



PNB/020512/2018\_001  
Vaše značka PNB/031101/2018  
Sp. zn. 14/2018/NZ/MLU  
Č. j. KVOP-842/2019  
Datum 7. ledna 2019

Vážený pan  
MUDr. Martin Hollý, MBA  
ředitel  
Psychiatrická nemocnice Bohnice  
Ústavní 91  
181 02 Praha 8

Vážený pane řediteli,

ve dnech 25. až 26. dubna 2018 proběhla v Psychiatrické nemocnici Bohnice (dále jen „nemocnice“) systematická návštěva,<sup>1</sup> zaměřená na téma omezení volnosti pohybu pacientů. Závěry, ke kterým jsem dospěla na základě provedeného šetření, jsem shrnula ve zprávě z návštěvy zařízení, která Vám byla doručena a ke které se nemocnice vyjádřila podáními doručenými do Kanceláře veřejného ochránce práv 13. září a 2. listopadu 2018.

Po prostudování Vašich vyjádření se kloním k závěru, že jsou dostatečná a mohou věc uzavřít.<sup>2</sup> Sice ne v úplně všech bodech jste se ztotožnili s mým návrhem na zlepšení, a v několika případech je Váš postoj ne zcela jasný. Provedený monitoring ale pojmám z perspektivy celkového cíle, tedy posílení prevence před špatným zacházením, a také přijímám, že deklarujete snahu o snižování uplatňování omezovacích prostředků. Proto jsem i s tímto výsledkem spokojena. Zároveň také předznamenávám, že s ohledem na závažnost učiněných zjištění i rozmanitost provozu nemocnice plánuji v Psychiatrické nemocnici Bohnice další návštěvy, při nichž chci na tuto zprávu a náš dialog navázat. Dosavadní výsledek tedy shrnuji takto.

### **Opatření dle Vašeho sdělení již naplněná**

2 a 3 (okamžité kroky k zlepšení estetiky oddělení 27 přízemí a 33).

### **Opatření s delší dobou potřebnou k realizaci, přislíbená**

1 (nové příjmové oddělení), 9 (vzdělávání dosahující standardu efektivního školení jednou ročně), 10 (vzdělávání konkrétně na oddělení 27), 15 (úpravy na oddělení 27, aby kurtování probíhalo vždy v soukromí), 18 (zavedení debriefingu a jeho zakotvení ve vnitřním předpisu).

### **Částečné naplnění přislíbeno**

4 (zvýšení soukromí ve sprchách oddělení 27 přízemí a 17; odmítnuta část o vybavení dveří kabiněk toalet a koupelen zavíráním, které personál může zvenčí odjistit), 3 (okamžité kroky ke zlepšení vybavení oddělení 33, ale bez konkrétnějšího vyjádření k pořízení vhodnějšího sanitárního vybavení).

---

1 Ve smyslu § 1 odst. 3 a odst. 4 písm. a) a c) ve spojení s ustanovením § 21a a § 15 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.

2 Ve smyslu § 21a odst. 4 zákona o veřejném ochránci práv.

Přijímám vysvětlení problémů při personálním posílení oddělení 33 a vítám dílčí kroky na oddělení 36 (opatření 8); celkově jsem spokojena s tím, že dlouhodobě nemocnice řešení vnímá jako prioritu.

### Opatření, kde nedochází k plnému pochopení nebo k příslibu

- K opatření 5 reagujete ujištěním, že na žádném oddělení nemocnice se neuplatňuje plošný zákaz telefonování. Přitom bylo doporučeno něco jiného, totiž zajistit vyšší soukromí při telefonování a odstranit plošné pravidlo telefonování pod dozorem, jež bylo zjištěno na oddělení 27 přízemí. **Prosím věnujte pozornost doporučení, tak jak bylo formulováno.**
- K možnosti pohybu a pobytu na vzduchu i na uzavřených akutních odděleních (opatření 6) vysvětlujete, že situace se zásadně liší podle toho, zda má oddělení vlastní zahradu. Pokud ne, je pobyt na vzduchu garantován těm pacientům, kteří s ohledem na svůj zdravotní stav mají ordinován alespoň režim dovolující účast na společné vycházce. Pokud oddělení má vlastní zabezpečenou zahradu, vzniká další režimový stupeň – možnost pobytu na zahradě, nicméně pobyt venku je podmíněn dohledem personálu nebo někdy i příbuzného. Ujišťujete, že k pacientům přistupujete individuálně dle jejich aktuálního zdravotního stavu. Konkrétně k oddělení 27 uvádíte, že tým bude posílen o jednoho terapeuta, čímž se zvýší příležitost pro trávení času na zahradě.

Domnívám se, že jste situaci vystihli – realizace pobytu venku je závislá na materiálních podmínkách a počtu personálu, od čehož lze odvodit i potřebná opatření. Vítám zprávu o konkrétním záměru personálně posílit oddělení 27. Do té doby, než budou podniknuty další kroky k dosažení onoho náročného standardu (venku alespoň hodinu, ale pokud možno mnohem více času během dne, u pacientů bez zdravotní kontraindikace), **měli byste po mém soudu usilovat alespoň o částečný výsledek. Tedy na podkladě individuálního přístupu a ve spolupráci s příbuznými, jež deklaruje, pacientům bez společných vycházek zajišťovat pobyt na vzduchu sice ne denně, ale alespoň v nějaké míře.** Poskytování doprovodu pro individuální vycházku **by mělo být součástí zadání pro personál a četnost uplatnění pak výsledkem rozhodnutí pracovníků odpovědných za průběh směny.**

- V souvislosti s alternativním zvládnutím rizikového chování jsem konstatovala, že na odděleních 27 přízemí a 33 jsou předpoklady pro ně dost omezené, a doporučila učinit spolu s personálem rozvalu reálné dostupnosti alternativ a naplánovat kroky potřebné k jejich rozvoji (opatření 7). **Vítám Vaše sdělení, že nemocnice promyšleně přistupuje k proškolení personálu** v komunikaci s nemocnými, deeskalačních technikách a šetrné aplikaci omezovacích prostředků, přičemž první skupina budoucích školitelů již byla proškolená. Kompetentnost personálu jistě je jedním ze zmíněných předpokladů. Dalšími jsou ale materiální a personální zajištění, které je na každém oddělení specifické a má i různý dopad. **Domnívám se, že byste se měli k opatření 7 ještě vrátit a skutečně v rámci každého oddělení analyzovat komplexně stávající možnosti a definovat potřebný rozvoj do budoucna.**
- K umístění pacienta v uzamčené místnosti jsem v reakci na učiněná zjištění konstatovala, že se v nemocnici v době návštěvy směřovalo použití v reakci na akutní nebezpečné chování a použití s cílem zajistit trvalý dohled. Opatření 11-14 jsem navrhla ve snaze o soulad se zákonem i realističnost: zamykat pouze při indikaci omezovacího prostředku, jinak uplatňovat režim trvalého dohledu a daným

pacientům individuálně podmínky dohledu upravit. **Sice mé doporučení nezpochybnujete a odkazujete se na individuální přístup, ale očekávala jsem jasnější postoj.** Deklarujete, že je obvyklou praxí v nemocnici individualizace léčebného režimu, nicméně kazuistiky, které jsem ve zprávě předložila, právě vedly k závěru, že namísto takové individualizace bylo ordinováno uzamčení dveří ložnice.

**Z Vašeho vyjádření se tak nedozvídám odpověď na otázky:** Bude se v nemocnici nadále uplatňovat režim zamčených dveří ložnice i ve vztahu k pacientům, jejichž chování nepředstavuje bezprostřední hrozbu? Pokud ne a bude uplatňován trvalý dohled s tím, že pacientovi bude jen ordinováno neopouštět ložnici (sdílenou případně s dalšími), bude nějaká garance, že nepůjde fakticky o stejně tíživé opatření, tedy trvalé uzavření v místnosti, s hrozcí deprivací? Má lékař povinnost u každého pacienta, jenž se má zdržovat pouze ve své ložnici, stanovit také míru pobytu ve společné části oddělení, účast na terapeutických aktivitách, pobytu na vzduchu a kouření? Jaké kroky jste podnikli, abyste dosáhli změny praxe personálu, jež zjevně byla zažitá, a byl na ní postaven chod několika oddělení? Bude mít vedení oddělení či nemocnice přehled o tom, jak často se trvalý dohled s pobytom v ložnici uplatňuje a jak dlouho v jednotlivých případech trval?

Beru na vědomí, že na oddělení 27 primářka a vrchní sestra hledají řešení v intenzivnějším využívání institutu přerušení omezení. Nemohu se k tomu v abstraktní rovině blíže vyjádřit, jen podotýkám, že přerušování se týká pacientů, vůči kterým byl již ordinován omezovací prostředek, a ne těch, u kterých jde právě jen o zajištění trvalého dohledu.

Typ opatření, která plánujete na oddělení 27 s cílem zajistit kurtování pacientů v soukromí (opatření 15), považuji za adekvátní a spokojuji se s příslibem realizace v budoucnu, neboť chápu, že není možná okamžitě. Stejně rozhodný postoj jsem nicméně očekávala právě i ve vztahu k podmínkám pro zajištění trvalého dohledu (srov. opatření 14).

Doporučení rozlišovat mezi omezením a trvalým dohledem jsem formulovala také ve vztahu k oddělení 14 (opatření 22). Opřela jsem je o studium několika kazuistik i statistiky, kdy je zřejmé, že zde bylo osm pacientek zamčeno dlouhodobě. Zdůrazňuji, že není přípustné dopustit, aby měli pacienti kvůli trvalému dohledu velmi chudý režim. **Popisujete situaci na oddělení, ale k danému problému se nevyjadřujete.**

- K pojetí farmakologického omezení v nemocnici chci ve světle Vašeho vyjádření podotknout. Za prvé, definici tohoto typu omezení ve vnitřním předpisu nemocnice považuji za téměř perfektní; má výhrada ke znaku *parenterální podání* je spíše teoretická s tím, že pokud je definičním momentem dle standardu CPT použití nebo hrozba použití síly, neměla by být rozhodující cesta podání léčiva. Nicméně chápu, že parenterální cesta podání je pro zdravotníky srozumitelným znakem, a pokud připustíme toto zjednodušení, může vést jeho používání ke snazší aplikaci pravidel o omezovacích prostředcích. Za druhé, těžiště Vašeho vyjádření k opatření 16 se týká podání (přijetí) *medikace bez souhlasu nebo dokonce proti vůli pacienta*. Jde o důležité poznámky, které nicméně nechci rozvíjet na podkladě tématu omezovacího prostředku. **Na tomto místě považuji za nezbytné zopakovat, že je úkolem vedení nemocnice dosáhnout toho, aby jako omezovací prostředek byla pojímána podání s použitím síly nebo s její hrozbou. Jestliže v době návštěvy data i vyjádření personálu naznačovala, že tomu tak vždy není, je namístě navrhané opatření přijmout.**

K tomu dodávám, že pokud z textu zprávy a dokumentů, na něž odkazuje, není tato otázka jasná pro sdělení ošetřovatelskému personálu a lékařům nemocnice, můžeme jako mezikrok uspořádat pracovní setkání zacílené na vyjasnění jednotlivých pojmů a lepší formulování standardu prevence špatného zacházení pro českou praxi.

- V opatření 17 doporučuji ujasnit a částečně revidovat pravidla používání fakultativní medikace, neboť byla učiněna zjištění, že (i) některé sestry podávají lék bez konzultace s lékařem i v případech neklidu pacienta, který s podáním nesouhlasí, (ii) často postup sester nedodržel poslušnost vyplývající z ordinace fakultativní medikace, (iii) ze záznamů sester nelze seznat, zda podání léku konzultovaly s lékařem přítomným nebo na telefonu. Ve vyjádření hájíte praxi nemocnice s tím, že je postavena na odborném hodnocení zdravotního stavu pacienta sestrou a vtahování pacienta do rozhodování; nebyl správně zjištěn skutkový stav, neboť v praxi nepoužíváte předpis léku 1., 2. nebo 3. volby, nýbrž různé ordinace pro odlišné stavy (agitovanost, úzkost, bolest); je pro Vás matoucí použití pojmů „tišící lék“ či „neklid“. Konečně uvádíte, že pokud nemocný s doporučením sestry nesouhlasí, je volán lékař a volí další postup a také opakované podání je konzultováno s lékařem. Uvítáte další diskusi k tomuto tématu.

Plně s Vámi souhlasím, že je správné stavět na zapojení pacienta do rozhodování a na kompetenci psychiatrických sester hodnotit zdravotní stav nemocných. Nemohu se však omezit pouze na toto konstatování, neboť zjištění z návštěvy neodpovídala zcela Vámi popsanému stavu. Za prvé, pokud jsou u jednoho pacienta ordinovány různé léky pro řešení problému (úzkosti, bolesti), musí být ordinace dost jasná na to, aby se rozhodování fakticky nepřenašelo na sestru. Například u zmíněného případu pacientky 12 byly ordinovány kapky pro „tenze, anxieta“, injekce pro „pokračující masivní tenze, agrese“ a další injekce pro „stále přetrvává masivní tenze, agrese, předchozí medikace v této indikaci bez dostatečného efektu“; v takovém případě je pro řešení tenze vyjádřena poslušnost. U pacienta 11 předepsány tablety pro „nespí, tenze“ a jiné tablety pro „tenze, dále nespí“. Používáte jako analogický příklad řešení bolesti. Nicméně tam je použití léku odvozováno od objektivizace skrze škálu VAS. Je-li ordinace psána nikoli s použitím poslušnosti, ale tak, že má sestra podat jiný lék při mírné úzkosti a jiný lék při masivní úzkosti, je nutno hledat nástroje, jak se vyvarovat subjektivity (je zde potenciál pro zneužití), a to buď definicí postupu ve vnitřním předpisu, anebo to musí sestra ve svém záznamu o podání léčiva srozumitelně zdůvodnit (což v době návštěvy nebylo). Podotýkám, že pojem „neklid“ je používán v dokumentaci nemocnice (viz např. ordinace u pacienta 11). Za druhé, co se týká konzultace s lékařem, zůstává k řešení nejasnost záznamů sester, co se týká formy konzultace, a aplikace standardu CPT o hodnocení zdravotního stavu lékařem při použití rychle účinkujících tišících léků. Uznávám, že v nemocnici nebylo zjištěno mechanické přepisování fakultativní ordinace a že není snadné stanovení okruhu léků, u jejichž je nezbytné v souvislosti s využitím fakultativní ordinace volat lékaře z bezpečnostních důvodů. Proto standard CPT respektuji, neboť konzultace s lékařem stanovená jako pravidlo skutečně může předejít nešťastným komplikacím, jež zřídka nastávají.

Souhlasím s Vámi, že v tomto bodě je velký prostor pro další diskusi, přesto vidím i opodstatněnost formulovaného doporučení.

- Co se týká dětského oddělení, právě s ohledem na náročnou cílovou skupinu (uvádíte, že zahrnuje nadprůměrné zastoupení agresivních pacientů) a zjištění opírající se převážně o statistiku jsem nevyjádřila kritiku, nýbrž znepokojení. Vítám

Vaše velmi pozitivní sdělení o odhodlání personálu oddělení usilovat o dohled v úrovni přítomnosti u pacienta v omezení. Hranici 16 let předkládám jako zásadu, jež může být překonána na základě klinického hodnocení. Může být využita jako kritérium například pro častější hodnocení případu lékařem a stanovení detailnějšího plánu zvládnání rizika v chování dítěte. **Neobdržela jsem od Vás nicméně vyjádření k doporučení 19**, tedy také na dětském oddělení zamykat dveře ložnice pouze při indikaci omezovacího prostředku a jinak uplatňovat režim trvalého dohledu s individuálním upravením podmínek u daných pacientů s cílem zajistit režim co nejméně restriktivní. **Spoléhám se, že toto také zajistíte.**

- Co se týká specifík pacientů s mentálním postižením, v zásadě nezpochybňujete návrh zpracovávat pro vybrané pacienty plán zvládnání rizika se zaměřením na zmírňování nepříznivých důsledků omezení a pozitivní opatření vedoucí k postupnému odbourání omezení (opatření 23 a 24). **Uvádíte, že nějaké kroky v praxi byly činy (u všech tří jmenovitě uvedených pacientů), dokonce v jednom případě ve smyslu plánu, ale realizaci doporučení nepříslibujete.** Odvoláváte se na dlouhodobou neměnnost stavu dvou z nich a pouze formální povahu případného plánu.

Ze svých doporučení nemohu ustoupit a mohu pouze apelovat na nemocnici, aby našla způsob jejich realizace, který nebude pouze formální. **Smyslem plánu je zajistit, že kroky ke zmírnění dopadů omezení a snížení jeho potřeby či ukončení nebudou předepisovány a realizovány jen někdy, ale vždy a okamžitě poté, co se omezení začne prodlužovat.** Z Vašeho vyjádření se mi zdá, že částečně takto zdravotníci již pracují. Co se týká pacientky 17, rozhodně vítám Vaše pozitivní vyjádření, že postupně byla zapojována do aktivit oddělení. Ordinance lékařky, kterou uvádíte, část požadovaného plánu rozhodně představuje, nicméně v nahlédnuté dokumentaci ještě týden po uplatnění omezení (dne 8. února 2018) žádná taková ordinace nebyla (z podkladů se jeví, že přišla až k 20. únoru 2018). Také u pacientky 18 uvádíte konkrétní kroky ke zmírnění restriktivnosti režimu, což vítám. U pacienta 11 konstatujete stav, jenž odpovídá zjištěním z návštěvy; nemyslím, že rozpis plánu aktivizace s ohledem na zkušenosti s tím, co pacient (ne)přijímá, by byl formalita ve srovnání se stávajícími záznamy pořizovanými co hodinu (!) ošetrovatelským personálem. (Na můj návrh zmírnit administrativní zátěž zrušením této povinnosti nereagujete.) **Sekundárním účinkem plánu je zajištění doložitelnosti a kontinuity péče, což má zvláštní důležitost u pacientů s perspektivou dlouhodobé institucionální péče, byť například v sociální oblasti.**

V závěru dopisu ze dne 2. listopadu 2018 uvádíte jako jednu z priorit do budoucna zavedení plánů zvládnání rizika z roviny doporučení do roviny povinnosti. S tímto příslibem se spokojuji, ovšem dlouhodobě omezované pacienty jednoznačně vnímám jako prioritu. Je zde rovněž patrné, že tento typ pacientů představuje zvláštní výzvu pro případnou transformaci nemocnice, a tedy i projektové aktivity.

- U dokumentování známek špatného zacházení bohužel realizaci opatření (25) nepříslibujete; pouze mě ujišťujete o důslednosti provedení a zaznamenání somatické prohlídky. Chybí tedy opatření, aby se standardně zaznamenávalo také vyjádření pacienta k původu zranění a stanovisko lékaře k souladnosti tohoto vysvětlení s objektivním nálezem. **Postrádám vyjádření, proč opatření nemá být realizováno.**

Ráda bych podotkla, že aktivita v oblasti používání omezovacích prostředků, kterou zmiňujete a jejímž garantem je Mgr. Pavel Říčan z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, je kvalitativní výzkum, který bude mít anonymizované výstupy a který poskytne sice důležitou zpětnou vazbu, nicméně obecnou, bez adresné využitelnosti pro reflexi klinické praxe. Nelze tedy na tyto výstupy spoléhat jako na nástroj posunu přímo v nemocnici. Zároveň vysoce oceňuji, že nemocnice poskytuje výzkumníkům součinnost.

### Závěrem

Uvítám, pokud ke kterémukoli z dosud otevřených témat buď doplníte své vyjádření, nebo iniciujete další odbornou debatu.

Zpráva a návazné písemnosti budou v souladu s § 23 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv a podle zavedené praxe zveřejněny v informačním systému Evidence stanovisek ochránce.

Závěrem chci konstatovat, že jsem s uspokojením přijala Vaše sdělení, že jste zprávu přijali a uznali jako vyváženou a sestavenou ve snaze přispět také ke zkvalitnění péče. To je, spolu s ohledem také na podmínky pro práci personálu nemocnice, jedním z cílů návštěvy, vedle hlavního cíle, jímž je prevence špatného zacházení. Ještě jednou Vám děkuji za poskytnutou součinnost a přijměte ode mě pro sebe i celý tým vedení nemocnice také přání pracovních i osobních úspěchů v novém roce.

S pozdravem

Mgr. Anna Šabatová, Ph.D., v. r.  
veřejná ochránkyně práv  
(dopis je opatřen elektronickým podpisem)