

Veřejný ochránce práv
Mgr. Anna Šabatová, Ph.D.
Údolní 39
602 00 Brno

Váš dopis zn.	Naše značka	Vyřizuje/telefon	Praha
KVOP-32970/2018	PNB/031101 /2018	MUDr. [REDACTED]	2.11.2018

Vyjádření se ke Zprávě z návštěvy zařízení se zaměřením se na omezení volnosti pohybu a přijímaným opatřením

Vážená paní magistro,

reagujeme tímto na zprávu z 27. července 2018 o systematické návštěvě provedené ve dnech 25. – 26. dubna 2018 v naší nemocnici.

Zpráva konstatuje celkem 25 opatření k uplatnění, v několika časových rámcích. Veřejný ochránce práv žádá, aby nemocnice do 30 dnů informovala o přijatých opatřeních k nápravě. Vzhledem ke komplexnosti zprávy a opatření nemocnice požádala o prodloužení lhůty k podání zprávy.

Jako celek zprávu vnímáme jako vyváženou, poukazující na problematiska místa naší praxe a vítáme i praktická doporučení ke zkvalitnění péče.

K navrhovaným opatřením udáváme:

Opatření 1:

Při plánování dispozice nového příjmového oddělení zohlednit kritické poznámky obsažené v této zprávě (průběžně)

Mnohé nálezy, konstatované v současné zprávě jsou díky vnitřním analýzám nemocnici známy; jde zejména o nevyhovující uspořádání oddělení 27 (ale i 31 a 8, kterých se šetření netýkalo) jak z hlediska zajištění soukromí, adekvátních prostor pro odpočinek nemocných, tak i nemožnost nízkoprahového přístupu k čerstvému vzduchu). Dispozice oddělení neumožňují provádění potřebných terapeutických intervencí, jako je provádění paralelních pohovorů, chybí prostor pro provádění deeskalačních pohovorů či jiných forem zklidnění apod. Oddělení také neumožňuje funkčnější trávení času při hospitalizaci, neboť se jedná o celkově stísněné prostory. Oddělení

celkově nevyhovuje současným nárokům kladeným na poskytování zvýšené psychiatrické péče, zasluhovalo by celkovou rekonstrukci a tento stav byl ostatně i důvodem rozhodnutí výstavby nového oddělení. Při plánování výstavby tohoto oddělení pamatujeme na jeho dispozice tak, aby bylo umožněno pacientům soukromí v co největší míře při zachování parametrů bezpečnosti jak pro nemocné, tak i pro personál.

Opatření 2:

Na stávajícím oddělení 27 přízemí se věnovat estetice interiéru a jeho zútulnění, a to jak v pokojích pro pacienty, tak zejména ve společných prostorách (hledat vhodný způsob dekorace, doplnit židle, odstranit porouchaný nábytek, rizikové kabely apod.) (do 2 měsíců)
Zkvalitnění výzdoby oddělení je relativně lehce realizovatelným opatřením, které je již v počátcích realizace, a bude uskutečněno do 3 měsíců po obdržení zprávy. Souběžně budou provedeny i drobné opravy a zpříjemnění prostředí. Personál oddělení verbalizuje snahu o budoucí neprodlenou nápravu drobných vad dekorace plynoucích ze zátěže provozem oddělení.

Opatření 3:

Věnovat pozornost specifickým potřebám oddělení 33; pro začátek navrhuji urychlit postup výzdoby interiéru a pořídit vhodnější sanitární vybavení (průběžně)

Stejně jako na oddělení 27, i personál oddělení 33 již realizuje konkrétní kroky ke zlepšení stavu výzdoby oddělení. Je nutné zmínit, že se jedná o oddělení zaměřené na péči o nemocné s poruchami chování, které jsou u některých nemocných setrvalé, a výzdoba oddělení je limitována ohledem na zajištění bezpečnosti nemocných. V případě sanitárního vybavení je doporučení velmi vhodné, pokud by oddělení bylo vybaveno zařízením odolným proti poškození, opět by to zajistilo vyšší standart bezpečnosti.

Opatření 4:

Zlepšit podmínky na oddělení 17 a 27 př. pro soukromí pacientů: zajistit soukromí na toaletě a při hygieně vybavením sprchovacích míst zastíněním, dveří kabiněk toalet a koupelen zavíráním, které personál může zvenčí odjistit (do 6 měsíců)

Řešením daného problému je vyzdění částečných příček mezi sprchami k odstínění pohledů druhých osob a zajištění většího soukromí. Vzhledem k závažnosti akutnosti léčených pacientů je však třeba zajistit vždy současně možnost dohledu personálu. Tedy nejsou vhodné zcela zavíratelné sprchy, stejně jako uzamykatelné toalety. Bude tedy provedena do určité míry kompromisní úprava. Zajištění soukromí na toaletách a v koupelnách bude tedy řešeno zástěnami, které v případě nutnosti umožní přístup personálu k danému nemocnému či nemocné. Dne 8.10.2018 byla realizovaná koordinační schůzka, na které byl dohodnut postup prací, kdy včasější realizace byla blokována nedostatkem finančních prostředků k realizaci zejména stavebních úprav.

Opatření 5:

Zajistit privátní používání telefonu a odstranit plošné pravidlo telefonování pod dozorem (bezodkladně)

V nemocnici není na žádném oddělení uplatňováno pravidlo plošného zákazu telefonování, toto omezení je vždy striktně individuálně uplatněno a případný zákaz komunikace tímto způsobem je odůvodněn v dokumentaci pacienta.

Opatření 6:

Zajistit možnost pohybu a pobytu na vzduchu i na uzavřených akutních odděleních: spolu s vyjádřením ke zprávě sdělit, jaká opatření může nemocnice přijmout ve výhledu 6 měsíců (průběžně)

V maximální možné míře je toto na uzavřených odděleních uplatňováno formou společných vycházek, neboť ne každé oddělení má možnost realizovat pobyt na čerstvém vzduchu formou vycházky do zahrady oddělení. Zabezpečit venkovní prostor všech oddělení by vyžadovalo významné investice a také naráží na limity stavebního uspořádání, je tedy v současné době nerealizovatelné. Povolování společných vycházek pak je součástí individuálního plánu, kdy jsou vždy zvažovány přínosy a možná rizika v případě útěku nemocného. Tato rozvaha se neopírá pouze o legální status pobytu (dobrovolnost/nedobrovolnost), ale zejména o stav pacienta před danou konkrétní vycházkou. V případě zrekonstruovaného oddělení, např. oddělení 26, je dle zdravotního stavu přidělován režim s možností pobytu na zahradě, režim společných vycházek, vycházek na aktivity a volných vycházek. Individuálně se rozhoduje u pacientů somaticky nemocných a u pacientů v omezení. Pokud to jejich zdravotní stav dovolí, tak preferujeme po domluvě vycházku na zahradu v doprovodu rodiny nebo, dle personální situace, někoho ze zdravotnického personálu. Pacienti mají možnost dostat se na čerstvý vzduch. I v tomto bodě, stejně jako v dalších, přistupujeme k pacientům individuálně dle jejich aktuálního zdravotního stavu. Rozhodnutí o režimu léčby a povolení společných vycházek v doprovodu personálu či rodiny je v kompetenci ošetřujícího lékaře. Využití zahrady je realizováno maximálně možné v závislosti na stavu pacienta a jeho spolupráci. Pacienti jsou na zahradě buď v přítomnosti personálu anebo, pokud to stav pac umožní, s příbuznými, kteří dohled zajistí. Vzhledem k vyčerpání personálu oddělení 27 dohled nad nemocnými v observačních místnostech uplatňujeme zde navýšení personálu, a posílíme tým o terapeuta, bude moci s pacienty trávit více času na zahradě a zajistí i lepší vyplnění volného času pacientů (hry, malování apod.). Omezení možnosti realizace vycházek se vždy opírá o zdravotní stav daného pacienta, jedná se např. o situaci, která se vyskytla u pacientky zmiňované ve zprávě. Tato pacientka se léčila pro mentální anorexii a při pobytu na zahradě i přes upozornění neustále měla tendenci k nadměrnému pohybu, takže docházelo k dalšímu úbytku na váze při již velmi nízkém Body mass indexu. V tomto případě jsme vycházky přidělovali dle dodržování stanoveného režimu.

Opatření 7:

Učinit spolu s personálem na uvedených odděleních (a podle potřeby i na dalších) rozvahu reálné dostupnosti alternativ k restriktivnímu zvládnutí rizikového chování pacientů a naplánovat kroky potřebné k jejich rozvoji (do 6 měsíců)

Nemocnice podniká kroky, které povedou k systematickému proškolení personálu v oblasti zvládnutí rizikového jednání a aplikace omezovacích prostředků. Cílem je snížení míry uplatnění omezovacích prostředků. Toto školení bude realizováno jednak pracovníky nemocnice, jednak bude zajištěno nákupem tohoto školení z jiných zdrojů, vzhledem k objemu tohoto školení volíme formu train the trainer, v běhu je komunikace s Oddělením lékařské psychologie III. LF UK. Aktuálně jsou vybíráni pracovníci nemocnice, kteří budou proškoleni v komunikaci s nemocnými a šetrné aplikaci omezovacích prostředků jako trenéři, a ti pak budou pokračovat v proškolení dalších pracovníků. Tento program je zamýšlen jako systematické vzdělávání v komunikaci s nemocnými, deeskalačních technikách a šetrné aplikaci omezovacích prostředků, kterým by periodicky měli procházet všichni pracovníci pracující na odděleních, kde je aplikace omezovacích prostředků rutinní součástí práce, pracovištích, kde se vyskytují komunikačně náročné situace. První školení personálu proběhlo v počtu 30 osob 16.10.2018.

Opatření 8:

Jako prioritu zařadit personální posílení oddělení 33 a revizi organizace péče nebo personální posílení na oddělení 26 přízemí (bezodkladně)

Přestože by to bylo velmi žádoucí, personální posílení odd. 33 není v současné situaci možné – personál nový nepřichází a počty, které jsou na spodní hranici únosnosti, doplňuje vrchní sestra personálem z celého svého segmentu. Oddělení 33 je nutné posílit, nelze to však učinit bezodkladně, aktuálně není k dispozici volná pracovní kapacita. Personální posílení na pav. 26 je dlouhodobě v řešení, zatím možnosti dovolují obsazení na nočních směnách v přízemí jednou sestrou a ošetřovatelem, v případě potřeby pomáhá sestra nebo ošetřovatel z I. patra, kde jsou ve službě vždy tři členové zdravotnického personálu. Po zlepšení personální situace bude v přízemí obsazena noční směna stejně jako v patře, probíhají pracovní schůzky k optimalizaci chodu oddělení.

Opatření 9:

Plánovat a uskutečňovat vzdělávání personálu tak, aby personál oddělení akutní péče a dalších oddělení, kde k použití omezovacích prostředků dochází nezřídka, procházel efektivním proškolením v alternativním zvládání rizikového chování a bezpečné aplikaci omezovacích prostředků – při nástupu a s ročním intervalem obnovování (průběžně)

Viz. Opatření č. 7, školení personálu plánujeme, je do určité míry závislé na uvolnění finančních prostředků; projednáno vedením nemocnice a jsou podnikány konkrétní kroky v tomto směru. Je záměrem nemocnice výrazněji zvýšit erudici personálu v této oblasti. Jsme si vědomi toho, že přestože je snaha o používání deeskalačních prostředků na úrovni vnitřních předpisů, do praxe zatím ne vždy zásadněji zasahuje a personál se, častěji než by bylo žádoucí, se situací vyrovná pomocí aplikace omezovacích prostředků. Svou roli hraje jednak stále nízký počet personálu daný finančními limity, tak i limitované dovednosti v této oblasti, opět dané nedostatečnou proškoleností v rámci finančního omezení nákupu tohoto školení.

Opatření 10:

Provést toto školení na oddělení 27 přízemí (do 6 měsíců)

V listopadu 2018 je plánováno školení personálu Centrálního příjmu a oddělení 27 v šetrné aplikaci omezovacích prostředků, šetrné sebeobraně a deeskalačních technikách v objemu 20 proškolených osob. V tomto školení bude nadále pokračováno v příštím roce. V plánu je zajištění školení personálu oddělení, kde se rutinně aplikují omezovací prostředky v tomto časovém horizontu. Viz opatření č. 7, první školení personálu proběhlo v počtu 30 osob 16.10.2018. Realizace dalších školení je ve fázi plánování.

Opatření 11:

K zamčení pacienta v místnosti se uchýlovat pouze v situacích, kdy bezprostředně ohrožuje sebe nebo okolí; pro takové případy využívat místnosti, které jsou bezpečné, tedy zásadně nikoli více pacientů naráz a bez přístupu k rozbitnému sklu (průběžně)

Management nemocnice si uvědomuje nutnost věnovat více pozornosti hraničním případům, je si vědom nepřipustnosti uplatnění omezovacího prostředku (místnosti určené k bezpečnému pohybu) k pouhému zajištění trvalého dohledu nad nemocným. Primářka a vrchní sestra oddělení 27 verbalizují snahu o zajištění častějšího přerušování umístění v místnosti určené k bezpečnému pohybu a evidování těchto přerušování. Již v období po realizaci auditu bylo započato s evidencí kombinované aplikace omezovacích prostředků v nemocničním informačním systému (nejen ve

zdravotnické dokumentaci) pro získání podrobnějších dat. Na oddělení 27 jsou plánovány stavebně-organizační úpravy viz opatření č. 15. Tyto úpravy by měly také zajistit to, aby nemocný neměl přístup k rozbitnému sklu. Ze zkušeností na jiných odděleních je možná varianta pokrytí folií u těchto skel.

Opatření 12:

V ostatních situacích, pokud je to nezbytné s ohledem na zajištění léčby, léčebného režimu a také chodu oddělení a respektování práv ostatních pacientů, využívat odpovídající úroveň observace a individuálně upravený režim s jasným stanovením míry pobytu na oddělení, účasti na terapeutických aktivitách, pobytu na vzduchu a kouření (průběžně)

Obvyklou praxí v nemocnici je individualizace léčebného režimu na daném oddělení, tato individualizace je však někdy limitovaná materiálně-technickými a personálními limity. Vždy se přistupuje individuálně, dle jejich aktuálního zdravotního stavu. Rozhodnutí o režimu léčby je v kompetenci ošetřujícího lékaře. Využití zahrady je realizováno maximálně možně v závislosti na stavu pacienta a jeho spolupráci. Pacienti jsou na zahradě buď v přítomnosti personálu anebo, pokud to stav pacienta umožní, s příbuznými, kteří dohled zajistí. Pro zlepšení situace je zvažována možnost mít na oddělení 27 terapeuta, který bude s pacientem trávit více času jednak aktivitami na oddělení, ale i mimo oddělení, aktuálně je vypsáno výběrové řízení na místo tohoto terapeuta.

Opatření 13:

Jakkoli bude toto režimové opatření v nemocnici pojmáno a dokumentováno, doporučuji pokračovat v evidenci, a tedy sledování jeho využívání, jak to nyní umožňuje informační systém pro omezovací prostředky (průběžně)

Viz. Odpověď na otázku č. 11,

Opatření 14:

Na základě soustavného sledování situace na exponovaných odděleních (27 přízemí, 26 I. patro, 17, 14, 33) a také rozboru jednotlivých vybočujících případů činit přiměřené úpravy v dispozici a materiálním a personálním zajištění péče na těchto odděleních, aby byla délka trvání omezovacího prostředku podstatně snížena (průběžně)

Nemocnice učiní změny popsané v opatření č. 15. na oddělení 27. Ohledně aplikace omezovacích prostředků na dalších odděleních (zmiňována jsou oddělení 26 I.p., 17, 14, 33), ale jedná se i o oddělení 28, 23, 1, 21, je uplatňován sběr dat, kdy je zřejmé, že některá oddělení neprovádí aplikaci omezovacích prostředků, ale je volen překlad nemocného/nemocné na oddělení 27. Důvodem je neadekvátní vybavení personálem zvláště mužského pohlaví při omezování pacientů. Tato situace nejvíce má tendenci ke změně, vede to ke koncentraci nemocných vyžadujících aplikaci omezovacích prostředků na oddělení 27. Jsme si vědomi faktu, že v současné době se práh pro použití omezovacích prostředků jeví jako nízký, jeho zvýšení je však vázáno jak na realizaci určitých stavebních úprav, tak i na soustavnou práci s erudicí personálu, což je možné realizovat ve střednědobém horizontu.

Opatření 15:

Neprovádět omezení pacienta v lůžku v podmínkách, kdy k němu mají přístup jiní pacienti (průběžně)

Jako prioritu nemocnice vnímá realizaci tohoto doporučení. Nevyhovující praxe je reflektována, např. v zápisu z Malé primářské porady 5/2018 je konstatována rizikovost tohoto stavu a nesoulad

s doporučeným postupem aplikace omezovacích prostředků. Prakticky to znamená, že na oddělení 27 budou učiněny takové stavební úpravy, které zajistí, že na každém křídle budou 3 jednolůžkové pokoje, s možností realizace omezení nemocného kurty v případě nutnosti. Pokud nastane situace, že bude třeba využít více než 3 lůžka k realizaci omezení kurty, bude možnost přivést na pokoje další kurtovací lůžko a po dobu kurtování dát mezi pacienta dočasnou zástěnu samozřejmě při trvalém dohledu nad nemocnými. Maximální počet kurtovacích lůžek tak bude 5 na každé straně oddělení. Toto si vyžádá snížení kapacity oddělení o 1 lůžko na každé straně oddělení 27. Jde o opatření provizorní, po vybudování nového oddělení pak toto umožní pro nemocné mnohem komfortnější formu zvládnutí jejich dočasně dekompenzovaného stavu.

Opatření 16:

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

Ve vnitřním předpisu nemocnice existuje povinnost podání farmaka proti vůli nemocného evidovat jako aplikaci omezovacího prostředku. Nemocnice se však nemůže ztotožnit s názorem, že i perorální podání farmaka by v některých případech mělo být evidováno jako omezovací prostředek. Důvodem je zejména existence anosognosie, tedy neschopnost uvědomění si svého stavu i onemocnění jako takového danou osobou, tento přímo souvisí se změnami fungování mozku u takto nemocných. U cca 50 % osob trpících schizofrenií je do určité míry anosognosie přítomna. Také příznaky psychózy např. formální poruchy myšlení, asociační přeskoky, paralogie, bludná přesvědčení, halucinace a další příznaky působí relevantní poruchy úsudku, neschopnost adekvátně hodnotit reakce a motivace druhých osob, přiměřeně na ně reagovat. Příznaky takového vážného duševního onemocnění lze dostatečně účinně potlačit pouze farmakologickou léčbou, tento léčebný postup nemá alternativu. Ne zcela dobrovolná akceptace medikace je tedy často spíše pravidlem, než výjimkou jak u dobrovolně, tak i nedobrovolně hospitalizovaných. Cílem léčby pak je umožnit dané osobě získat kontrolu nad svým jednáním a prožíváním, tato léčba je vysoce žádoucí, neboť v době jejího odmítání díky výše uváděnému není daná osoba schopna platného projevu vůle, její odmítání léčby není podloženo zralou a racionální úvahou a domyšlením všech důsledků tohoto rozhodnutí. Neléčené schizofrenní onemocnění (ale i jiná psychotická onemocnění) má pro svého nositele vážné důsledky v oblasti fungování mozku, tzv. neurotoxické působení neléčené psychózy, kdy se jedná o specifický pokles množství nervové tkáně, který souvisí s poklesem tzv. kognitivních funkcí, jako jsou schopnost řešit problémy, soustředit se, schopnost si pamatovat. Psychotoxické působení neléčeného schizofrenního onemocnění pak vede k fixaci bludných přesvědčení, setrvané tendenci hodnotit svět a události v něm v závislosti na těchto nemoci podmíněných prožitcích. Sociotoxické působení pak vede k závažnému narušení vztahů nemocných, jak vztahů rodinných, tak i jiných osobních vztahů, např. vztahu partnerského i dalších, ztrátě sociálních kontaktů i schopnosti navázat a udržet si sociální a partnerské vazby. Všechny tyto závažné dlouhodobé důsledky často není nemocný v hospitalizační situaci schopen posoudit, a někdy z chorobou podmíněných důvodů léky odmítá. CPT vnímá situaci podání farmak do určité míry jako mocenský akt, avšak v reálných situacích nemocní, kteří by zcela dobrovolně ponechání o samotě léčivo nepožili, tak činí, neboť jim záleží na vztahu se svým lékařem či sestrou a léčbě se tak do určité míry dobrovolně podrobují. Stejně tak v ambulantních podmínkách léky užívají pod určitým nátlakem partnerů, rodinných příslušníků, sester Center duševního zdraví apod. Viz odpověď na otázku č. 7. Jednou z možností je širší uplatnění právního postupu, tedy vyžádání soudu o souhlas s léčbou proti vůli nemocného, tento postup je již pilotně zkoušen, prozatím bez reakce soudu v řádu týdnů. Je tedy nutné hledat způsoby k urychlení tohoto postupu, aby bylo možné jej v běžné klinické praxi použít.

Opatření 17:

Ujasnit a podle výše uvedených připomínek proti současnému stavu částečně revidovat pravidla používání fakultativní medikace (do 6 měsíců)

Jsme toho názoru, že přestože se při dané návštěvě daný systém preskripce a podávání fakultativní ordinace vnějšmu pohledu může jevit jako nepřehledný, v praxi je dobře funkční. Ponechání kompetence sestrám k hodnocení zdravotního stavu nemocných je zcela v souladu se světovými i evropskými trendy, fakultativní ordinace je psána tak, aby lehčí stavy bylo možné řešit bez přítomnosti lékaře, významná kompetence je zde i na straně nemocného (opět zcela v souladu s doporučeními evropskými, Strategii reformy psychiatrické péče apod.) kdy na základě předchozí zkušenosti s účinkem léků, odborným zhodnocením stavu sestrou je podán lék, který je lékařem doporučen na daný stav se souhlasem a vůlí nemocného. Nejedná se tedy o léky 1., 2. nebo 3. volby, jak konstatuje zpráva. Nejde totiž o kvantitativní tíži jednoho stavu, ale o kvalitativně odlišné stavy. Stejně tak požadavek na časové omezení platnosti ordinace (doporučováno „na týden spíše než měsíce“ sic!) je zcela mimo naši současnou praxi a také standardy kvality kladené na zdravotnické zařízení. Každá ordinace v naší nemocnici je vystavována s platností na 24 hodin. Doporučuji tedy tuto oblast k další diskuzi, např. obsah výrazu „tíšící lék“ nedokážeme přesně uchopit, stejně tak si nejsme jisti, jaký je obsah obsoletního výrazu „neklid“. Pokud nemocný s doporučením sestry nesouhlasí, je volán lékař a volí další postup. Opakované podání je konzultováno s lékařem, sestry mají daná pravidla, kdy je povinnost lékaře k nemocnému přivolat. Zde si tedy dovoluujeme doporučení nerespektovat, resp. jde o oblast, která vyžaduje další komunikaci a vyjasnění dílčích aspektů tohoto komplexního problému. Zejména jde o to, že v případě fakultativní ordinace nejde o jakousi posloupnost ordinací, po níž má sestra lék podat, nýbrž o to, že při zjištění daného stavu odpovídající předpisu ordinace podá daný lék. Rozlišení mezi těmito stavy je věcí její odbornosti. Např. při výskytu agitovanosti tedy nepodává lék na úzkost, poté lék ordinovaný na mírnou tenzi a teprve poté až lék ordinovaný na agitovanost, ale přímo tento preparát, neboť je fakultativně přímo indikovaný na daný stav. Jako analogii lze uvést např. ordinaci léku na bolest, kdy na základě hodnocení bolesti sestra podá lék ordinovaný v daném dávkovém či indikačním rozmezí.

Opatření 18:

Standardně ve vhodném čase po použití omezovacího prostředku s pacientem toto opatření zpětně rozebrat, ve smyslu a s cílem popsaného debriefingu (průběžně)

Ve vnitřním předpisu je odpovědností vedoucího pracovníka nejen v dokumentaci aplikaci omezovacích prostředků stvrzovat, ale i zpětně problematiku rozebírat a činit případná opatření. Zde lze očekávat výraznější posun po absolvování plošnějšího školení personálu, nemocnice vyvíjí setrvalou snahu o zavádění supervize na odděleních a podporuje i intervizní setkávání. Personál na odděleních, kde je omezení důležitou součástí praxe, vnímá nutnost problematiku incidenty zpětně rozebírat a volit preventivní opatření. V revizi vnitřního předpisu bude podrobněji popsáno, jak debriefing má probíhat a popsána také formalizace tohoto kroku.

Opatření 19:

Promítnout opatření 11 a 12 do praxe také dětského oddělení (bezodkladně)

Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice je pro Prahu jediným a i pro většinu Čech významným a dostupným oddělením poskytujícím péči i agresivním dětským pacientům. Často se jedná o děti pocházející z násilnického rodinného prostředí nebo děti s významnou a blízkou zkušeností s opakujícím se násilným jednáním. Jejich schopnost navázat a udržet stabilní vztah

s druhými, díky kterému by pak dokázaly lépe ovládat agresivní impulzivní myšlenky, je extrémně snížena a často se přes opakované pokusy nedaří dostat jejich agr. jednání pod kontrolu. Tyto děti reagují zcela bezprostředně a často zvýšeně útočně na jakýkoli pocit omezení nebo potenciálního ohrožení, včetně běžných a v léčebném prostředí nutných denních režimových nastavení nebo třeba i jen na nezbytnou zátěž vycházející z povinného absolvování školní výuky za hospitalizace. Četnost užití omezujících prostředků na našem oddělení pak vychází také z vysoké koncentrace takto vztahově zanedbaných dětí na našem oddělení, a tato zvýšená koncentrace sama je dalším prokázaným faktorem navyšujícím riziko agresivního jednání. Musíme poukázat na systémový problém - neexistenci sítě zařízení schopných poskytnout adekvátní péči zejména adolescentům, kteří se projevují násilně.

Opatření 20:

Zásadně děti mladší 16 let nepodrobovat omezení (průběžně)

Je nezpochybnitelné, že dítě i adolescent je ze své povahy citlivější a zranitelnější, a proto by veškerá potenciálně traumatizující léčebná, terapeutická a režimová opatření měla být minimalizována a principiálně by neměla být užívána. Je ale vždy také nutné medicínsky zohlednit míru traumatizace jedince, kterou by vyvolalo pokračující sebepoškozování, významné sebeohrožování nebo ohrožování a fyzické napadání ošetřujícího personálu. Zpravidla při nich dochází kromě závažného fyzického ohrožení zdraví dítěte též k dalšímu nárůstu sebeobviňování a sebekritice, a tím k dalšímu prohlubování depresivních projevů v prožívání i chování. Pokud zdravotní rizika převýší rizika vycházející z užití omezujícího prostředku a není-li v tom čase dítě nebo adolescent schopný a přístupný nesilovému deeskalačnímu terapeutickému postupu, pak je omezující prostředek pro dítě nejbezpečnějším i nejcitlivějším léčebným přístupem, a bylo by terapeutickým poškozením dítěte nebo adolescenta jej neužít. Jakákoli daná věková hranice je obtížně uplatnitelná, protože vždy musí být primárně zohledněna schopnost spolupráce dítěte a také jeho fyzická, psychická i sociální vyzrálост a s ní spojená rizika a možnosti užití nebo neužití omezujícího prostředku.

Opatření 21:

Usilovat o dohled v úrovni trvalé přítomnosti u pacienta v omezení v lůžku a dostupnosti na dohled u pacienta v uzamčené místnosti (průběžně)

I doposud byla snahou trvalá přítomnost a dohled u pacienta v omezení, limity jsou v možnostech personálního zajištění, a to i na oddělení 28. Nadále tato snaha bude podpořena i spoluprací s ostatními odděleními nemocnice. Pokud by tedy přítomnost personálu u pacienta v omezení v lůžku a dostupnost personálu u pacienta v omezení v uzamčené místnosti ohrožovala chod oddělení, budou bezprostředně využity i personální kapacity ostatních oddělení tak, aby byla přítomnost a dostupnost plně zajištěna.

Opatření 22:

Promítnout opatření 11 a 12 do praxe také na oddělení 14 (bezodkladně)

Pokoje zvýšeného dohledu: Na pavilonu 14 je zrušena izolační místnost, jde nyní o běžný, volně přístupný nemocniční pokoj, na pavilonu 33 vzhledem k přímému propojení s pracovní sester je tento pokoj nejčastěji ponecháván otevřený, v případě potřeby je však možné jej využít i jako omezovací prostředek – uzamčená místnost nebo místnost, kde je pacient (jeden) mechanicky omezený. Na pavilonu 14 je stále umístěné síťové lůžko (pacientka 18), dlouhodoběji v pokoji nyní bývalého PZD, pokud však nebude možné monitorovat pacientku kamerovým systémem, je její přemístění do samostatného pokoje nezodpovědné a nebezpečné, zejména se obáváme

vdechnutí předmětů. Za současné personální situace nelze na celou směnu k pacientce vyčlenit jednoho dozorujícího pracovníka.

Opatření 23:

Zpracovat pro pacienta 11, pacientku 17 a pacientku 18 plán zvládání rizika a v něm se zaměřit na zmírňování nepříznivých důsledků omezení a pozitivní opatření vedoucí k postupnému odbourání omezení (do 3 měsíců)

Pacientka 17 – není již v režimu omezení, zde si dovoluujeme upozornit, že již v době kontroly byl pro pacientku nastaven „krátkodobý“ plán uvolňování z omezení, který byl uveden v režimových opatřeních a byl postupně upravován a rozšiřován – zahrnoval účast na aktivitách oddělení, volný pohyb po něm, který byl pravidelně a postupně prodlužován, přijímání návštěv (s pobytem na oddělení nebo zahradě), později vycházky s doprovodem. Vždy, když šlo o dlouhodobější umístění pacienta/ky v uzavřené místnosti, bylo snahou udržet ji v aktivizaci. Volíme postupné kroky, i s vědomím, že pokroky mohou být malé, k jejich dosažení bude nutný dlouhý časový úsek a možná neuspějeme. Je však nutné vycházet z aktuálního stavu a schopností pacientky, a bohužel též z personální situace; pravděpodobně máme co zlepšovat v administraci těchto kroků.

Na pavilonu 14 je stále umístěné síťové lůžko (pacientka 18), dlouhodoběji v pokoji nyní bývalého PZD, pokud však nebude možné monitorovat pacientku kamerovým systémem, je její přemístění do samostatného pokoje nezodpovědné a nebezpečné, zejména se obáváme vdechnutí předmětů. Zde považujeme možnost přímého dohledu průzorem za nenahraditelnou s ohledem na bezpečí nemocné. Za současné personální situace nelze na celou směnu k pacientce vyčlenit jednoho dozorujícího pracovníka. Pokud to povětrnostní podmínky dovolí, berou sestry pacientku na zahradu, kde ji však je nutné pečlivě dozorovat (požívání nestravitelných předmětů), stejně tak pohyb po oddělení či venku je možný pouze v doprovodu jiné osoby, ale podařilo se zajistit výpomoc dvou terapeutek, které se věnují výhradně několika pacientkám oddělení, které nejsou schopné absolvovat běžné aktivity na oddělení a pracují i s touto pacientkou. Lze tedy udat, že postupujeme směrem k individualizaci péče i na následných odděleních, zejména u nemocných s poruchami chování či obtížněji zvladatelných; narážíme zde zejména na limity personálního vybavení.

Opatření 24:

Stejným způsobem postupovat u těch pacientů s mentálním postižením, u nichž je zvýšené riziko použití omezení, anebo už nastala situace opakovaného nebo soustavného použití omezovacího prostředku (průběžně)

Ke zkoumaným pacientům z II. primariátu – jejich hospitalizace je dlouhodobá, u všech je chování nevypočitatelné, můžeme jen omezeně se pokoušet vyhnout některým situacím, které v minulosti vedly k nežádoucímu chování. Pacient 11 byl v minulosti dlouholetým uživatelem síťového lůžka, která v roce 2004 přestala být užívána v Psychiatrické léčebně Bohnice, několik let jsme se snažili upravováním podmínek začlenit jej mezi společenství na oddělení, avšak neúspěšně, pacient snáší přítomnost druhých osob, i těch pečujících, které zná velmi dlouho, pouze krátkodobě, nesnáší změny, vždy reaguje agresí. U pacienta můžeme rozepsat denní plán aktivit, ale letitá zkušenost s ním říká, že půjde pouze o formalitu.

Opatření 25:

Důsledně provádět detailní záznamy o zraněních, zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpěných v průběhu hospitalizace; zaznamenávat všechny aspekty: vyjádření pacienta k

původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (průběžně)

Vnitřní předpis stanoví rozsah somatické prohlídky, který je k zajištění tohoto požadavku dostačující, všechna poranění musí být lékařem podrobně popsána. Ošetrovatelské záznamy týkající se zranění jak při přijetí, tak v průběhu hospitalizace jsou též zapisovány.

Nemocnice vnímá oblast aplikace omezovacích prostředků jako velmi důležitou, kdy je vnější pohled nenahraditelný. V říjnu začne na oddělení 27 a 33 probíhat nezávislé hodnocení aplikace omezovacích prostředků v rámci projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, garant [REDAKCE]

Zhodnocením stávajícího vnímáme priority problematiky v následujících oblastech:

- Sběr dat o použití prostředků a posílení tlaku na globální snížení aplikace (prezentace dat na primářských poradách, posílení přímé kontroly nadřízenými nad pracovníky v přímé péči). Jde také o zastižené situace, kdy bylo zaznamenáno použití omezovacího prostředku z důvodu nutnosti využití trvalého dohledu. Také je nutné zcela vyloučit situace, kdy je mechanické omezení ordinováno re nata
- Systematické školení personálu v komunikaci v problematických situacích (jde zejména o personál Centrálního příjmu a personál příjmových oddělení)
- Úprava prostředí některých oddělení (zejména 33 a 27)
- Zavedení plánů zvládnutí rizika (v současné době jsou doporučeny) jako povinných u nemocných, kde je nutné opakovaně přistupovat k aplikaci omezovacích prostředků
- Posílení supervize nad realizovanými epizodami omezení
- Edukace personálu - nepřipustnost indikace omezovacího prostředku k uplatnění trvalého dohledu, zřetelná hranice v samostatném podání fakultativní ordinace sestrou a situace, kdy je nutné volat lékaře

S pozdravem a díky za spolupráci

MUDr. Martin Holý, MBA
ředitel PNB [REDAKCE]

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice