opakovaně pacient také sděloval, že už v nemocnici nechce být.

Pro vytvoření komplexního obrazu doplňuji poznatky ze zdravotnické dokumentace údajného pachatele, pacienta 6.

17 Záznamy ze zdravotnické dokumentace pacienta byly poskytnuté nemocnicí za období [časový údaj]XXX. V psychologickém vyšetření nacházím informaci, že v [časový údaj] XXX byl vyšetřován PCR pro trestný čin pohlavního zneužití.

18 „On to udělal, protože se pacienta 6 bojí. Vyhrožoval mu, že ho zmlátí, ‚dá mu megavelkou do přirození‘.“ Dále uvedl, že to stejné chtěl onen pacient i po dalším pacientovi (pacient 7) a ten prý „mu ho taky vykouril“. Vyhrožoval fyzickou agresí i jemu. „V případě, že to neřeknou, dostanou čokoládu.“ Na sesterně pláče, říká, že se bojí.

19 Viz např. záznam sestry v jeho zdravotnické dokumentaci ze dne D5 v 13:00 hod.; ze dne D6 v 14:00 hod.; ze dne D14 v 16:53 hod. nebo D16 v 17:23 hod. Nebo záznam lékaře ze dne D11 v 7:44 hod.



Dvanáctiletý pacient rehospitalizovaný na oddělení Y od [časový údaj] XXX pro hyperkinetickou poruchu chování. V dekurzech pacienta jsou časté zmínky o provokacích jiných pacientů. Po obvinění pacientem 3 ze sexuálního obtěžování s ním hovořil lékař. Ze záznamu je patrné, že pacient nejprve účast na události zapírá, je tenzní. Pak uvádí, že si „vykouřili vzájemně“. Neuvedl nic k roli pacienta 7. Lékařka si poznamenala, že není možné zjistit, kdo z pacientů lže víc a že zváží oznámení na policii. Dále zavedla medikaci a ponechala dohled 1. Pohovor s pacientem prováděly i sestry – při konfrontaci s obviněním pacient nejprve pláče, zapírá a říká, že pacient 3 lže. V záznamu uvedeno, že není možné zjistit, kdo z nich lže. Z dalších záznamů je viditelné neformální zvýšení dohledu pro riziko sexualizovaného chování. Somatická prohlídka byla učiněna při koupání dne d3 s hodnocením: „0“.

Den po tvrzeném pohlavním zneužití se lékař znovu doptává na sexualizované chování. Pacient nic doplnit nechce a nic ho nebolí. Lékař zaznamenává podezření na sexualizované projevy a poznamenává, že pacient zapírá, neví, kdo to inicioval, napadlo to oba. Zůstává stupeň dohledu 1.

Pacient absolvoval schůzky s psychologem za účelem vyšetření (D2, D3, D11 a D16). Ze záznamů psychologa však nevyplývají žádné relevantní informace k sexualizovanému chování na oddělení. K tomuto tématu nebyl veden podpůrný pohovor.

Hodnocení případu

Jde o případ, kdy se pacient svěřuje, že má sexuální kontakt s jiným pacientem a má strach a že se tyto události opakují. Tvrzené skutečnosti jsou možné (pacient má sexualizované chování v anamnéze, je nevyrovnaný a konfliktní, riziko sexualizovaného chování je personálu známo, druhý pacient styk potvrdil, pacient nařčení neodvolal). Tedy není jisté, ale je dost věrohodné na to, aby tým oddělení Y reagoval.

Jako adekvátní reakci hodnotím, že personál se snažil skutečnost objasnit a že pacienta přestěhovali do jiné ložnice, když se jeho tvrzení týkalo jednoho pacienta. Toto bylo učiněno urychleně. Protože také mohly být role obráceny, považuji za adekvátní předpis lékaře, aby sestry sledovaly případné sexualizované chování u pacienta 3.

Co však považuji ve světle výše uvedených zásad za nedostatečné, je absence intenzivnější odborné podpory (rozhovor s psychologem až na žádost pacienta) a značně neformální postup personálu oddělení Y. Sice se patrně zintenzivnil dohled, ale formálně zůstal jeho stupeň nezměněn. Podotýkám, že dohled pro vysoké riziko sexualizovaného chování byl u pacienta 3 nastaven již předtím, a sexuální styky tím odhaleny nebyly. Nebyla nahlášena, a tedy ani hodnocena nežádoucí událost, takže nebyla dohodnuta reakce v rámci multidisciplinárního týmu (alespoň to vyplývá ze zdravotní dokumentace pacientů). Není dokumentováno, zda byl pacient nějak chráněn, respektive ostatní chráněni před ním.

4.1.2 Zranění pacienta 8 na oddělení Y v [časový údaj] XXX

Třináctiletý pacient 8 byl hospitalizován na oddělení Y od [časový údaj] XXX. Šlo o stabilizační pobyt při posttraumatické stresové poruše, přítomno podezření na nepřiměřený sexuální vývoj. Lékař indikoval dohled 1.



Dne D21 v 7:55 hod. byl pacient zdravotníkem nalezen v ložnici na zemi se zraněním dolní čelisti, tržnou ránou na bradě a poškozeným zubem. Pacientovi byla okamžitě zajištěna zdravotní péče a byl skrze RZS převezen na stomatochirurgii. Tím jeho pobyt v psychiatrické nemocnici skončil. Na stomatologické klinice byl pacient ošetřen a operován s tím, že poranění spočívalo ve dvojnásobné zlomenině dolní čelisti se zlomeninou zubu a jeho ztrátou, zlomenině korunek více zubů, uvolnění řezáků a tržné rány na bradě.

Událost byla okamžitě řešena jako nežádoucí událost. Znamky cizího zavinění nejprve nebyly zjištěny. Pacient ještě před odjezdem uvedl, že vstal, uklouzl a upadl na hranu postele. Ještě téhož dne večer ale nemocnice obdržela informaci od jeho matky, že lékař ze stomatochirurgie údajně vyhodnotil, že zranění neodpovídá pádu na hranu postele. Pacient měl sdělit, že jej v koupelně napadl pacient 1. „Držel ho prý zezadu pod krkem a pak mu dal pěstí do ‚pusy‘.“ Na pokoji pak pacient zkolaboval. Uvedl svědky události a tvrdil, že „mu kluci vyhrožovali, že dostane, pokud to řekne“.

Ze studovaných dekurzů pacientů, kteří mohli být svědky události, vyplynulo, že je lékaři vyslechli za účelem zjištění původu zranění. Pacienti shodně popsali, že před úrazem neslyšeli hovor ani hádku a zaznamenali až pád pacienta na zem. Podle jednoho z pacientů „šel pacient 8 na WC“. „Pak se vracel, lehl si na postel, že mu je ‚blbě‘, šel za sestrou, zatočila se mu hlava a padl na zem rovně dopředu a dal si do brady.“ Také jiný pacient vypověděl, že pacient 8 před úrazem říkal, že „je mu ‚blbě‘ a jde za sestrou“.

Možný aktér, pacient 1 při pohovoru s lékařem dne D22 jakoukoliv účast na zranění pacienta 8 popřel. Popisuje průběh zranění podobně jako ostatní svědci. Dále ze záznamu lékaře vyplývá, že konzultoval věc s primářkou oddělení k zavedení ad hoc medikace. Lékař konstatuje, že u pacienta 1 „nadále trvá skrytá agrese, manipulace, je šedou eminencí na stanici, pacienti před ním mají respekt, říkají, co si přeje, aby se s ním nedostali do konfliktu“. Hodnotí, že „pacienti vypovídají k úrazu spolupacienta nápadně jednotně“. V dokumentaci také uvádí, že jej noční sestra ze dne D20 na D21 upozorňuje na nestandardní chování pacienta v noci a nerespektování autority. Proto lékař z důvodu obavy z nebezpečnosti pacienta navýšil jeho medikaci a byl povolán na pomoc pendler pro stanice X a Y. Ošetřovatelský personál měl v případě neklidu ihned volat lékaře. Také z dalších záznamů lékaře vyplývá podezření na ovlivnění ostatních a strach ostatních pacientů z pacienta 1.

Dne D22 nemocnice podala trestní oznámení pro podezření, že se pacient 1 zraněním pacienta 8 dopustil provinění ublížení na zdraví. Dne D24 se na oddělení Y dostavila vyšetřovat policie.

Nemocnice se i přes ukončení hospitalizace snažila se zraněným pacientem a jeho matkou dále spolupracovat a zjistit skutečný průběh události. Dne D26, kdy byl pacient propuštěn ze stomatochirurgie do domácí péče, proběhl telefonní kontakt s matkou pacienta a byl domluven telefonní hovor pacienta s ředitelkou nemocnice. Následně dne D29 bylo učiněno šetření nežádoucí události za přítomnosti ředitelky, primářky, zraněného pacienta a jeho matky. Ze šetření nicméně nevyšly najevo žádné nové skutečnosti a závěrem šetření zůstal nevyjasněn mechanismus zranění. Další postup k vyjasnění události byl přenechán



policejnímu orgánu. Podle vyjádření stomatologické kliniky, které jsem si vyžádala, byl mechanismus vzniku zranění neprokazatelný.

Dne D29 byl pacient v nemocnici na kontrole v rámci ambulantní péče. Chtěl odvyprávět, jak došlo k jeho zranění. Uvedl: „Kolem 8 hodiny ráno šel na toaletu, přišel za ním pacient 1, otevřel WC a chtěl, aby mu ho ‚vykouřil‘ a ‚strčil ho do pusy‘.“ Dále sděluje, že se bránil, nechtěl to udělat, kopnul ho. Pacient 1 řekl, že si to s ním vyřídí. „Když se vrátil na pokoj, dal mu pacient 1 ‚kravatu‘, dusil ho a pak ho hodil na čelo postele, a tím se bouchnul do brady. Tekla mu krev. Udělalo se mu pak špatně.“ Při další kontrole v ambulanci dne D28 však uvedl, že si to vymyslel. Chtěl, aby ho pacient 1 zranil, aby mohl domů. Lékař si poznačil k chování pacienta „sebedestrukce, lži, nerespekt k autoritám“. Matce pacienta bylo kvůli změně popisu události doporučeno konzultovat se svým advokátem informování orgánů činných v trestním řízení.

Hodnocení případu

V tomto případě nemocnice reagovala na náhlou událost. Zraněnému byla okamžitě zajištěna adekvátní pomoc. Prvotní zjištění na oddělení nenasvědčovala cizímu zavinění. Jakmile se nemocnice od matky zraněného dozvěděla konkrétní hypotézu o účasti jiného pacienta, personál cíleně děti zpovídal. Přes nezjištění jasného důkazu o vině byla přijata opatření vůči nařčenému pacientovi, který byl znám jako silnější, s tendencí šikanovat a který v posledních dnech narušoval klid na oddělení – byly mu předepsány léky na zklidnění a byl posílen personál pro noc z D21 na D22. Tato opatření hodnotím jako adekvátní a včasné.

Zvláště pak považuji za správné, že byla informována policie, protože rozsah zranění byl velký a pouhá pochybnost o cizím zavinění je zde vážnou okolností; adekvátní vyšetření takové události může zajistit pouze orgán činný v trestním řízení.

4.1.3 Možné zneužití pacienta 4 pacientem 1 na oddělení Y v [časový údaj] XXX

Třináctiletý pacient 4 hospitalizovaný na stanici Y od [časový údaj] XXX z ústavní výchovy pro konflikty v dětském domově, s rizikem sexualizovaného chování, heteroagresivity a impulzivity. Byl v péči sexuologické ambulance (cítí se být ženou) a v anamnéze má sexuální styky se staršími kluky. Ze záznamů je zřejmé, že součástí dohledu nad pacientem bylo sledování, zda se nevyskytnou sexualizované projevy. Ty během pobytu zaznamenány byly, stejně jako drobné provokace. V kolektivu byl pacient nepřijatý.²⁰

V záznamu sester ze dne d20 je uvedeno, že osahává pacienta 9 a říká mu, že ho v noci znásilní. Večer se svévolně přestěhoval na jinou ložnici, byl vulgární na sestry a vrátil se až po opakovaném důrazném napomenutí. Dne D21 si způsobil škrábance na předloktí, protože měl „nervy“. Dne D22 uvedl, že měl nervy z pacienta 1. „Pohádali se, že něco řekl.“ Lékař zaznamenává, že se pacient jeví tenzní, má vyhýbavé odpovědi, údajně hnusné sny o pacientovi 1, sexualizované verbalizace a vulgarismy k sestrám. Lékař dne D23 zaznamenal marginální pozici pacienta v komunitě a hrozbu ostrakizace.

20 Mám k dispozici záznamy ze zdravotnické dokumentace pacienta za období od [časový údaj] xxx.



Dne D24 ráno pacient sděluje lékaři, že „se bojí pacienta 1, pohádali se, měli se rádi, dali si pusy na pokoji, to bylo vzájemné, ale jemu se pak zdálo, že ho pacient 1 znásilnil a druhý den, že měli svatbu“. Následně přiznává, že spolu měli D22 večer na záchodě anální pohlavní styk z iniciativy pacienta 1. Teď se ho bojí, protože mu vyhrožoval, že ho zbije, když to řekne. Dále uvedl, že ho bolí spodní ret, kam ho pacient 1 kousnul při líbání. Lékař se nevyjadřuje ke stavu rtu nebo konečníku. Z denních záznamů lékaře ani sester nejsou patrné žádné další kroky vůči pacientovi ve světle jeho sdělení.

Dalšího dne je sexualizované chování mezi pacienty nahlášeno jako nežádoucí událost. Z dekurzů je patrný zvýšený dohled nad pacientem pro riziko sexualizovaného chování, nicméně až do konce hospitalizace zůstal ponechán dohled 1. Konstatovány tendence k provokacím jiných pacientů. Plán v lékařské epikrizě ze dne D25 se tohoto tématu nedotýká. Dne D28 pacient 4 lákal pacienta 9 ke společnému sprchování.

Podpůrnou intervenci psychologa měl pacient dne D22 k tomu, že je drzý na sestry. Ze záznamů psychologa nevyplývá, že by s pacientem pracoval kvůli nežádoucí události, při níž měl být v pozici oběti.

Dne D26 oznámila nemocnice státnímu zastupitelství, že mohlo dojít k trestnému činu.

Pro vytvoření komplexního obrazu doplňuji také poznatky ze zdravotnické dokumentace údajného pachatele.

Patnáctiletý pacient 1 dobrovolně hospitalizovaný na oddělení Y od [časový údaj] XXX do XXX zejména za účelem diagnostiky. Lékařem indikován dohled 1.

Ze záznamů plyne, že pacient byl v kolektivu dominantní díky fyzické síle, objevily se u něj tendence k šikaně a fyzickému násilí na spolupacientech. Dne D6 byl zaznamenán incident, kdy stahoval jinému pacientovi kalhoty a nabádal ostatní pacienty, aby si stahovali kalhoty. Nejprve byl ubytován na pokoji mj. s pacientem 4, po konfliktu mezi nimi ze dne D8 byl přestěhován na jiný pokoj. Propuštění pacienta bylo plánováno na D26. Dne D21 byl na oddělení závažně zraněn pacient 8, přičemž vyvstalo podezření, že je způsobil právě pacient 1 (viz kazuistika 4.1.2).

Při konfrontaci s tvrzením o pohlavním zneužití pacienta 4 nejprve vše zapíral, později však přiznal, že dne D22 večer „nějak v době telefonátů“ měl s ním na záchodě anální pohlavní styk. Udal, že za ním pacient 4 přišel, chtěl po něm sex, přemluvil ho k tomu. Tvrdil, že za nic nemůže. Lékař dne D24 v reakci na to od 10 hodin indikoval dohled 2, který zůstal až do konce hospitalizace. Personál i nadále zaznamenával skryté provokace a snahu o dominantní postavení mezi chlapci. Lékaři s pacientem provedli několik pohovorů.

Ze záznamů psychologa nevyplývá, že by v souvislosti s událostmi D21 a D22 s pacientem 1 terapeuticky pracoval (snad s ohledem na jeho plánované propuštění), nebo že by obecně téma projevování sexuality bylo zařazeno na program skupinové psychoterapie. Psycholog se účastnil výslechu pacienta policií, který proběhl dne D24 v jiné věci. Dne D26 byl pacient propuštěn do domácí a ambulantní péče. Podezření na pohlavní zneužití jiného pacienta ve zprávě ošetřujícímu lékaři není zmíněno.

Hodnocení případu



Opět jde o případ, kdy se pacient svěřuje, že měl sexuální kontakt s jiným pacientem a má strach. Tvrze skutečnosti jsou možné a jsou i pravděpodobné (pacient 4 má v anamnéze sexualizované chování, je nevyrovnaný a konfliktní, druhý pacient sex potvrdil a zároveň se již projevoval dominantně a manipulativně). Ostatně před uvedenými daty ošetřovatelský personál sledoval a zaznamenával, zda je u pacienta 4 pozorováno sexualizované chování, a tvrzení ze dne D24 bral personál vážně.

Jako adekvátní reakci hodnotím, že personál se snažil skutečnosti objasnit a stanovil možnému iniciátorovi vyšší stupeň dohledu, takže neopouštěl oddělení. Toto bylo učiněno okamžitě. Následně nemocnice také zpracovala událost jako nežádoucí událost a podala podnět policii, aby mohl být případ nezávisle vyšetřen. Napříště by nicméně bylo lépe podat podnět bezodkladně, ne až dva dny od nahlášení případu.

Co však považuji ve světle výše uvedených zásad za nedostatečné, je absence důkladnějšího somatického vyšetření u pacienta 4 v reakci na sdělení o análním sexu a poraněném rtu a absence intenzivnější odborné podpory pro oba pacienty. Reakce multidisciplinárního týmu není naplánována. Není dokumentováno, zda byl pacient 4 nějak chráněn, respektive ostatní chráněni před ním, nebo zda byli ostatní pacienti chráněni před pacientem 1. V záznamu sester ze dne D25 je u pacienta 4 záznam, že trvalý dohled je nutný pro nebezpečí sexualizovaného chování. Tento stupeň i zaměření dohledu však měly sestry už před událostí dne D22 a nezachytily ji. Proto se jeví být bez dalšího nedostatečný, alespoň do D26, kdy byl pacient 1 propuštěn.

4.2 Hodnocení případů

V případech, které jsem předešlela, jsou možnými pachateli násilí či zneužití soukromé osoby (pacienti, děti). Přesto zde s ohledem na povinnost psychiatrické nemocnice starat se o prospívání umístěných pacientů vyvstává možná odpovědnost státu – za zajištění ochrany pacientů a případného vyšetřování.

4.2.1 Obecná opatření

Nemocnice rutinně činí obecná opatření: zajišťuje dohled provázený pořizováním četných záznamů, sleduje pacienty vytipované jako rizikové v oblasti šikany či sexualizovaného chování, usiluje o kladné vztahy a pocit důvěry u dětí.²¹ Z plánů kontrolní činnosti, analýz nežádoucích událostí, vysoké úrovně vnitřních předpisů i posilování bezpečnostních prvků v nemocnici je patrné, že se nemocnice s rizikem špatného zacházení snaží dlouhodobě pracovat a zvyšovat úroveň poskytované péče.

Jako reakci na druhý a třetí případ z [časový údaj] XXX nemocnice uskutečnila poradou, na níž přijala několik preventivních opatření do budoucna. Jako reakci na sexualizované

21 Některé děti uváděly, že se na oddělení necítí bezpečně při afektivních raptech ostatních dětí, při jejich sebepoškozování, křiku, vzájemném napadání atp. Zároveň ale v rozhovorech shodně zaznívalo, že na takové projevy personál reaguje. Od dívek zaznívalo jistá ambivalence: na jednu stranu personál (zpravidla děti uváděly sestry, následně lékařky a až poté psychology) pomáhá v případě, že si pacientky potřebují při pocitu nepohody popovídat. Zároveň opakovaně zaznívalo, že si o rozhovor musí říct. Od chlapců zaznívalo, že se mohou svěřit sestrám, pokud potřebují, ale raději hovoří o svých věcech s kamarády. Více než dívky ale sdělovali, že za sestrami tolik chodit nemusí, pokud by jim někdo ubližoval, vyřídí si to sami.



chování je nařízeno ponechávat u patientských pokojů otevřené dveře, průběžně procházet a kontrolovat ložnice, důsledně provádět nahodilé fyzické kontroly pacientů v ložnicích, a to v různých časových intervalech a ponechávat rozsvícená noční světla. Uvedená opatření byla zároveň stanovena jako předmět kontrolní činnosti pro vrchní a staniční sestry. To je adekvátní.

Zároveň však jsem znepokojena tím, že je nadále možné, aby z kapacitních důvodů sdíleli ložnice potenciální oběti a potenciální agresori. Jde o to, že u některých pacientů vystává již od přijetí do nemocnice vyšší riziko – přicházejí s nevyřešeným problémem šikany ze školy, byli již obětí zneužití mezi vrstevníky nebo v rodině, jsou nějak nápadní. Že se stávají součástí kolektivu na oddělení, je jedna věc. V ložnicích by ale měli být v chráněném prostředí.

Dále předpokládám, že pokud by na oddělení Y byly k dispozici jednolůžkové pokoje, byly by využívány k samostatnému ubytování možných původců násilí nebo dětí v nějak specifickém rozpoložení.

Je vidět, že na oddělení Y k událostem značné závažnosti čas od času dochází, a proto doporučuji hledat způsob, jak zajistit více rozrůzněné ubytování a samostatné ubytování.

Dále si dovoluji podotknout, že u pacienta 1 byly zaznamenány incidenty kvůli kouření, jež měl přirozeně v nemocnici zakázané. Obecně vzato, u dětí, které kouří léta, se mohou objevit příznaky abstinenčního syndromu (srov. také poznámky v dokumentaci pacienta 4 a 6), tenze a časté porušování vnitřního řádu. **Nemocnice by mohla v těchto případech zvážit použití nikotinové náhražky, aby nemusela k již tak náročné práci na oddělení řešit ještě tyto zdravotní a výchovné problémy.**

Opatření:

2) Na odděleních pro starší děti zřídit několik jednolůžkových pokojů (do 1 roku).

4.2.2 Opatření k ochraně konkrétních pacientů

Z právního standardu prevence špatného zacházení vyplývá následující test: (1) Věděla nemocnice, nebo měla vědět, že je konkrétní pacient (nebo skupina pacientů) ve skutečném a bezprostředním nebezpečí? (2) Pokud ano, přijala v reakci na to k odvrácení rizika všechna dostupná opatření, jež od ní bylo možné rozumně očekávat?²² Pokud již ke špatnému zacházení dochází, je zde povinnost dalšímu pokračování rychle zamezit. Zároveň je při zpětném přezkumu případů zapotřebí nezaujímat postoj „po bitvě každý generál“, ale pokusit se mít optiku účastníků událostí.

Domnívám se, že ve všech třech případech neměla nemocnice předem dostatečně konkrétní indicie, že k událostem dojde. Sice jí bylo známo potenciální riziko nežádoucího chování (šikanování pacientem 1 a sexualizovaného chování u pacienta 4), to však bylo obecné a personál je zohledňoval v rámci dohledu. Jakmile k událostem došlo, resp.

²² Jedná se o tzv. Osman test, aplikovaný Evropským soudem pro lidská práva na případy úmrtí a špatného zacházení a i na případ šikany mezi dětmi, srov. Đorđević proti Chorvatsku ze dne 24. července 2012, č. 41526/10, bod 138 a 139.



jakmile personál vyslechl od údajných obětí sdělení, že je někdo obtěžoval, nastoupila povinnost adekvátně zareagovat – zabránit opakování, minimalizovat škody, umožnit řádné vyšetření.

Jak jsem výše rozebrala, kroky, které personál učinil, považuji za vhodné a činěné zavčas. Zároveň však podle mého názoru nebyly kompletní. V prvním případě nebyla příhoda řešena jako nežádoucí událost, čímž se promarnila příležitost celkově zhodnotit potřebu přijetí opatření. V prvním a třetím případě, kdy nebylo možné vyloučit opakování, nebyl bezprostředně stanoven jednotný plán pro celý pečující tým. Co se týká dohledu ve třetím případě, s ohledem na neúčinnost dosavadní vysoké úrovně dohledu, měl být buď ještě více posílen, nebo domnělý (již dvojnásobný) agresor oddělen od kolektivu dětí.²³ Ve třetím případě chyběla somatická prohlídka. Ani v jednom případě nebyli využiti psychologové k poskytnutí podpory dotčeným dětem (individuálním pohovorem) či celému dětskému kolektivu (tematickým zaměřením setkání skupinové psychoterapie).

Domnívám se, že první a třetí případ ukazují, že nemocnice by měla důsledněji dodržovat nastavené postupy. Respektive ty by si měla upravit do promyšleného protokolu (postupu) v případech násilí či zneužití, jenž by zahrnoval všechny potřebné kroky: podle potřeby okamžité ošetření, upravení a zaměření dohledu, případné oddělení oběti či útočníka, objasňování podrobností a pravých příčin, odbornou pomoc dotčeným, informování příslušných osob.

Opatření:

- 3) V případech, kdy tvrzení pacientů či jiné poznatky nasvědčují spáchání mezipacientského násilí či zneužití, operativně provést multidisciplinární hodnocení události, naplánovat úkoly jednotlivých členů pečujícího týmu a toto dokumentovat (průběžně).**
- 4) Posílit složku psychoterapeutické podpory domnělým obětem i útočníkům (průběžně).**

4.2.3 Informování příslušných orgánů

Pokud je případ násilí či zneužití dostatečně vážný (tvrzení je věrohodné,²⁴ možná újma je závažná), je zde povinnost státu provést účinné úřední vyšetřování, byť by šlo o útok ze strany spolupacienta. Evropský soud pro lidská práva v některých případech mezipacientského násilí uvádí jako postačující, když se případ řeší občanskoprávní cestou. Nicméně jakmile je zde úmysl pachatele (nešlo o nedbalost), náleží šetření orgánům

23 Dne D24 lékaři sice neměli důkaz, že by byl pacient 1 útočníkem ve věci vážného zranění pacienta 8, ale věděli, že někteří pacienti se ho bojí a že k úrazu mohlo dojít jinak, než děti vypovídaly. Dále věděli, že pacient 1 mívá u sebe zakázaný oheň a že se chová bez respektu k autoritě personálu.

24 Z hlediska právního je rozhodující, zda se jedná o **tzv. hájitelné tvrzení** špatného zacházení. Tvrzení je hájitelné, pokud není zcela nevěrohodné a nepravděpodobné, je možné i časově, je dostatečně konkrétní a v čase neměnné. (Nález Ústavního soudu ze dne 2. 3. 2015, sp. zn. I. ÚS 1565/14.) Včasnost jeho vznesení hraje roli při jeho hodnocení, ale není to podmínkou.



činným v trestním řízení.²⁵ S ohledem na to, že nemocnice není odborník na trestní právo, aby tyto nuance posuzovala, a účinné zajištění důkazů si v těchto případech vyžaduje urychlený postup, měly by se případy raději vždy předkládat orgánům činným v trestním řízení, aby si samy provedly prvotní posouzení a případné zajištění důkazů nebylo zmařeno. Nemocnice by si měla pouze „pohlídat“ rozsah sdělovaných skutečností (nebo získat souhlas pacienta-oběti či jeho zákonného zástupce), aby postupovala v souladu s povinnou mlčenlivostí podle § 51 zákona o zdravotních službách.

Ve druhém a třetím případě se orgány činné v trestním řízení relativně rychle dozvěděly o skutečnostech, které mohly svou závažností odpovídat špatnému zacházení. Ve třetím případě by bylo lépe podat podnět bezodkladně, ne až dva dny od nahlášení případu. Příslušné orgány nicméně na základě toho mohly provést účinné vyšetřování.

První případ je sporný s ohledem na protichůdná tvrzení pacientů. Lékař nicméně trestní oznámení zprvu zvažoval. V takovém případě bych očekávala, že nemocnice případ důkladně posoudí (což se na multidisciplinární úrovni nestalo, alespoň ne jako nežádoucí událost) a úvahu, zda podat, či nepodat trestní oznámení, náležitě zdůvodní ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Pokud se na základě aktuálně dostupných informací rozhodne trestní oznámení nepodat, měla by alespoň informovat zákonné zástupce možné oběti, aby zvážili své vlastní kroky.

Podotýkám, že povinnost úředního vyšetřování se týká i případů, kde možným pachatelem je dítě. Dítě mladší patnácti let není trestně odpovědné, tj. nemůže být stíháno za spáchání trestného činu, o jeho činu však hovoříme jako o „činu jinak trestném“. Podobně je tomu u mladistvých, kteří v době spáchání činu nedosáhli k trestní odpovědnosti dostatečné rozumové a mravní vyspělosti. I v případě trestní neodpovědnosti zůstává důvodný zájem na tom, aby tyto činy byly náležitě vyšetřeny.

Je-li spáchán čin jinak trestný, policejní orgán (a státní zastupitelství) činí prověřování, zda se dítě daného protiprávního jednání skutečně dopustilo, a soud pro mládež případně uloží opatření potřebná k jeho nápravě.²⁶ Skutečnost, že se jedná o nezletilého pachatele, má svůj význam při posuzování, zda je opatření nutné ukládat, a pokud ano, jaký druh opatření má být zvolen. Pouze podotýkám, že uvedené platí i pro čin pohlavního zneužití či znásilnění spáchaný dítětem mladším 15 let.²⁷

Apeluji proto na nemocnici, aby v případech, kdy se dozví o vážném násilí či zneužití mezi pacienty (ať již na základě zranění pacienta nebo prostřednictvím tzv. hájitelného tvrzení), zajistila předání podezření orgánům činným v trestním řízení, s ohledem na delikátnost problematiky v zásadě státnímu zastupitelství.

25 Srov. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Isayeva proti Ukrajině ze dne 4. prosince 2018, č. 35523/06.

26 Ustanovení § 90 odst. 1 zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), ve znění pozdějších předpisů.

27 Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 26. března 2014, sp. zn. 8 Tdo 295/2014.



Opatření:

- 5) V případech, kdy tvrzení pacientů či jiné poznatky nasvědčují spáchání násilí či zneužití, vždy provést (a zdokumentovat) úvahu, zda není namístě informovat státní zastupitelství; v pochybnostech podezření na spáchání trestného činu nebo činu jinak trestného sdělovat státnímu zastupitelství; ve všech případech pak informovat zákonné zástupce možné oběti, aby zvážili své vlastní kroky (průběžně).**

4.3 Slučování oddělení

Z důvodu výkyvů v počtech pacientů dochází v průběhu kalendářního roku ke slučování oddělení. Po celé letní prázdniny a dále až do pondělí 8. 10. byla spojena oddělení A7 a B4. V době návštěvy bylo na oddělení A7 8 pacientů ve věku 6 až 11 let a na oddělení B4 15 pacientů ve věku 12 až 18 let. Důvodem rozdělení oddělení bylo přijetí osmého chlapce na oddělení A7.

Pacienti z oddělení A7 společný pobyt vnímali jako problematický, při rozhovorech opakovaně uváděli, že mají radost, že už nebudou pohromadě se staršími chlapci. Uváděli, že mezi nimi a staršími chlapci docházelo ke konfliktům, prali se a uráželi. Z rozhovorů bylo také patrné, že negativně vnímali nežádoucí události, které se odehrály na spojeném oddělení mezi staršími chlapci (viz případ z kapitoly 4.1.1). O konfliktech a provokacích mezi mladšími a staršími chlapci svědčí i záznamy ze zdravotnické dokumentace pacientů.

Neuvádím nic překvapivého. Sloučení je racionální krok, který však má svoje negativa v tom, že se rozšiřuje spektrum pacientů na jednom oddělení. Když jsou pohromadě děti různé psychopatologie, věku a zvláštních potřeb, roste riziko vzájemného negativního působení, ostrakizace či šikany a práce personálu se ztěžuje. Pacienti mladšího školního věku se mohou vůči adolescentním pacientům ocitát ve slabším postavení a jsou tak zranitelnější.

Personál nemocnice musí být ostražitý a personální a organizační opatření při sloučení by měla minimalizovat riziko uvedených patologických jevů.

5. Agenda nežádoucích událostí

Systém hlášení nežádoucích událostí představuje nástroj sledování možných rizikových aspektů poskytování péče, včetně napadení pacienta pacientem, napadení personálu pacientem a sebepoškození. Pokud je jejich agenda vedena důsledně, nabízí mimo jiné obraz bezpečnosti na jednotlivých odděleních a náročnosti práce personálu. Nemocnice dostává zpětnou vazbu o účinku různých organizačních, personálních a jiných opatřeních a ideálně je zde rovněž nástroj k porovnání s jinými nemocnicemi.

V nemocnici je systém nežádoucích událostí upraven ve směrnici *SOP 11 Hlášení nežádoucích událostí* ze dne 1. 9. 2016. Zkoumala jsem jej jak na základě přehledu nežádoucích událostí za rok 2018, jednotlivých nežádoucích událostí v témže roce a analýz



nežádoucích událostí za roky 2016 a 2017,²⁸ tak s ohledem na konkrétní vytipované kazuistiky pacientů. Celkově mohu konstatovat, že nemocnice se systémem aktivně pracuje a bezodkladně reaguje na zjištěné problémy. Zjistili jsme však nedůslednost v hlášení událostí. Každý zaměstnanec má sice povinnost nahlásit nežádoucí událost, o níž se dozví, některé případy násilí však nahlášený nebyly.

Příkladem nenahlášené události jsou napadení pacientů ze strany pacienta 3 [časový údaj] XXX, jež minimálně v jednom případě zanechal zranění,²⁹ nebo situace popsána v kapitole 4.1.1, kdy se [časový údaj] XXX pacient svěřil ohledně možného pohlavního zneužití jiným pacientem. Podle směrnice by tyto epizody nežádoucími událostmi být měly (za nežádoucí událost lze považovat události, které vyústily nebo mohly vyústit v tělesné poškození pacienta, jemuž se bylo možné vyhnout nebo u něhož tato možnost není dosud známa; dále jsou za nežádoucí událost považovány i případy, kdy došlo k psychickému poškození pacienta). V uvedených případech nebyla ve zdravotnické dokumentaci úvaha, zda napadení představují nežádoucí událost, respektive proč ne.

Co se týká napadení personálu pacientem, z porovnání přehledu nežádoucích událostí³⁰ s Evidenční knihou úrazů na pracovišti vyplynulo, že v knize úrazů je případů takových napadení více, než kolik je evidováno jako nežádoucích událostí. Šlo o období od ledna do 23. září 2018, kdy v knize bylo takových napadení 33 (z celkových 41 úrazů) a mezi nežádoucími událostmi do 8. října jen 11.

Pokud není vykazování důsledné, výsledky analýz nežádoucích událostí, které nemocnice každý rok zpracovává, jsou či budou zkreslené. Nemocnice tak bude mít zkreslený obraz o náročnosti péče pro personál, bezpečnosti na odděleních i celkové situaci v nemocnici. **Předkládám tuto zpětnou vazbu vedení nemocnice k dalšímu využití a uvítám vyjádření k ní.**

28 Počty případů za rok: napadení pacienta pacientem 8/2016, 3/2017; napadení personálu pacientem 7/2016, 21/2017.

29 Srov. záznam sestry ze dne XXX v 17:35 hodin, že „pacient šel bezdůvodně na cizí pokoj a zmlátil pacienta xy. Pohovorem byl odkloněn.“ Záznam sestry a ani záznam lékaře z téhož dne neobsahuje bližší popis události, která mohla vyústit nebo dokonce vyústila ve zranění pacienta. Dále dne XXX v 7:15 hodin tento pacient napadl pěstí na ložnici jiného pacienta. Když ho šel další pacient 6 bránit, dal mu pacient 3 pěstí do obličeje. V záznamu lékaře z dokumentace napadeného pacienta je k incidentu uvedeno pouze „zraněn po konfliktu s pacientem xy. Somaticky kontuze dolní čelisti vpravo, bez známek fraktury.“ V záznamu sester je kromě toho uvedeno i „somatický nález: hematoma na P prsu.“ Ve stejný den ve 14:00 hod. pacient 3 podle záznamů v dokumentaci při odchodu na program na schodech opět surově napadl jiného pacienta, přítomna byla lékařka. Musel být oddělen od dětí a odveden zpět sestrou na stanici, kde ihned začal shazovat židle. Záznam sestry ani záznam lékaře ani v tomto případě neobsahoval bližší zhodnocení situace.

30 Podle směrnice jsou nežádoucími událostmi také případy, kdy je poškozeným Dětská psychiatrická nemocnice jako právní subjekt, její majetek či její zaměstnanec nebo návštěvník nemocnice. Úrazy zaměstnance, které vzniknou v souvislosti napadením zaměstnance pacientem, jsou nežádoucí událostí vždy a musí být zaznamenány v IS HIPPO – nežádoucí události. Ostatní úrazy zaměstnanců se zaznamenávají do Evidenční knihy úrazů na pracovišti (bod 5 SOP 11 Hlášení nežádoucích událostí ze dne 1. 9. 2016). Nežádoucí událostí je i verbální napadení personálu (bod 4 SOP 16 Ošetřovatelský přístup k neklidnému, agresivnímu pacientovi ze dne 1. 2. 2017).



6. Bezpečnostní opatření

6.1 Organizační a technická

V nemocnici byla v posledních letech přijata nová opatření s cílem posílení bezpečnosti jak pacientů, tak personálu. Některá z těchto systémových opatření byla navržena také jako reakce na výsledky analýz nežádoucích událostí.

Bezpečnostní prvky a opatření pro personál vyjmenovává vnitřní předpis *SOP 10 Omezovací prostředky používané v DPN Opařany*. Řadí mezi ně nepřetržitou dostupnost lékaře, možnost přivolání si pomoci skrze telefonní aparát na stanici, možnost tísňového volání, bezpečnostní telefonáty mezi stanicemi o noční směně (časy telefonátů jsou zaznamenávány v knize plánů plnění služby) a povinnost vedoucí sestry mít u sebe přenosný bezdrátový telefon (DECT). Při noční směně jsou v nemocnici rovněž zajištěni pendleři, tedy vyčlenění pracovníci (zpravidla sanitáři), kteří v pravidelných intervalech obcházejí oddělení a mohou posílit směnu v případě aktuálního náporu. Důležitým prvkem je rovněž důsledné předávání informací o aktuálním stavu pacientů, a to v rámci směny i při předávání směn.

V nemocnici je dále využívána řada technických bezpečnostních prvků, kterými jsou postupně vybavována všechna oddělení nemocnice. Jedná se o bezpečnostní alarmový systém (ošetřovatelský personál musí mít spouštěč alarmu prakticky vždy u sebe), režim pohybových čidel a nočních světel při noční směně, bezpečnostní zrcadla umístěná v rizikových prostorech nemocnice, otevřené dveře u ložnic pacientů v době noční směny, kamerový systém na pokoji intenzivního dohledu, zvukový a kamerový systém a kukátka u vstupních dveří a vyplnění oken bezpečnostním connexem.

Oceňuji propracovanost těchto bezpečnostních prvků. Doporučuji nemocnici nepolevovat v dalších úpravách prostor, kde se stále vyskytuje několik potenciálně rizikových prvků, které mohou přispět ke zraněním pacientů či mohou být využity jako prostředek při suicidálním chování. Jedná se například o dlouhé splachovací šnůry (pozorováno na oddělení A7) nebo nezakryté trubky a radiátory od topení (mohou být problémem na pokojích oddělení C, kde jsou děti s nejistou chůzí, nebo na pokojích intenzivního dohledu). Je rovněž vhodné zvýšit podíl mužů v personálu; v době návštěvy v nemocnici pracovali pouze tři.

6.2 Zásahy policie v nemocnici

Personál nemocnice si v rizikových situacích zpravidla dokáže poradit vlastními silami přivoláním posil z jiných oddělení. Nemocnice nemá soukromou bezpečnostní službu. Zdravotnický personál je oprávněn a vybaven k přivolání policie skrze tísňové volání 158. Je stanoveno, že policie být přivolána může, ale nepovažuje se to za standardní bezpečnostní opatření, například při zvládání neklidného a agresivního pacienta. Nezaznamenala jsem žádný náznak toho, že by policie v nemocnici zasahovala často či nevhodně. Zatím nedošlo k rozvinutí nějak nadstandardní spolupráce s policií, s cílem lepší koordinace při společných zásazích. Dílem patrně proto, že na základě tísňového volání přijíždějí policisté z různých útvarů.



6.3 Mříže v oknech

Na všech odděleních jsou okna patientských pokojů zajištěna mřížemi. Přestože jsou místy mříže ozdobné (viz obrázek 2), nepřispívají atmosféře péče, nýbrž představují spíše vězeňský prvek. Mohou mít vliv na pohodu pacientů i na to, jakou roli si v zařízení osvojí. Podobně je tomu v případě zabezpečení oken visacími zámky.

Stále vyzývám k hledání a používání alternativních bezpečnostních prvků, jako jsou okna z bezpečnostního skla s větráním pomocí ventilačních okének a podobně. Nemocnici jsem toto doporučení předkládala již při poslední systematické návštěvě v roce 2012. Chápu, že jde o otázku priorit při využívání finančních prostředků. **Nicméně opakuji, že by mříže měly být postupně nahrazovány jiným technickým řešením oken.**



Obrázek 1 a 2: Mříže na patientských pokojích na oddělení B4 a na oddělení C



Pojistky v průběhu hospitalizace

7. Detenční řízení

V nemocnici se otázka právního statusu dětí, tedy (ne)dobrovolnosti pobytu, bere vážně. Oznámení soudu jsou činěna například v případech těch dětí, které nastupují ze zařízení ústavní výchovy, a souhlas s hospitalizací by byl zákonným zástupcem poskytnut pouze formálně. Individuální úvahu činí lékaři v případech dětí ve věku 14–18 let, pokud projevují nesouhlas se svým pobytem schváleným zákonným zástupcem.

8. Stížnosti

Stížnostní mechanismus je jednou z pojištěk proti špatnému zacházení s osobami zbavenými svobody. Pokud se bere vážně a jeho využívání je pacientům otevřené, pak kromě této funkce také přispívá k dobrým vztahům s personálem. Možnost dítěte podat stížnost (anebo obecně vyjádřit připomínky k čemukoli, co se ho při pobytu v zařízení týká) je také jedním z prvků jeho práva být slyšeno.³¹

Zákon o zdravotních službách stanoví právo pacienta podat proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb stížnost, přičemž nejprve má být adresována poskytovateli a ve druhém kroku příslušnému správnímu orgánu.³² Jak má poskytovatel stížnostní mechanismus nastavit, už zákon nestanoví. Jako by ani nepočítal se specifiky psychiatrických pacientů obecně a dětských pacientů zvláště.

Nemocnice tak má volnost s tím, že musí dodržet základní zásady. Kromě 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.³³ Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z duševní poruchy u pacientů psychiatrických nemocnic a zvláštních potřeb dětí.

8.1 Jak podat stížnost

Podrobnosti postupu pro podávání a vyřizování stížností nemocnice upravuje ve směrnici *S 13 Stížnosti*. Kromě zaslání stížnosti poštou či jejího ústního podání na podatelnu je možné stížnost podat na jednotlivých odděleních prostřednictvím staniční sestry.

31 Obecně je právo formulováno v článku 12 Úmluvy o právech dítěte, či jako základní princip uvedeno v Doporučení Rec(2005)5 Výboru ministrů Rady Evropy.

32 § 93 a násl. zákona o zdravotních službách.

33 Srov. 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. 11. 5. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16807bc668>.



Zkoumala jsem, zda stížnostní cesty v nemocnici nabízejí možnost podat bezpečně stížnost na poměry na oddělení i tomu pacientovi, který se nachází pod trvalým dohledem. Vycházím z toho, že pokud jsou do procesu přebírání stížnosti od pacienta zapojeni zdravotníci, do jejichž péče je svěřen, pak musí existovat ještě i alternativa, jak oslovit přímo ředitelství, a to důvěrně a s vyloučením byť hypotetické možnosti, že budou stížnosti filtrovány.

Na odděleních nejsou umístěny schránky pro podání stížnosti ani není dětem nabídnuta jiná forma důvěrného podání stížnosti.³⁴ V úvahu přichází elektronická forma stížnosti. Podle bodu 3.3 uvedené směrnice ale v případě elektronické formy stížnosti vyžaduje nemocnice potvrzení stížnosti zaručeným elektronickým podpisem, případně písemné potvrzení, jinak není stížnost prošetřována.³⁵ Ředitelka ujišťovala, že v případě, kdy stížnost e-mailem bez zaručeného elektronického podpisu podá dětský pacient, bude jeho stížnost vždy prošetřena. Je ale pravděpodobné, že uvedené pravidlo dítě od podání stížnosti touto cestou odradí. Zůstává tak pouze možnost sdělit problém například psychologovi nebo učiteli, které však nemusí dítě potkat každý den.

Nemocnice by měla stávající cesty podání stížnosti doplnit o ty, které by byly dostupné dětem z oddělení, aniž by je musel zprostředkovávat tamní personál. Možností jsou zmíněné schránky (musela by je vybírat třetí osoba, například administrativní pracovník nemocnice, schránka by měla být zamčená, umístěná na pacientům volně přístupném místě a opatřená informací, kdo a jak často její obsah vybírá), nízkoprahové využití e-mailu (dítě nemusí doplňovat elektronický podpis, ale pracovník pověřený agendou stížností sám proaktivně ověřit totožnost stěžovatele), nabídnutí telefonního čísla s možností požádat o návštěvu pracovníkem pověřeným řešením stížností apod. Je na nemocnici, aby s ohledem na místní podmínky zvolila nejlepší řešení.

Opatření:

- 6) Zajistit také možnost podat stížnost ředitelství, jež by nemusela procházet rukama pracovníků oddělení, a zapracovat ji do vnitřních předpisů a informačních materiálů nemocnice (do 6 měsíců).**

8.2 Informace o stížnostním mechanismu

Aby byl stížnostní mechanismus dětem skutečně přístupný, musí mít jasnou představu o způsobech uplatnění práva podat stížnost. Za tímto účelem je třeba dítě po jeho příjmu seznámit se způsoby podání stížnosti a zajistit, aby byly tyto informace pro něj dostupné a srozumitelné po celou dobu hospitalizace. Zvláštní pozornost by měla být věnována

34 Na chodbách byly schránky s označením „Dotazníky šetření spokojenosti“, což je jiná věc.

35 Nedoplní-li stěžovatel zaručený elektronický podpis ani po výzvě, je s jeho stížností nakládáno jako se stížností anonymní. Taková stížnost se nebude prošetřovat a může sloužit pouze jako podklad pro kontrolní činnost. O uplatňování požadavku na potvrzení stížnosti zaručeným elektronickým podpisem v praxi svědčí například nežádoucí událost ze dne 14. 6. 2018, protokol č. 2018/00043, nebo závažná nežádoucí událost č. 6/2017: E-mail zaslaný otcem pacientky lékařce pro jeho nespokojenost s postupem při telefonickém hovoru, kdy z analýzy nežádoucích událostí v DPN Opařany za rok 2017 vyplývá, že stížnost zaslaná e-mailem nebyla řešena, protože nenaplněvala kritéria oficiální stížnosti.



formě poučení dítěte tak, aby odpovídala jeho věku a rozumové způsobilosti, příp. zvláštním potížím rozumět. Využít je k tomu možné například plakáty umístěné ve společných prostorách a informační letáky nabízené k rozebrání. Jejich forma by měla být uživatelsky příjemná a neautoritativní.

Děti jsou v nemocnici poučovány ústně ihned po příjmu. Nemocnice zpracovala za účelem informování pacienta o jeho právu podat stížnost také speciální heslovitý leták „*Když se Ti něco nelíbí...*“, což vítám jako vhodný krok směrem ke srozumitelnosti. Na odděleních byl vyvěšen na zdi mezi řadou dalších textů. Byl tak dětem dostupný, ale kvůli umístění mezi dalšími pravidly a informacemi pro pacienty a jejich rodiče a kvůli nevybočující formě poněkud zanikal. Z rozhovorů vyplynulo, že děti o letáku zpravidla nevěděly. Jako příklad zdařilého pojetí a dostatečně viditelného zprostředkování důležité informace považuji například pravidla oddělení B6 (obrázek 3).



Obrázek 3: Příklad dobré praxe při zprostředkování informací dětem

Upozorňuji, že leták hovoří o schránkách na stížnosti, které však v praxi nejsou k dispozici. Se schránkami ostatně nepočítá ani vnitřní předpis nemocnice a povědomí o nich neměl ani personál. V letáku také po mém soudu chybí informace o možnosti podat stížnost Krajskému úřadu Jihočeského kraje.

Přestože bylo při rozhovorech s dětmi patrné, že jsou o možnosti podat stížnost poučeny, opakovaně zaznívalo, že dětem není jasné, komu by si mohly stěžovat v případě, kdy by jim bylo ubližováno ze strany personálu. Neznaly žádný způsob předání vzkazu nebo stížnosti. Dostatečné povědomí o způsobech prevence a kontroly zneužití moci personálu vůči dětem neměl ani personál (napříč odbornostmi). Při rozhovorech zaznívalo, že spoléhá na to, že „jsou všichni dospělí kompetentní“, o žádném jiném opatření nevěděl. Doporučuji



proto v tomto personál proškolit a zajistit, aby byl vhodnou formou způsobilý s těmito zárukami seznámit dětského pacienta.

Opatření:

- 7) Sladit obsah informačního letáku o podávání stížností určeného dětem s praxí, doplnit do něj kontakt na krajský úřad a informační leták na všech odděleních umístit tak, aby byl dětem dobře dostupný (do 6 měsíců).**

9. Přístup k telefonu

Zvláštní pozornost věnuji také tomu, jaké jsou dány podmínky pro kontakt dětí s vnějším světem, rodiči či dalšími blízkými osobami.

Děti mohou ve vyhrazenou dobu (denně mezi 18:30 až 19:00 hodin) používat vlastní mobilní telefon. Při omezování telefonování na určité časy je vždy nutné mít na zřeteli i případná časová omezení druhé strany, aby zákazem telefonovat v určitý čas nepřišel pacient o jedinou možnost, kdy může kontaktovat blízkou osobu nebo úřad (například orgán sociálně-právní ochrany dětí). Spoléhám na nemocnici, že v prvním případě by byl čas pro používání telefonu individuálně nastaven jinak, a pro kontakt s úřady navrhuji zvážit přidání intervalu v pracovních hodinách například ve středu (obvyklý úřední den).

Kromě použití svého mobilního telefonu mohou děti během celého dne přijmout příchozí telefonní hovor na číslo nemocnice. Nemocnice neumožňuje bezplatné ani zpoplatněné odchozí telefonní hovory. Na odděleních však mohou pobývat i děti bez mobilních telefonů. Nemajetným pacientům či pacientům, kterým nikdo netelefonuje, tak není zajištěn dostatečný kontakt s vnějším světem ani možnost tzv. existenčních odchozích hovorů (tedy pro obstarání potřebných záležitostí).

Zařízení by mělo umožnit dětem, které si to přejí, avšak nemají s sebou v nemocnici vlastní mobilní telefon a nikdo jim netelefonuje, osobě blízké (např. rodiči, sourozenci nebo vychovateli z dětského domova) s určitou četností zatelefonovat. Nemajetným pacientům by na všech odděleních měly být zajištěny alespoň odchozí existenční hovory. Majetní pacienti bez vlastních mobilních telefonů by měli mít možnost odchozích hovorů na vlastní náklady.

Opatření:

- 8) Zajistit majetným pacientům bez mobilních telefonů možnost odchozích hovorů za vlastní peníze (do 6 měsíců),**
- 9) Umožnit v nějaké míře odchozí hovory také nemajetným pacientům (do 3 měsíců),**
- 10) Stanovit alespoň jednou týdně čas pro používání vlastních mobilních telefonů také v pracovní době (do 3 měsíců).**



Personální otázky

10. Kultura přístupu k pacientům

V průběhu návštěvy zaměstnanci Kanceláře nezjistili známky nevhodných fyzických intervencí personálu vůči dětem. Při rozhovorech s dětmi i při pozorování chodu jednotlivých oddělení však zaznamenali, že ošetrovatelský personál na děti často křičí a bylo viditelné, že je pro některé pracovníky psychicky náročné zvládat vypjaté situace na oddělení. Projevuje se to také verbálními narážkami na pacienty nebo využíváním improvizovaných výchovných opatření, jež nejsou zavedena systémově (viz kapitola 17).

Vedoucí pracovníci musí být bdělí a pravidelně připomínat personálu v přímé péči, že je nutné k pacientům přistupovat s úctou a že jakákoliv forma špatného zacházení (včetně verbální) je nepřijatelná a případné porušení bude postihováno. Dobrým východiskem je, že vedení nemocnice si je nevládnosti některých sester vědomo a snaží se na tomto problému pracovat. Za tímto účelem také zajistilo školení pro práci s hlasem. Z analýzy nežádoucích událostí vyplynulo, že nemocnice podobný problém řešila v roce 2017 a v jednom případě dokonce přistoupila z důvodu neprofesionálního přístupu k rozvázání pracovního poměru. Profesionální přístup k pacientům je také předmětem kontrolní činnosti vrchních a staničních sester. To považují za vhodné opatření.

Opatření:

- 11) Usilovat o vysokou úroveň organizační kultury, z pozice vedoucích pracovníků sledovat přístup zdravotníků k dětem a v případě poklesků připomínat, že nebudou tolerovány (průběžně).**

11. Podpora personálu

Nemocnice pořádá řadu vzdělávacích akcí pro svůj personál, tematických s ohledem na cílovou skupinu. Několik pracovníků v době návštěvy studovalo za podpory nemocnice. To je chvályhodná podpora personálu.

Personál nemá možnost supervizní podpory k reflexi náročných situací (v minulosti se patrně neosvědčila). Psychická podpora a intervence je nabízena v případě nežádoucích událostí spočívající v napadení ze strany pacientů. Jinak je na zvážení primářek. Podotýkám, že pokud incidenty nejsou jako nežádoucí události nahlášeny, podpora pracovníků není garantována. Vzhledem k psychické i fyzické náročnosti práce s lidmi obecně a s danou cílovou skupinou zvláště by měla být v rámci péče o zaměstnance samozřejmostí také možnost supervize či jiného nástroje prevence syndromu vyhoření. Někteří zaměstnanci v rozhovorech uvedli, že by psychologickou podporu uvítali. **Ponechávám na zvážení vedení nemocnice, jak za daných možností situaci zlepšit.**

12. Dostatek ošetrovatelského personálu

Provoz denní směny (6:30 až 21:00) je na jednotlivých odděleních zpravidla zajištěn 3 nelékařskými zdravotními pracovníky. Provoz noční směny (19:00 až 7:00) pokrývá



1 nelékařský zdravotní pracovník a dále 1 „pendler“ (NLZP) přechází v pevně stanovených časových intervalech mezi jednotlivými stanicemi. V době návštěvy měla oddělení A4 a C s ohledem na prostorovou dispozici oddělení spojen noční provoz. Na oddělení A4 bylo hospitalizovaných 11 pacientů a na oddělení C 15 pacientů.

Ačkoliv jsou splněny minimální kapacitní požadavky na personál stanovené vyhláškou č. 99/2012 Sb.,³⁶ v praxi se na některých odděleních objevují situace, kdy je pro personál v daném počtu těžko zvladatelné poskytnout pacientům požadovanou péči v souladu se standardy nastavenými nemocnicí.

S tím, jak dochází ke slučování či přesouvání oddělení podle aktuální potřeby, je obtížné vymezit například z analýzy nežádoucích událostí z minulých let konkrétní pracoviště, které by vyžadovalo personální posílení. V době návštěvy se jako prioritní pro navýšení počtu ošetrovatelského personálu jevila oddělení A4 a C. Na těchto odděleních převládali pacienti se střední a těžkou mentální retardací, často v kombinaci s poruchou autistického spektra. Z přehledu nežádoucích událostí lze pozorovat, že zde nejsou výjimkou případy brachiálních projevů vůči personálu, jiným pacientům i majetku nemocnice.³⁷ Specifické potřeby těchto pacientů vyžadují náročnou ošetrovatelskou péči a kladou tak zvýšené nároky na počet personálu. Za stávajícího nastavení počtu personálu (na noční směně navíc společné pro obě oddělení) považují zajištění trvalého dohledu na oddělení A4 a C za velmi náročné. Také z rozhovoru s personálem vyplynulo, že by posílení personálního zabezpečení uvítal.

Opatření:

- 12) Zvážit navýšení počtu nelékařských zdravotních pracovníků, prioritně na odděleních A4 a C (do 6 měsíců).**

36 Vyhláška č. 99/2012 Sb. ze dne 22. března 2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

37 Například na oddělení A4 za období od 1. 1. do 8. 10. 2018 v případě pacienta 2 došlo k 7 nežádoucím událostem. Opakovaně se v nich vyskytují případy brachiální agrese. Viz např. nežádoucí událost č. 2018/0053 ze dne 21. 7., kdy pacient zaklínal ruce do ústředního topení a nechtěl se pohnout. Po uvolnění chytil sestru za nohu a nechtěl ji pustit. Bouchnul pěstí do okna a rozbil ho. Nebo nežádoucí události č. 2018/00035 ze dne 25. 5.: pacient běhá po stanici, afektivní křik, kope do dveří, roztrhl si košili, oblečení od matky, pěstmi tlouče do oken a do průzoru vyšetřovny, hází se židlí a se stolem až utrhl desku od stolu.

Na oddělení C například pacient 10 dne 16. 1. 2018 udeřil zdravotní sestru pěstí do zubů z naprostého klidu (protokol č. 2018/0003), dne 20. 1. 2018 napadl dlaní do obličeje jiného pacienta a snažil se prudce udeřit sestru, což se mu povedlo jen částečně (protokol č. 2018/0004), dne 18. 4. 2018 onanuje, svléká se do naha, vykřikuje. Náhle bouchl do oken, praskla výplň okna (protokol č. 2018/00024) a dne 23. 9. udeřil sestru do obličeje, do zubu (protokol č. 2018/00075).



Materiální podmínky

Prostředí psychiatrické nemocnice má být terapeutické a přizpůsobené dětem (dostatek prostoru a pomůcek pro hru, studium a odpočinek). Musí být vytvořeny podmínky pro oddělování dětí tak, aby se vzájemně nerušily nebo nedráždily. Musí být zajištěno soukromí na toaletě a při úkonech hygieny. Odkazují zcela na požadavek Charty práv dětí v nemocnici: „Děti mají být v prostředí, které je zařízení a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.“

13. Mnohalůžkové pokoje

Na všech odděleních převládají vícelůžkové pokoje, až 7lůžkové. Na oddělení B4 a B6 se také nachází dva průchozí pokoje: na oddělení B4 se jedná o 6lůžkový pokoj průchozí do 3lůžkového a na oddělení B6 je 5lůžkový pokoj průchozí do 3lůžkového.

Ačkoliv pokoje pacientů svou plochou splňují minimální požadavky podle vyhlášky,³⁸ nevyhovují současným standardům terapeutického prostředí. Mnohalůžkové pokoje neposkytují pacientům dostatečné soukromí a klid, a mohou tak mít na pacienty, zejména v případě dlouhodobých či opakovaných hospitalizací, protiléčebný účinek.³⁹ Duševní stav nebo specifická zranitelnost některých pacientů po mém soudu vyžaduje dokonce individuální ubytování, má-li být minimalizováno riziko zasahování do práv jejich nebo jiných pacientů.

Uvedené může zhoršit prostorové řešení některých oddělení nemocnice: do pokojů se vchází ze společenského prostoru využívaného jako jídelna a společenská místnost, přičemž součástí bezpečnostních opatření je pravidlo, že dveře od pokojů se nezavírají. Na těchto odděleních jsou tak děti stále ve společnosti ostatních. Z rozhovoru s některými dětmi nezávisle na sobě vyplynulo, že kvůli nedostatku soukromí na pokojích využívají po domluvě s personálem pokoj intenzivního dohledu. Přestože se podle informací od pacientů v těchto případech pokoj nezamyká, není to vhodné řešení absence soukromí (a vedení nemocnice takovou praxi ani neumožňuje).

Jsem si vědoma skutečnosti, že rozdělení velkokapacitních pokojů na dvou až čtyřlůžkové je požadavek finančně a časově náročný, nicméně jedná se o nezbytný krok pro pozvednutí ubytovacích podmínek.

38 Příloha č. 4 k vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů.

39 ZPRÁVA PRO VLÁDU ČESKÉ REPUBLIKY O NÁVŠTĚVĚ ČESKÉ REPUBLIKY, KTEROU VYKONAL EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT) VE DNECH 1. AŽ 10. DUBNA 2014. Rada Evropy [online]. [cit. 4. 6. 2019]. Bod 154. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168069568d>.

Opatření:

13) Snížit kapacitu pokojů pacientů na 2 až 4 lůžka (do 2 let).



Obrázek 4 a 5: 6lůžkový pokoj a průchozí pokoj na oddělení B6



Obrázek 6: 7lůžkový pokoj na oddělení B4

14. Terapeutický ráz prostředí

Co se týká estetiky vnitřního prostředí, může mít terapeutický aspekt (vizuální stimulace pacientů), ale jde také o to, aby se děti v nemocnici cítily co nejlépe a neumocňovalo se napětí a trauma z hospitalizace.

Oceňuji, že všechny navštívené vnitřní prostory byly čisté a také venkovní prostory jsou dobře udržovány. Společné prostory na odděleních B4 a B6 působily útulně, terapeuticky (viz obrázek 11). Prostředí pokojů pacientů a společných prostor na ostatních odděleních však považuji za příliš strohé a neosobní (viz obrázek 7 a 8). K zútulnění dětských pokojů sice přispívá barevný nábytek a barevný tón výmalby a pacienti také mohli užívat vlastní povlečení. Jinak byl interiér pokojů prakticky holý (viz obrázek 1, 4, 5, 6, 9 a 10). Některé děti v takovém prostředí stráví několik měsíců.

Zařízení by mělo usilovat o zútulnění vnitřního prostředí. Nabízí se k tomu využít například výtvarné práce dětí, podpořit je k přivezení fotografií svých blízkých či vkusných plakátů. V případě, kdy by mohl takový druh výzdoby pokojů představovat vzhledem ke skladbě

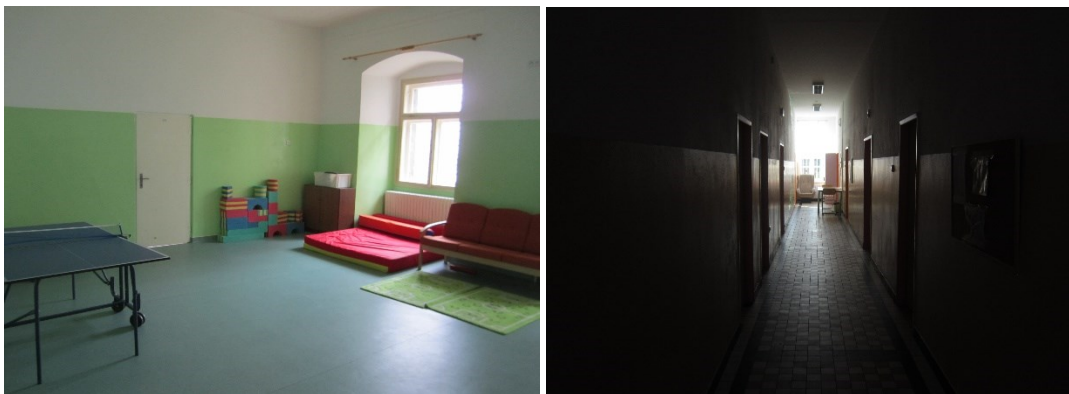


pacientů na oddělení bezpečnostní riziko, je třeba zvolit jinou vhodnou výzdobu, například obrazy na stěnách.

Důležitým prvkem je také to, aby děti mohly mít na oddělní svoje věci a mohly si je uložit v soukromí a bezpečí. Oceňuji, že na všech odděleních jsou dětem dostupné uzamykatelné skříňky. Liší se přístup ke skříňkám: na odděleních A4 a C jsou skříňky uzamčené a personál z nich dětem věci podává podle potřeby. Naopak na oddělení A7 jsou skříňky stále otevřeny, děti do nich mají nepřetržitý přístup, ale nemohou si je uzamknout. Děti na ostatních odděleních měly přístup do skříněk nastavený individuálně. Ty, které k tomu byly způsobilé, měly klíč u sebe, ostatní ho měly k dispozici u sester.

Opatření:

- 14) Věnovat pozornost odstranění strohosti a ústavnosti interiéru všech pokojů a společných prostor na odděleních A4, A7 a C (průběžně).**



Obrázek 7 a 8: Herna na oddělení C a chodba na oddělení A7



Obrázek 9 a 10: Pokoj na oddělení A4 a pokoj na oddělení B4



Obrázek 11: Společné prostory oddělení B6

15. Soukromí na toaletě

Standardem musí být, že pacient provádí osobní hygienu a tělesnou potřebu v klidu, nevystavován náhlým vpádům do své intimity. To vyžaduje upravené dveře kabin toalet (zámkem, jehož řešení umožňuje personálu otevřít dveře zvenčí⁴⁰). Dveře toalet jsou v nemocnici vybaveny cedulkami "Obsazeno/Volno", nelze je však zevnitř zajistit. Nepřekvapivě lze nalézt v záznamech o incidentu (viz kapitola 4.1.2) také sdělení pacienta, že měl být sexuálně obtěžován v době, kdy byl na záchodě. Do budoucna považuji za vhodné vybavit dveře kabin speciálními zámky a prioritu přitom dát oddělením pro starší děti.

Opatření:

- 15) Vybavit dveře od toalet zámky odemykatelnými zvenčí (do 1 roku).**

40 Srov. „knoflíkové vložky zámku“ v Doporučení pro bezpečnou praxi 2015/02 – Zamykání pokojů u poskytovatelů zdravotních služeb, Věstník MZ ČR, částka 2, od str. 13.



Témata péče

16. Podpora ze strany psychologa

V nemocnici působili v době návštěvy 2 kliničtí psychologové, z toho jeden na dohodu o provedení práce a 4 psychologové ve zdravotnictví. Dále byli v nemocnici zaměstnáni 3 pracovní terapeuti na úvazek 1,8375. Pracovní úvazek ergoterapeuta nebyl v době návštěvy obsazen.

Náplní práce psychologů v Dětské psychiatrické nemocnici Opařany je zejména diagnostika. Terapeutická práce probíhá jen u vybraných dětí, zpravidla jedenkrát týdně. Výběr dětí, kterým budou podpůrné rozhovory poskytnuty, je činěn po poradě s lékařem. U ostatních dětí bývá podpůrný rozhovor poskytnut, pokud si jej samy vyžádají. Psychologové se také účastní skupinových terapií (tzv. komunit), které probíhají dvakrát týdně. Pro všechny děti je dále každý týden zajištěna ergoterapie.

Z rozhovorů s psychology bylo patrné, že si jsou deficitu ve své práci vědomi. Svědčily o tom také informace získané při rozhovorech s pacienty. Opakovaně z nich bylo patrné, že děti nemají s psychology vytvořený terapeutický vztah nebo vztah bližší důvěry. Děti neuváděly psychologa jako někoho, na koho by se obrátily v případě, pokud by jim někdo ubližoval. Častokrát ani nevěděly, jakým způsobem by mohly psychologa kontaktovat nebo zda se s ním již setkaly.

Příčinou je patrně nedostatečná personální kapacita a svoji roli sehrávají také časté personální obměny. Aby terapeutická práce mohla probíhat u každého dítěte 2krát až 3krát týdně, muselo by mít každé oddělení svého psychologa, který by měl na starosti zhruba 8 dětí. To by mělo být cílem s tím, že podpůrné rozhovory by měly být přednostně zaměřeny také tak, aby reagovaly na nežádoucí události, jako jsou násilí či šikana mezi pacienty.

Opatření:

- 16) Posilovat individuální složku práce psychologů s dětmi tak, aby mohla být dostupná všem pacientům (průběžně).**

17. Hodnocení chování dětí a výchovné prvky

V nemocnici je nastaveno týdenní ošetřovatelské hodnocení a týdenní hodnocení školní docházky. Vedení nemocnice i personál napříč odborností deklaroval, že nepracuje s tresty a v zařízení je oficiálně zaveden pouze motivační systém.

Všechny děti jsou po přijetí do nemocnice zařazeny v tzv. základním programu. Během hospitalizace mohou následně získávat pochvaly (pochvala 1 a 2), které se promítnou do možnosti nadstandardních výhod, kterými jsou pro děti čajovna, klub a služby s tím spojené. Být v základním programu pro dítě fakticky znamená, že nemůže navštěvovat čajovnu či klub. Nezjistila jsem, že by byl základní program nadužíván nebo že by s tímto systémem hodnocení bylo pracováno neadekvátně. Jako příklad, kdyby bylo u dětí



k základnímu programu přikročeno, personál zpravidla uváděl svévolné opouštění nemocnice.

Nicméně v rozhovorech s dětmi napříč odděleními zaznívalo, že kromě oficiálního hodnocení jsou v praxi personálem využívány i některé neoficiální tresty a zákazy. Jedná se například o odebírání kosmetiky nebo šperků, zákaz sladkostí, televize, povinnost na chvíli mlčet (sestry u pacienta stojí a kontrolují, zda mlčí) nebo se dítě musí postavit do kouta. Tresty podle pacientů nebývají jasně časově ohraničené. Systém trestů není (a z povahy své nesystémovosti ani nemůže být) pro děti transparentní. Obzvláště znepokojivé je, že děti jako nejhorší formu trestu uváděly, že „by mohly jít pod kamery“, tedy omezení pacienta umístěním v pokoji intenzivního dohledu. O pobytu na tomto pokoji hovořily s nepohodou.

Dotázaný personál při konfrontaci využívání těchto „výchovných prvků“ popíral, informace od dětí však zaznívaly opakovaně a nezávisle na sobě. Nemám proto důvod jim nevěřit.

Hodnocení chování dětí musí být jednotné, průkazné, dětem dostupné a srozumitelné. Dítě by mělo vědět, jaká přijde odezva při porušení jeho povinností. Nesmí být používány nepřiměřené či nedůstojné tresty. Co se týká vnímání použití izolační místnosti jako sankce, toto nebezpečí tu je, a proto je nezbytné dbát na náležitý rozbor situace s dítětem či ostatními dotčenými (srov. kapitulu 18.6).

Za vhodné opatření v reakci na tuto zpětnou vazbu považuji, aby ošetřovatelský personál mezi sebou a pak také s lékaři a psychology provedl revizi jednak oficiálních, ale také fakticky uplatňovaných (nebo chybějících) opatření. Výsledkem by mělo být narovnání stavu.

Opatření:

- 17) Provést na jednotlivých odděleních revizi praxe personálu při usměrňování dětí a upustit od ukládání neoficiálních trestů (bezodkladně).**

18. Používání omezovacích prostředků

Na všech odděleních je využíváno omezení pacienta ochrannými pásy nebo kurty, umístěním pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, farmakologické omezení a výjimečně také zamezení pohybu horních končetin ochranným kabátkem (naposledy v roce 2017). Je pozitivní, že nemocnice dokázala zcela upustit od používání síťového lůžka.

Z poskytnutých přehledů plyne, že v roce 2017 zažilo nějakou formu omezení 15 % dětí (celkem bylo 361 hospitalizací a omezení zažilo 56 dětí). Po odečtení případů úchopů a farmakologického omezení představují děti s touto zkušeností 11 %. Použití tedy není vzácné, ale uvedená čísla nemohu hodnotit bez meziročního srovnání nebo vhodného komparátoru u jiného poskytovatele.



18.1 Relevantní pravidla

Zákon o zdravotních službách omezovací prostředky výslovně nedefinuje, v ustanovení § 39 odst. 1 ale vyjmenovává prostředky, které lze použít k omezení volného pohybu pacienta k odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti.⁴¹ Kromě dalších ustanovení zákona lze pravidla pro používání omezovacích prostředků nalézt v Metodice Ministerstva zdravotnictví pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta (dále jen „metodické doporučení ministerstva“).⁴²

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 (CPT), konkrétně v revidovaném standardu o používání omezovacích prostředků z roku 2017 (dále jen „standard CPT z roku 2017“)⁴³ a doplnkově v 16. obecné zprávě CPT z roku 2006.⁴⁴

Jakmile je osobní svoboda člověka omezena, každé použití síly, které není nezbytně nutné kvůli jeho předchozímu jednání, představuje zásah do lidské důstojnosti, a podle intenzity může snadno dosáhnout nelidského či ponižujícího zacházení, které podléhá absolutnímu zákazu.⁴⁵ Použití omezovacích prostředků proto musí být vždy ovládáno principem legality, subsidiarity a proporcionality. Zvláštní nároky jsou při používání omezovacích prostředků kladeny také na záznamy ve zdravotnické dokumentaci, vedení a vyhodnocování jejich evidence a pojistky proti jejich neoprávněnému použití.

Nemocnice upravuje používání omezovacích prostředků ve vnitřním předpisu *SOP 10 Omezovací prostředky používané v DPN Opařany* ze dne 1. října 2018. Uvedený předpis dostatečně podrobně reflektuje zásady používání omezovacích prostředků zakotvené v zákoně o zdravotních službách a metodickém doporučení ministerstva.⁴⁶ V souvislosti s problematikou používání omezovacích prostředků má nemocnice vypracovaný také vnitřní předpis *SOP 16 Ošetřovatelský přístup k neklidnému, agresivnímu pacientovi*, který

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

42 Částka 4/2018 Věstníku MZ účinného od 20. dubna 2018.

43 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT)*, CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

44 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé. Výňatek z 16. obecné zprávy CPT*, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 10. 2. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>.

45 Viz rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva v případech Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08, rozsudek ze dne 18. 10. 2012, a M. S. proti Chorvatsku (č. 2), stížnost č. 75450/12, rozsudek ze dne 19. 2. 2015.

46 Pokud tak nemocnice již neučinila, upozorňuji také na potřebu aktualizace vnitřního předpisu v souvislosti vyhláškou č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, účinnou od 1. listopadu 2018. Mimo jiné zpřesňuje požadavek na zápis o indikaci omezení, na základě něhož z uvedení důvodu omezení musí též vyplývat, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků.



obsahuje zejména zásady ošetrovatelského přístupu k neklidnému, agresivnímu pacientovi a proškolení zaměstnanců v této oblasti.

18.2 Pokoj intenzivního dohledu

Pro omezení ve smyslu § 39 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách se v nemocnici používají vyhrazené ložnice, ve kterých jsou ponechána jen lůžka uzpůsobená také k použití kurtů. Nemocnice je nazývá „pokoje intenzivního dohledu“ (dále také jen „PID“). Na žádném z navštívených oddělení není pokoj intenzivního dohledu k omezení pacienta významně stavebně-technicky přizpůsoben. Všechny PID obsahují potenciálně nebezpečné prvky, jako jsou nezakryté radiátory a trubky od topení (viz obrázek 12 a 14). To limituje jejich bezpečnost, a tedy i možnost využití – při brachiální agresi pacientů nezhledka dochází k poškození majetku nemocnice a týkalo se to i PID.⁴⁷

Vnitřní předpis *SOP 10* stanovuje, že je pacient po dobu použití omezovacího prostředku pod trvalým dohledem zdravotnického pracovníka. Stupeň dohledu indikuje vždy lékař podle závažnosti zdravotního stavu a stanoví také rozsah kontrol, sledování a dokumentování fyziologických funkcí (nejde automaticky o dohled 3). Observaci pacienta v PID usnadňuje kamerový systém a okénko ve dveřích do chodby kryté clonou. Záznam z kamer se neukládá. Obraz je přenášán do pracovny, kde personál při sledování provádí zápisy do zdravotnické dokumentace. Upozorňuji, že kontinuitu sledování komplikuje, že obraz není na samostatném monitoru, nýbrž na obrazovce počítače, na kterém se průběžně pracuje.

Výbor CPT prosazuje jako standard, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod dohledem *přítomného* pracovníka.⁴⁸ Vedle zajištění bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta a zabránění pocitu opuštěnosti. Národní standard je méně náročný, když požaduje obecně nepřetržitý dohled (srov. čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva).

Nemocnice zajišťuje vysokou úroveň dohledu, kamera ale přítomnost pečující osoby v blízkosti pacienta nenahrazuje. Chápu, že přítomnost pracovníka je dána možností vyčlenit jednoho člena směny. Rozhodně však standard CPT představuje cíl, ke kterému by péče o děti měla směřovat, a personál oddělení by jej měl zajišťovat vždy, když je to možné. Dítě v omezení by mělo mít lidský kontakt, aby nezažilo opuštěnost, byla mírněna jeho úzkost, mohlo s někým komunikovat a bylo hned reagováno na jeho potřeby.

47 Například z protokolu o nežádoucí události č. 2018/00013 je patrné, že pacient na oddělení A4 opakovaně kopal a pěstí tloukl do dveří PID, až došlo k uvolnění jejich spodního pantu.

48 Standard CPT z roku 2017 v bodě 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.“

O vyprazdňování a provedení hygieny musí pacient požádat personál, který tuto možnost nabízí při osobních kontrolách. Jinak musí dítě gestikulovat směrem ke kameře či křičet, protože na PID není signalizační zařízení. To umocňuje bezmocnost pacienta a dohled přítomného pracovníka by takovou situaci vyloučil. Sestry uvedly, že zvuk z PID slyší. Mohou však být zaměstnány jinou prací; nemocnice by měla zvážit pořízení nějakého druhu signalizace.

Opatření:

- 18) Usilovat o dohled ve formě přítomnosti u pacienta v omezení v lůžku a dostupnosti na dohled u pacienta v uzamčené místnosti (průběžně).**
- 19) Vybavit izolace signalizačním zařízením k přivolání personálu (do 6 měsíců).**



Obrázek 12 a 13: Pokoj intenzivního dohledu na oddělení B6



Obrázek 14: Pokoj intenzivního dohledu na oddělení C



18.3 Pojetí farmakologického omezení

Předpis nemocnice zná jako omezovací prostředek také psychofarmaka podávaná parenterálně, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy. Jinou specifikaci farmakologického omezení však neobsahuje. Blíže definuje pouze pojem „rychlá intramuskulární trankvilizace“, a to jako „intramuskulární podání psychofarmak pacientovi k potlačení a kontrole jeho agitovaného, výhružného, destruktivního nebo psychotického chování“.

Definice farmakologického omezovacího prostředku je stále předmětem debat, přičemž znění zákona⁴⁹ je matoucí a nenapomáhá ani metodické doporučení ministerstva. S ohledem na povahu omezovacího prostředku jako silového či mocenského zásahu vůči pacientovi se přikláním k definici obsažené ve standardu CPT z roku 2017, kde je „chemickým omezením“ myšleno „podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta“. Podání psychofarmak silou nebo pod hrozbou donucení proto považuji za jádro, které má poskytovatel jako omezovací prostředek chápat, a to bez ohledu na to, jaký je způsob jejich podání či zda je účelem podání rovněž léčba onemocnění pacienta (což v praxi zpravidla také je).

Nemám důvod něco namítat proti rozhodnutí nemocnice sledovat jako omezovací prostředek všechny případy použití rychlé intramuskulární trankvilizace (tedy i případy kdy pacient souhlasí). Ze sledování by však nemělo vypadat podání tlumícího léku ve formě kapek nebo tablet, pokud je provázelo překonání odporu pacienta.

Opatření:

- 20) Při proškolení personálu dbát také na téma farmakologického omezovacího prostředku, se kterým se rovněž musí pojit obecné zásady a pojistky (průběžně).**

18.4 Dlouhodobá a opakovaná omezení

Přestože omezení pacienta umístěním do pokoje intenzivního dohledu často nepřesahuje dvě hodiny (44 % případů ve sledovaném období), převažují pobyty delší a u 17 % případů trvalo umístění déle než 12 hodin, u 6,5 % pak nad 24 hodin. V poskytnutém přehledu vystupuje také několik pacientů, kteří byli omezováni opakovaně (v relativně krátkém období mnohokrát).⁵⁰ Mechanické omezení trvalo nejčastěji do tří hodin. Třetina případů však trvala nad 4 hodiny s tím, že nastaly dokonce případy trvání nad 12 hodin (celkem 20 %).

Právní ani odborné standardy neobsahují žádné pevné limity, nýbrž trvání omezení je přísně vázáno na trvání bezprostřední hrozby. Nemám důvod zpochybňovat, že se

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

50 Statistiku jsme sestavili za období od 1. 1. 2017 do 8. 10. 2018 a je vypočítaná z případů, kdy zároveň pacient nebyl kurtován; případy, které spolu souvisely do hodiny, byly počítány jako jedna epizoda. Pacient 11 (narozený v březnu 2001) v omezení umístěním pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu strávil téměř celý svůj pobyt od 6. 4. do 17. 5. 2017 (s přerušeními na hygienu a aktivizaci) nebo pacient 10 (narozený v listopadu 2002) v omezení umístěním pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu od 23. do 27. 4. (s přerušeními na hygienu a aktivizaci) a od 4. 6. přerušované do 8. 6. 2018.



pečujícímu personálu jevílo omezení jako v tu chvíli nezbytné opatření, a tak interpretuji tuto statistiku jako projev náročnosti poskytované péče. Podrobovat pacienta omezovacímu prostředku, když to není naprosto nezbytné, představuje špatné zacházení. Čím delší je trvání omezení, tím musí být přesvědčivěji doložen jeho důvod a intenzivnější snaha o vytvoření podmínek pro jeho ukončení.

Pokud ani po několika hodinách není možné v konkrétních případech omezení ukončit, doporučuji cíleně hledat opatření, která ukončení uspíší. Tím je vedle terapeutického působení na pacienta v omezení také vytvoření chráněného prostředí, kde by po uvolnění pacient nebyl nikomu hrozbou, a zajištění dohledu, případně i 1:1. Časté vizity lékaře jsou v nemocnici samozřejmostí.

V případě pacientů, u nichž je využívání omezovacího prostředku opakované (nebo je taková zkušenost z předchozí hospitalizace) a kteří tedy zjevně vyžadují zvláštní opatření nad rámec standardní péče na oddělení, doporučuji v rámci individuálního léčebného postupu zpracovat plán, jak k pacientovi přistupovat ve snaze omezení předejít nebo je maximálně zkrátit. Za tím účelem je třeba hodnotit, jaká opatření primární a sekundární prevence nefungovala, jaká se ještě budou zkoušet a jak se bude restriktivní režim kompenzovat, respektive postupně zmírňovat.⁵¹

Opatření:

- 21) Aktivně řešit případy, kdy použití omezovacího prostředku trvá déle než několik hodin; přijímat opatření k uspíšení jeho ukončení (průběžně).**
- 22) V případě opakovaně omezovaných pacientů a pacientů, u nichž lze nezbytnost omezení předvídat, vypracovávat individuální plán prevence (průběžně).**

18.5 Používání omezení u dětí mladších 16 let

Specifika dětských pacientů nejsou explicitně vyjádřena v žádném standardu – ani v zákoně, metodickém doporučení ministerstva, standardu CPT, a pokud vím, ani v doporučených postupech psychiatrické péče. Je tedy třeba vyjít z toho, že dítě je citlivější a zranitelnější, a proto by principiálně nemělo být omezení podrobováno. Rozhodující je jistě klinické hodnocení situace a zpravidla je mnohem větší rozdíl mezi dítětem šestnáctiletým a desetiletým než šestnáctiletým dítětem a dvacetiletým dospělým. V právním smyslu je dítě zranitelnou skupinou, tedy práh závažnosti zacházení, jež může být posouzeno jako nelidské a ponižující, se snižuje a musí být činěny přiměřené úpravy poskytované služby oproti standardu pro dospělé. Kde je omezení nezbytné pro předejití ublížení pacientovi nebo ostatním, je zapotřebí postupovat s maximální péčí a nedopustit vznik pocitu opuštěnosti a traumatu.

51 Provedení individuálních opatření předvídají mimo jiné i doporučené postupy psychiatrické péče II: „Součástí individuálního plánu péče o nemocného by mělo být stanovení způsobu, jakým lze nejefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následně ohrožující chování.“ Také metodické doporučení ministerstva v článku 1 odst. 1 doporučuje vypracovat pro rizikové pacienty plán zvládání rizika z důvodu prevence vzniku života ohrožujících situací, a to v rámci individuálního léčebného postupu.



Ve svých zprávách přejímám recentní postoj CPT, tedy doporučuji zásadně u dětí mladších 16 let nepoužívat jiné prostředky než úchop⁵² a usilovat o zajištění dohledu v úrovni přítomnosti u pacienta v omezení.

Z přehledu omezovacích prostředků používaných v nemocnici v období od 1. 1. 2017 do 8. 10. 2018 jsem zjistila, že kromě úchopů jsou i u pacientů mladších 16 let využívány všechny další druhy omezovacích prostředků. Z celkového počtu 87 pacientů, kteří v daném období zažili omezení, 31 pacientů nebylo starších 13 let (tedy skoro 36 %). Nejmladším dítětem, u nichž jsem použití omezovacího prostředku zaznamenala, bylo 8 let⁵³ a v přehledech figurují i dva případy kurtování přes noc u chlapců ve věku 12 a 13 let.

Opakuji, co jsem uvedla v souvislosti s déletrvajícím omezením: čím delší je omezení a čím mladší je pacient, tím se musí stupňovat snaha omezení předejít nebo je zkrátit, a také o to musí být pečlivější hodnocení skutečné nezbytnosti omezení.

23) Zásadně děti mladší 16 let nepodrobovat jinému omezení než úchopu (průběžně).

18.6 Rozbor kazuistiky

Nezbytnost použití omezovacího prostředku musí být přesvědčivě zdokumentována. Jako zpětnou vazbu nemocnici předkládám kazuistiku pacienta 14, u něž byla použita rychlá intramuskulární trankvilizace dne 25. 5. a 26. 5. 2018. V dokumentaci je řada popisů neklidného chování pacienta. Nicméně v případě druhého podání injekce je popsáno pouze, že napadl v rámci neklidu sestru, ale není jasné, proč pak bylo nezbytné injekci podat. Správně by mělo být například uvedeno, že neklid trvá nebo se nedaří jej snížit jinak. Personál by se měl naučit v dokumentaci uvádět, proč se rozhodl pro použití omezovacího prostředku – tedy v daném případě nejen, že pacient nějak jednal, ale že trvá nebezpečí.

V daném případě je dne 26. 5. v ošetřovatelské dokumentaci záznam z 9:40 hod., že lékařka podání injekce ordinovala po telefonu. V záznamu lékařky v 9:45 hod. však o této okolnosti není zmínka. Domluva po telefonu nad předem ordinovanou medikací je přípustná v případech, které nesnesou odkladu. Personál by však o těchto okolnostech měl učinit záznam věrně.

Ačkoli šlo u daného pacienta o dva případy omezení ve dvou dnech, v záznamech není zmínka o nějaké strategii, jak reagovat příště. Převažují pouze popisy chování dítěte.

52 „Děti mladší 16 let by neměly být v zásadě nikdy vystaveny omezení. Rizika a důsledky, které v souvislosti s omezením hrozí, jsou s přihlédnutím k jejich zranitelnosti vážnější než u starších pacientů. V krajních případech, v nichž je fyzický zásah nezbytný, aby se zabránilo pacientovi v poškození sebe nebo jiných, je jediným přijatelným fyzickým zásahem úchop pacienta a držení jej, dokud se neuklidní.“ CPT. *Zpráva pro finskou vládu o návštěvě Finska, kterou vykonala Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 22. září až 2. října 2014, CPT/Inf (2015) 25* [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 24. 4. 2019]. Dostupná z: <https://rm.coe.int/1680695f70>.

53 Celkem 4 případy. Například omezení pacienta 12 (narozeného v lednu 2009) umístěním v místnosti určené k bezpečnému pohybu ze dne 28. 2. 2017 v délce 9 hodin 20 minut, počet přerušení 1 v délce 25 minut; omezení pacienta 13 (narozeného v srpnu 2008) ochrannými pásy a psychofarmaky k omezení volného pohybu pacienta ze dne 20. 3. 2017 po dobu 15 minut.



Opatření:

- 24) V rámci interní kontroly zajišťovat, aby záznamy o použití omezovacího prostředku byly vedeny kompletně a výstižně (průběžně).**

18.7 Zpětný rozbor situace omezení

Jak zákon a metodické doporučení ministerstva,⁵⁴ tak i vnitřní předpis nemocnice zdůrazňuje informování pacienta o důvodech použití omezovacího prostředku a dalším postupu. Pokud není možné informování provést v průběhu omezení, má být podle směrnice provedeno v bezprostřední návaznosti na ukončení omezení formou terapeutického pohovoru. Sestry mají za povinnost provést záznam o edukaci.

Z pohledu prevence špatného zacházení není rozhodné, zda a kdo provede záznam. Je však důležité, aby se rozhovor s pacientem o omezení, které proběhlo, uskutečnil a aby neměl povahu splnění informační povinnosti, ale terapeutického rozhovoru. CPT přitom právě toto doporučuje jako krok k obnovení důvěry mezi pacientem a zdravotníky a hledání preventivních opatření do budoucna.

„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 atakům agresivity a následnému použití omezovacích prostředků.“⁵⁵

Někteří z dotázaných zdravotníků uvedli, že takto postupují; nicméně nejde o realizaci požadavku nemocnice, ale intuitivní praxi. Potvrzují, že někteří dětské pacienti, se kterými zaměstnanci Kanceláře hovořili, vnímali citlivě omezení (buď konkrétně jejich, či některého z ostatních dětí) umístěním v pokoji intenzivního dohledu. O pobytu na tomto pokoji hovořili s nepohodou. Negativně vnímali zejména sledování kamerou, když bylo dítě v PID například jen ve spodním prádle a tričku. Obzvláště znepokojující je, že děti omezení v izolaci často uváděly jako formu trestu („že by mohly jít pod kamery“).

Je třeba usilovat o to, aby použití omezovacího prostředku děti netraumatizovalo nad míru nezbytně nutnou. K tomu považuji za vhodný nástroj právě uvedený zpětný rozhovor. Podotýkám, že není praktické očekávat, že tuto komunikaci s pacientem zajistí vždy ti pečující, kteří aplikaci indikovali (může to být pacientovi méně známá sloužící lékařka nebo noční směna). Je k tomu vhodné využít například terapeutický pohovor s psychologem, jak ostatně předpokládá i vnitřní předpis nemocnice (*SOP 10 bod 6*). V praxi jsem však terapeutické pohovory psychologů s dětmi, které zažívají omezení, nezaznamenala.

⁵⁴ Ustanovení § 39 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách ve spojení s článkem 1 odst. 5 metodického doporučení ministerstva.

⁵⁵ Bod 46 Standardu CPT z roku 2006.



Opatření:

- 25) Zásadně s pacientem omezení zpětně rozebrat ve smyslu popsaného debriefingu, ve vhodném čase po použití omezovacího prostředku (průběžně).**

18.8 Subsidiarita použití omezovacího prostředku

Zásada subsidiarity je v zákoně vyjádřena pravidlem, že použití omezovacích opatření by vždy měla předcházet snaha personálu zvládnout situaci jinak.⁵⁶ Je dále jasné, že bez vhodného personálního, materiálně-technického a odborného zajištění péče je „nezbytné“ použít omezovací prostředek, zatímco za jiných podmínek by to nezbytné nebylo. Proto musí každý poskytovatel vytvářet podmínky pro alternativní řešení rizikových situací, aby se potřeba použít omezení co možná minimalizovala.⁵⁷

Oceňuji, že vnitřní předpis nemocnice náležitě přejímá zákonnou zásadu nezbytnosti a subsidiarity. Ze studia záznamů v individuální dokumentaci i o nežádoucích událostech je zřejmé, že v řadě případů brachiální agrese ze strany dětí se personál k omezení neuchýlil, nýbrž podařilo se mu nebezpečí vyřešit jinak. Sestry žádají lékaře o individuální rozhovory s dětmi a lékaři zase cíleně směřují pozornost sester na vytipované pacienty, prodlouží se pracovní doba sestry při večerním neklidu na oddělení nebo se povolá na pomoc pracovník z jiného oddělení. Lékaři pracují také s neklidovou medikací (tedy mimo pravidelně podávané léky), přičemž nebylo zjištěno, že by byla nadužívaná nebo podávaná pouze z rozhodnutí sester. Při podání léku usiluje personál o dohodu s pacientem. To všechno jsou správné a účinné postupy.

SOP 10 v této souvislosti stanoví, že prioritou má být deeskalace, terapeutický pohovor a změny prostředí. SOP 16 *Ošetřovatelský přístup k neklidnému, agresivnímu pacientovi*, platný od 1. 2. 2017, má propracovanou část o přístupu k neklidnému či agresivnímu pacientovi. Zároveň ale právě k deeskalaci napětí a konfliktů není stanoveno více, než „využit komunikační dovednosti a techniky směřující k vyřešení problému“. **Je zde nepochybně prostor pro jejich rozvíjení a budování těchto schopností u všech pracovníků.** Nabízím dále pozorování, že zatímco na velkoryse prostorově řešeném oddělení C sestry operativně od sebe oddělují pacienty, kteří by se mohli dráždit, na jiném oddělení je k dispozici pouze normální režim nebo PID. Na tomto místě odkazuji na kapitolu 4.2.1, kde doporučuji zřídit také jednolůžkové pokoje právě pro oddělování dětí s rizikovým chováním.

Dále oceňuji, že zaměstnanci minimálně jedenkrát ročně absolvují praktický seminář sebeobrany proti agresivnímu pacientovi, a to v technické, taktické a psychologické přípravě. Z rozhovorů vyplývalo, že to příznivě ovlivňuje jejich pocit bezpečí a sebevědomí. Co se týká použití omezovacích prostředků, zdravotníci jsou školeni vrchní nebo staniční sestrou v rámci adaptačního procesu a dále jsou vedoucím pracovníkem proškolení

⁵⁶ § 39 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách.

⁵⁷ Srov. obecně formulovanou povinnost poskytovatele dle § 45 odst. 1 zákona o zdravotních službách.



v rámci provozních porad podle plánu (teoretický a praktický nácvik zvládnání agresivního pacienta). Část pracovníků byla připravena na roli školitelů.

Opatření:

- 26) Vhodnými opatřeními pokračovat ve snaze o prevenci rizikových situací a dostupnost alternativních způsobů jejich řešení, aby se počet dětí, které zažijí omezení, mohl postupně snižovat (průběžně).**

18.9 Evidence případů a vyhodnocování situace v nemocnici

Vykazování použití omezovacích prostředků je v nemocnici zažité a bývá prováděno pečlivě; ve srovnání s jinými navštívenými zařízeními nadstandardně. Použití omezovacího prostředku se dokumentuje skrze zvláštní typ denních záznamů v informačním systému Hippo – modul omezení. Nemocnice tak má k dispozici přehledy případů použití s uvedením jména pacienta, druhu omezovacího prostředku, data a času začátku a konce omezení a délky jeho trvání. Takový přehled umožňuje kontrolovat jednotlivé případy a získat přehled o klinické praxi v nemocnici a umožňuje samostatnou práci s těmito daty. Ta by měla být standardní součástí řízení nemocnice a jednotlivých oddělení. Podle četnosti a způsobu používání omezovacích prostředků je totiž třeba zacílit školení personálu, přizpůsobovat podmínky poskytování péče a kontrolovat vybočující případy.

Nemocnice doposud neprováděla vnitřní audit používání omezovacích prostředků. Doporučuji proto za účelem snižování potřeby omezení k pravidelnému vnitřnímu auditu omezovacích prostředků přistoupit. Aby pojetí auditu opravdu vedlo ke svému základnímu cíli, tedy snižování potřeby používání omezovacích prostředků, považuji navíc za důležité pracovat nejen s celkovou statistikou, ale zmapovat situaci také na jednotlivých odděleních, a to i kvalitativně. Nemocnice by měla zkoumat důvody použití v jednotlivých případech, sledovat možné trendy vycházející například z nároků cílové skupiny, aktuální personální situace a technických podmínek na oddělení a v souladu s tím přijímat adekvátní opatření.

Opatření:

- 27) Pravidelně a systematicky pracovat s evidencí omezení za účelem snižování počtu použití omezovacích prostředků (průběžně).**



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• Provést na jednotlivých odděleních revizi praxe personálu při usměrňování dětí a upustit od ukládání neoficiálních trestů (opatření č. 17)
Do 3 měsíců	• Umožnit v nějaké míře odchozí hovory také nemajetným pacientům (opatření č. 9) • Stanovit alespoň jednou týdně čas pro používání vlastních mobilních telefonů také v pracovní době (opatření č. 10)
Do 6 měsíců	• Zajistit také možnost podat stížnost ředitelství, jež by nemusela procházet rukama pracovníků oddělení, a zapracovat ji do vnitřních předpisů a informačních materiálů nemocnice (opatření č. 6) • Sladit obsah informačního letáku o podávání stížností určeného dětem s praxí, doplnit do něj kontakt na krajský úřad a informační leták na všech odděleních umístit tak, aby byl dětem dobře dostupný (opatření č. 7) • Zajistit majetným pacientům bez mobilních telefonů možnost odchozích hovorů za vlastní peníze (opatření č. 8) • Zvážit navýšení počtu nelékařských zdravotních pracovníků, prioritně na odděleních A4 a C (opatření č. 12) • Vybavit izolace signalizačním zařízením k přivolání personálu (opatření č. 19)
Do 1 roku	• Na odděleních pro starší děti zřídit několik jednolůžkových pokojů (opatření č. 2) • Vybavit dveře od toalet zámky odemykatelnými zvenčí (opatření č. 15)
Do 2 let	• Snížit kapacitu pokojů pacientů na 2 až 4 lůžka (opatření č. 13)
Průběžně	• Důsledně provádět záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpených v průběhu hospitalizace; dbát na jejich informativnost a zaznamenávat vyjádření pacienta k původu zranění, nález zdravotníka a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (opatření č. 1) • V případech, kdy tvrzení pacientů či jiné poznatky nasvědčují spáchání mezipacientského násilí či zneužití, operativně provést



multidisciplinární hodnocení události, naplánovat úkoly jednotlivých členů pečujícího týmu a toto dokumentovat (opatření č. 3)

- Posílit složku psychoterapeutické podpory domnělým obětem i útočníkům (opatření č. 4)
- V případech, kdy tvrzení pacientů či jiné poznatky nasvědčují spáchání násilí či zneužití, vždy provést (a zdokumentovat) úvahu, zda není namístě informovat státní zastupitelství; v pochybnostech podezření na spáchání trestného činu nebo činu jinak trestného sdělovat státnímu zastupitelství; ve všech případech pak informovat zákonné zástupce možné oběti, aby zvážili své vlastní kroky (opatření č. 5)
- Usilovat o vysokou úroveň organizační kultury, z pozice vedoucích pracovníků sledovat přístup zdravotníků k dětem a v případě poklesků připomínat, že nebudou tolerovány (opatření č. 11)
- Věnovat pozornost odstranění strohosti a ústavnosti interiéru všech pokojů a společných prostor na odděleních A4, A7 a C (opatření č. 14)
- Posilovat individuální složku práce psychologů s dětmi tak, aby mohla být dostupná všem pacientům (opatření č. 16)
- Usilovat o dohled ve formě přítomnosti u pacienta v omezení v lůžku a dostupnosti na dohled u pacienta v uzamčené místnosti (opatření č. 18)
- Při proškolení personálu dbát také na téma farmakologického omezovacího prostředku, se kterým se rovněž musí pojít obecné zásady a pojistky (opatření č. 20)
- Aktivně řešit případy, kdy použití omezovacího prostředku trvá déle než několik hodin; přijímat opatření k uspořádání jeho ukončení (opatření č. 21)
- V případě opakovaně omezovaných pacientů a pacientů, u nichž lze nezbytnost omezení předvídat, vypracovávat individuální plán prevence (opatření č. 22)
- Zásadně děti mladší 16 let nepodrobovat jinému omezení než úchopu (opatření č. 23)
- V rámci interní kontroly zajišťovat, aby záznamy o použití omezovacího prostředku byly vedeny kompletně a výstižně (opatření č. 24)
- Zásadně s pacientem omezení zpětně rozebrat ve smyslu popsaného debriefingu, ve vhodném čase po použití omezovacího prostředku



(opatření č. 25)

- Vhodnými opatřeními pokračovat ve snaze o prevenci rizikových situací a dostupnost alternativních způsobů jejich řešení, aby se počet dětí, které zažijí omezení, mohl postupně snižovat (opatření č. 26)
- Pravidelně a systematicky pracovat s evidencí omezení za účelem snižování počtu použití omezovacích prostředků (opatření č. 27)