

ZPRÁVA Z NÁVŠTĚVY ZAŘÍZENÍ

Psychiatrická léčebna Šternberk

I. Obecný úvod

a) zákonný podklad pro provedení návštěvy

1. V souladu s ustanovením § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, provedla ve dnech 15. až 17. ledna 2008 skupina zaměstnanců Kanceláře veřejného ochránce práv systematickou návštěvu v **Psychiatrické léčebně Šternberk, Olomoucká 173, Šternberk** (dále jen PL nebo léčebna). Uvedený zákon ustanovuje s účinností od 1. ledna 2006 novou působnost veřejného ochránce práv (dále jen ochránce) spočívající v provádění systematických návštěv míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí nebo v důsledku faktické situace, s cílem posílit ochranu těchto osob před mučením, krutým, nelidským, ponižujícím zacházením nebo trestáním a jiným špatným zacházením. **Ve smyslu ustanovení § 1 odst. 4 písm. a) a c) uvedeného zákona se jedná i o psychiatrické léčebny, neboť se v nich mohou nacházet osoby „omezené na svobodě“ v důsledku své závislosti na poskytované péči nebo na základě rozhodnutí soudu.** Zákon ochránci v ustanovení § 21a odst. 2 ukládá vypracovat po provedení návštěvy zařízení zprávu o svých zjištěních. Součástí této zprávy mohou být doporučení nebo návrhy opatření k nápravě. Ochránce po zaslání zprávy vyzve zařízení, aby se k jeho zprávě, doporučením nebo návrhům na opatření k nápravě vyjádřilo ve stanovené lhůtě (ustanovení § 21a odst. 3).

b) důvod návštěvy

2. Při přípravě plánu systematických návštěv pro rok 2008 měl ochránce několik důvodů pro volbu psychiatrických léčeben. Poskytování péče v těchto zařízeních je totiž ovlivněno mnoha negativními okolnostmi, jež zvyšují riziko porušení práv osob. Celkové podmínky v psychiatrických léčebnách, a především práva a povinnosti umístěných osob, nejsou upraveny moderním právním předpisem. Poměry jsou částečně upraveny zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen ZPZL). V některých otázkách mají přednost přímo aplikovatelná ustanovení Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, Úmluvy o lidských právech a biomedicíně¹. Některá důležitá ustanovení úmluvy nejsou národním právem

¹ Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s.

provedena. V oblasti používání omezovacích prostředků vychází praxe pouze z metodického opatření Ministerstva zdravotnictví². Psychiatrická péče je v rámci systému zdravotnické péče dlouhodobě podfinancována.

3. Oblast zacházení s pacienty léčeben není v České republice doposud předmětem efektivních kontrol. Vnitroresortní i vnější kontrolní mechanismy jsou zaměřeny na zdravotní a hygienická pravidla a na hospodaření s finančními prostředky. Oblast péče částečně pokrývají kontrolní pravomoci zdravotních pojišťoven, které jsou však účelově zaměřeny. Tři léčebny navštívili v letech 2002 a 2006 členové Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Při těchto návštěvách byly konstatovány méně či více závažné nedostatky.

4. Veřejný ochránce práv přistupuje k provádění systematických návštěv psychiatrických léčeben s vědomím, že mu nepřísluší zásadním způsobem zasahovat do odborné diskuse vedené od počátku 90. let 20. století o dalším směřování české psychiatrické péče, potažmo o její případné transformaci. V této rovině nese zodpovědnost jednak politická a jednak zdravotnická reprezentace. V rámci realizace svých zákonných povinností a oprávnění však chce přispět k objektivizaci situace pacientů z hlediska respektu k jejich lidské důstojnosti a garantovaným právům a svobodám. V rámci systematických návštěv psychiatrických léčeben se rozhodl zaměřit na materiální, režimové a právní podmínky do té míry, do jaké je toho zapotřebí k dosažení takto vytyčeného cíle. Dále ochránce vítá systematické návštěvy jako příležitost pro prohloubení spolupráce s představiteli těchto zařízení.

c) cíl návštěvy

5. Veřejný ochránce práv přistupuje k systematickým návštěvám psychiatrických léčeben s ohledem na jejich charakter logicky rozdílným způsobem, než je tomu u klasických detenčních zařízení typu věznic či policejních zařízení. Cílem návštěv je především posílení ochrany osob před tzv. špatným zacházením. Špatným zacházením je třeba v obecné rovině rozumět jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost. Podle míry zásahu do lidské důstojnosti, nebo dokonce do tělesné integrity, může mít špatné zacházení konkrétně podobu mučení, krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání, ale také neúcty k člověku a jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie a soukromí. Formálně může špatné zacházení spočívat nejen v porušování základních práv garantovaných Listinou základních práv a svobod³ nebo mezinárodními úmluvami či v překračování zákonů a podzákonných právních předpisů, ale i v neplnění více či méně závazných instrukcí a pokynů a v nedodržování neprávních standardů.

² Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví č. 31829/2004/OZP, Používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky

³ Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod.

II. Průběh návštěvy

6. Návštěva Psychiatrické léčebny Šternberk se uskutečnila ve dnech 15. až 17. ledna 2008 a provedli ji pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen pracovníci Kanceláře)

- Mgr. Jiří Foral,
- Mgr. Marie Lukášová,
- MUDr. Ronald Marek,
- Mgr. Martin Ondráček a
- Mgr. Lucie Sýkorová,

kterým byla během návštěvy poskytnuta veškerá součinnost.

7. Návštěva proběhla neohlášeně, na místě ovšem za přítomnosti ředitele zařízení MUDr. V. H.. Kromě něj v průběhu návštěvy pracovníci Kanceláře hovořili se třemi lékaři, dvěma psychology, pěti zdravotníky – nelékaři a krátce i s několika dalšími pracovníky. Kromě prohlídky léčebny bylo šetření provedeno na čtyřech odděleních léčebny (oddělení 15A, 15B, 1, 9A). Pracovníci Kanceláře studovali dokumentaci, i zdravotnickou, řady klientů, vnitřní předpisy léčebny a provedli rozhovory s osmi pacienty, a to bez přítomnosti personálu. Rozhovory měly polostandardizovaný charakter a pacienti byli vybráni náhodně, ze všech navštívených oddělení.

III. Obecná zjištění

a) informace o zařízení

8. Psychiatrickou léčebnu Šternberk tvoří 18 oddělení, která kromě dvou mají uzavřený nebo polouzavřený charakter. Léčebna se nachází na okraji města Šternberka. V současném areálu funguje psychiatrická léčebna s nucenými přetržkami od roku 1892. Její kapacita je postupně snižována, aktuální počet lůžek a obložnost znázorňuje tabulka:

Kapacita léčebny	555
Počet pacientů v době návštěvy	509
Počet pacientů v roce 2007 celkem	2295
z toho žen	1173
Počet pacientů mladších 18 let v roce 2007	213
Průměrná délka hospitalizace	85,24 dne

Pacienti jsou ubytováni na vícelůžkových pokojích – největší je šestilůžkový, nejčastěji mají pokoje do čtyř lůžek.

Léčebna leží ve spádovém území Okresního soudu v Olomouci. PL není registrována jako poskytovatel sociálních služeb. Má, poměrně úsporné, internetové stránky.

9. Čtyři uzavřená oddělení léčebny, kde proběhlo šetření ochránce, lze charakterizovat takto:

oddělení	muž/žen	kapac.	zaměření na pacienty
15A	mužské	45	příjem osob mladších 65 let, léčba neklidových stavů, kratší detoxikační pobyty, také pacienti s mentálními retardacemi; krátké i několikaleté pobyty; společná je potřeba většího dohledu personálu
15B	ženské	45	
1	mužské	40	pacienti starší 65 let, relativně dobře pohybliví, s různými diagnózami
9A	ženské	30	pacientky starší 65 let, imobilní, s různými diagnózami, hlavně demencemi

Dále lze k charakteristice navštívených oddělení doplnit. Na příjmových odděleních 15A a 15B je poskytována režimová léčba psychofarmaky. Pacienti bezprostředně po přijetí nebo krátkodobě hospitalizovaní jsou tam společně s dlouhodobě léčenými pacienty (asi jedna třetina): oddělení jsou pro všechny neklidné pacienty bez ohledu na druh diagnózy a délku hospitalizace. Na oddělení 15A fungují také dvě terapeutické skupiny. Oddělení 9A je určeno pro pacientky vyžadující permanentní ošetrovatelskou péči – jen asi dvě pacientky byly v době návštěvy schopny samostatné chůze. (O zdravotním stavu pacientek vypovídá i to, že v roce 2007 jich na oddělení zemřelo 70 - 80.) Na oddělení 9A dochází rehabilitační sestry.

10. Ložnice pacientů jsou na odděleních 15A, 15B a 1 přes den uzamčeny, přístup do nich mají pacienti jen na vyžádání (na oddělení 9A jsou ležící pacientky v ložnicích stále). Noční stolky jsou jen u některých lůžek, nejsou uzamykatelné. Proto a také vzhledem k tomu, že k nim pacienti přes den nemají volně přístup, neslouží stolky k běžnému ukládání osobních věcí. Ložnice jsou dále velmi stísněné. Například na oddělení 15B není ani možné postavit na noc k lůžku toaletní křeslo. Lze shrnout, že ložnice slouží jen k přespání a jsou tedy pojaty jen jako místnosti na lůžka. Neposkytují žádný prostor osobní povahy.

11. Areál, ve kterém se nacházejí jednotlivé pavilony, je pěkně udržovaný. Vnitřní prostředí léčebny je vkusné a čisté, ovšem poněkud neosobní. Naprosto to platí o ložnicích na odděleních 15A a 1. Na oddělení 15B jsou ložnice barevně vymalovány, na oddělení 15A jsou však bílé, s podlahou i stěnami obloženými kachličkami – podobnost s přirozeným prostředím je jen velmi malá.

Ochránce nepochybuje, že vedení PL vnímá nevyhovující stav, který byl popsán v přecházejících bodech, dále si je vědom toho, že k výraznější změně by bylo zapotřebí získat dostatek finančních prostředků. Nicméně i přesto apeluje na léčebnu, aby vyvinula úsilí alespoň k drobným změnám (např. barevná výmalba), přičemž ohledně zlepšení materiálních podmínek vyžadujících finanční dotaci má léčebna plnou podporu ochránce.

12. Pacienti-senioři jsou umístováni na gerontopsychiatrická oddělení. V případě ženských oddělení platí, že nejméně pohyblivé pacientky jsou umístěny v nejvyšším patře. Výhodou je, že relativně dobře pohyblivé nemocné mají snazší cestu z budovy. Ovšem fatální následky může mít toto uspořádání v případě požáru nebo

jiné mimořádné situace, která by si vyžádala evakuaci obyvatel. Návčik evakuace doposud skutečně nebyl.

Ochránce upozorňuje, že stávající uspořádání vystavuje nepohyblivé pacienty značnému riziku a mělo by být změněno. Doporučuje se zvážit provedení požárního cvičení a vyhodnotit možnosti evakuace, tak jak k tomu přistoupila i některá sociální zařízení v obdobných situacích.

13. Pokud jde o možnost orientace v léčebně, chce ochránce vedení léčebny povzbudit k většímu úsilí. Areál léčebny je rozlehlý, kromě toho také například v budově, kde sídlí ředitelství, je směrovek minimum a není možné se orientovat.

Doporučuje se zlepšit možnost orientace v léčebně.

b) informace o pacientech

14. Pacienti se v PL léčí buď se svým souhlasem nebo s přivolením soudu. Dobrovolně i nedobrovolně hospitalizovaní pacienti jsou ubytováni společně a zacházení se všemi je stejné. Následující tabulka charakterizuje skladbu pacientů navštívených oddělení.

Oddělení	DH	NDH	OL	ZbZPÚ	OmZPÚ
15B	32	10	3	19	1
15A	26	13	4	16	6
9A	13	17	0		6

Vysvětlení zkratk: DH = dobrovolná hospitalizace; NDH = nedobrovolná hospitalizace; OL = ochranná léčba; ZbZPÚ = zbavení způsobilosti k právním úkonům; OmZPÚ = omezení způsobilosti k právním úkonům

15. V léčebně je řada pacientů, kteří na odděleních zůstávají ze sociálních důvodů – čekají na přijetí do zařízení sociálních služeb, kam dříve podali žádost. Bylo zjištěno, že chronickým pacientům už není dopomáháno se sepsáním a případným podáním žádosti o přijetí do zařízení sociálních služeb, protože by se tam dle slov sociální pracovníce již nezadaptovali. Léčebna je tak pro mnoho lidí „konečná“, a to na mnoho let. Platí to i pro některé pacienty neklidových oddělení.

Na tento faktický stav by léčebna měla adekvátně reagovat. Přístup k dlouhodobým pacientům s potřebami na pomezí zdravotnických a sociálních služeb by měl být jiný než k ostatním. Měli by mít vlastní oddělení vybavené personálem dle jejich potřeb (např. více kompetencí pro samostatné sestry, viz bod 38, 58).

Doporučuje se zvýšit kvalitu života v léčebně u dlouhodobých pacientů, a to např. zřízením samostatného oddělení (viz bod 68). Dále se doporučuje nestavět se a priority k umístění (resp. k podání žádosti) pacientů do zařízení sociálních služeb negativně a navázat spolupráci např. s blízkými zařízeními či jejich zřizovateli, popř. přímo s krajským úřadem⁴.

c) informace o personálu

16. V léčebně pracuje více než 400 osob. Z toho je osm psychologů a šest terapeutů. Na některých odděleních (15A, 15B) je zřízena funkce režimové sestry,

⁴ Kraj plní jednak funkci zřizovatele některých zařízení a jednak je odpovědný za zpracování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, který by měl mimo jiné zohledňovat potřeby obyvatelstva v daném regionu

kterou zastává pracovníce nižšího zdravotnického personálu bez psychoterapeutického vzdělání.

17. Sociální aspekty hospitalizace v léčebně má na starosti pět sociálních sester. Na jednu z nich připadá i 150 pacientů. Za těchto okolností sociální práce obnáší obstarání nutné administrativy, zjišťování kontaktů na příbuzné pacientů, mapování prostředí pro případ propuštění pacienta. Poskytovat doprovody pacientům je léčebna schopna jen v mimořádných situacích – když je třeba osobní účast na úřadě, v bance. Poskytnout doprovod z osobních důvodů není možné

18. Léčebna má vlastní školicí středisko pro střední zdravotnický personál. Dle výpovědí dotázaných osob lze usuzovat, že vzdělávání nelékařského personálu není systematické z hlediska praxe jednotlivých profesí v léčebně. Školení zaměřené na používání omezovacích prostředků proběhlo naposledy v roce 2003. Zaškolování nových členů personálu je postaveno na předání zkušeností služebně staršími. Jsou zavedeny měsíční schůzky vysokoškolsky vzdělaného personálu. Supervize není personálu zajištěna.

Doporučuje se vypracovat systém plánování vzdělávání personálu zaměřeného na psychiatrickou problematiku včetně právního postavení pacienta. Doporučuje se zvážit poskytování supervize alespoň pracovníkům v přímé péči na nejnáročnějších odděleních.

19. Pracovníci Kanceláře v průběhu návštěvy nezaznamenali od pacientů výslovnou stížnost na zacházení ze strany personálu, naopak zaznělo několik ocenění. Z vlastního pozorování mohou konstatovat, že ošetrovatelský personál má o pacienty zájem, dovede k nim přistupovat s vřelostí a empatií. Vzhledem k charakteru onemocnění pacientů a stavebně-technickým i personálním podmínkám práce v léčebně to ochránce oceňuje.

20. Většina členů personálu nosí identifikační visačky. Někteří však nikoli. Identifikovatelný by měl být i pomocný zdravotnický personál nebo uklízečky, resp. každý zaměstnanec léčebny, se kterým pacienti přicházejí do styku.

Doporučuje se, aby každý zaměstnanec léčebny nosil dobře čitelnou vizitku.

IV. Ochrana práv uživatelů

21. Je třeba konstatovat, že v rámci léčebny jsou mezi jednotlivými odděleními značné rozdíly z hlediska režimu a zacházení s pacienty. Proto je v následujícím textu tam, kde se to jeví jako podstatné, údaj o konkrétním oddělení uveden.

a) příjem do léčebny, dobrovolná a nedobrovolná hospitalizace

22. Vzhledem k charakteru onemocnění pacientů psychiatrické léčebny může docházet k situacím, kdy je legální provedení zákroků nebo hospitalizace bez souhlasu pacienta, nebo dokonce proti jeho vůli. Dochází tak k omezení svobody ve

smyslu čl. 5 odst. 1 písm. e) Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod⁵, které je legální jen za splnění zákonem stanovených podmínek.

23. Při šetření na odděleních 15A, 15B a 1 nebyla zjištěna pochybení léčebny, pokud jde o včasné oznamování převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu (ustanovení § 24 ZPZL). Ve všech namátkou zkoumaných případech soud rozhodoval v zákonných lhůtách. Kompetentní personál léčebny je připraven učinit kroky ke změně druhu hospitalizace z dobrovolné na nedobrovolnou. V souvislosti s dokumentací (příslušné rozhodnutí soudu) u nařízených ochranných léčeb nezaznamenali pracovníci Kanceláře pochybení.

24. Na oddělení 9A bylo zjištěno více případů, kdy lékaři přijali souhlas s hospitalizací od pacientek s právní kompetencí, o které by bylo možné pochybovat⁶. Na tomto gerontopsychiatrickém oddělení je detenční a způsobilostní řízení iniciováno jen u pacientek, které odmítají další léčbu a jsou neorientované. Lékaři takové případy řeší intuitivně. Jsou totiž v obtížné pozici, kdy chtějí nemocné léčit okamžitě, ale ustanovení právního zástupce trvá dlouho (a někdy ustanovit opatrovníka ve smyslu ustanovení § 29 občanského zákoníku⁷ soud odmítne). Zákon (ustanovení § 24 ZPZL) vyžaduje oznámit soudu případy, kdy nemocný neposkytne písemnou formou souhlas a jedná se o situaci dle ustanovení § 23 odst. 4 ZPZL. V jiných situacích – nemocný neohrožuje sebe a své okolí a léčí se dobrovolně – explicitně písemná forma pro souhlas s hospitalizací předepsána není. Lékaři mohou v těchto případech brát za rozhodující, když starý člověk projevuje spokojenost s pobytem na oddělení, nechce odejít nebo se od toho dá bez použití donucení odradit. Měli by být ovšem schopni formou dokumentace tuto skutečnost dokázat. Nesmí však dopustit zneužití takové právní neformálnosti a v momentě použití opatření schopného omezit pacientův pohyb nebo zabránění opuštění oddělení oznámit soudu nedobrovolné držení. To je šetrnější řešení, než vyžadování a přijímání zcela formálních souhlasů opravňujících léčebnu k čemukoli, přičemž o jejich platnosti bude možné v případě starších a demenčních pacientů možné důvodně pochybovat. Předpokladem je stanovení pravidel, jak se bude k nemocným přistupovat.

Doporučuje se upravit písemně pro gerontopsychiatrická oddělení postup přijímání a držení pacientů. Doporučuje se v něm upravit případ pacientů formálně právně kompetentních, které lékař shledá nezpůsobilými či neschopnými udělit relevantní souhlas, vzhledem k tomu, zda jejich pobyt bude naplňovat znaky ustanovení § 23 odst. 4 ZPZL nebo ne.

25. Bylo zjištěno, že nedochází k propouštění z důvodu nedodržování režimu v léčebně, v ojedinělých případech dochází k propouštění na základě rozhodnutí soudu.

Změna hospitalizace z iniciativy pacienta je prakticky nemožná, pokud nemá podporu rodiny nebo přátel. Například dotázaná sociální pracovníce nepomáhá pacientům s přípravou návrhu k soudu z důvodu střetu zájmů. Soudem ustanovený

⁵ Sdělení č. 209/1992 Sb. Federálního ministerstva zahraničních věcí o Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8

⁶ Na oddělení bylo 13 dobrovolně přijatých, většina z nich však měla v příjmové zprávě uvedeno, že v době podpisu souhlasu s hospitalizací o sobě nevěděla, resp. byli tak zmatení, že nevěděli, kde jsou.

⁷ zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

opatrovník pro řízení (advokát) účinnou pomoc v době po skončení řízení nepředstavuje.

Ochránce nevidí důvod pro střet zájmů, když sociální pracovníce pomáhá pacientovi s návrhy k soudu (návrhy v rámci detenčního řízení, navrácení způsobilosti k právním úkonům). O jeho návrhu bude rozhodovat nezávislý soud, v zájmu léčebny není držení pacienta mimo legální důvody. Vzhledem k tomu, že pacientům uvnitř léčebny není k dispozici žádná jiná možnost „právní“ pomoci – žádný důvěrník, klíčový pracovník, efektivní dobrovolnictví,
doporučuje se poskytovat prostřednictvím sociálních pracovníků pacientům pomoc i v tomto druhu komunikace se soudem.

26. Zdravotnické zařízení by mělo co nejdříve vědět, komu může sdělovat informace o zdravotním stavu pacienta. Způsob, jak to zjistit, je na jednotlivých odděleních (primariátech) různý. Na oddělení 9A je používán podrobný formulář, který pamatuje na různé situace. Úsporněji, ale přesto formalizovaně malým formulářem je postoj pacienta zjišťován na oddělení 15A. Podobná pomůcka na dalších navštívených odděleních zjištěna nebyla. Právo pacienta určit osobu, která může (nebo nesmí) být informována o jeho zdravotním stavu, je vysloveno zákonem [ustanovení § 67b odst. 12 písm. d) ZPZL⁸]. Léčebna musí být schopna garantovat jeho dodržení každým členem personálu, k čemuž mohou dopomoci vhodné pomůcky (dokumentace).

Doporučuje se na všech odděleních zjišťovat postoj pacientů ohledně sdělování informací o jejich zdravotním stavu a zajistit, aby s vysloveným přáním mohli pracovat všichni kompetentní členové personálu.

27. Z hlediska udělování souhlasu s hospitalizací hraje důležitou roli režim oddělení. Při příjmu do léčebny, pokud pacient podepíše „Prohlášení o souhlasu s vyšetřovacími a léčebnými výkony“, se zavazuje, že se podrobí Domácímu řádu PL. V dokumentaci příjmu na konkrétní oddělení je záznam o tom, že byl pacient poučen o domácím řádu, podepsaný sestrou.

Bylo zjištěno, že domácí řád není pomůcka, která by v rámci navštívených oddělení byla důležitou normou z hlediska režimu. Respektive na oddělení 15A je vyvěšen třístránkový domácí řád z roku 2005 (nadepsaný „Psychiatrická léčebna Šternberk oddělení 9A“) podepsaný ředitelem PL, na oddělení 9A jeho první strana. Jinak domácí řád běžně dostupný není (např. na odd. 15B je vyvěšen jen denní režim). Přitom jeden dotázaný člen personálu uvedl, že pacienti se mohou informovat hlavně prostřednictvím nástěnky.

Se seznamováním s domácím (vnitřním) řádem úzce souvisí informování o právech a povinnostech pacienta. V léčebně je případně používán přehled práv pacienta⁹ (např. na nástěnce odd. 15B). O právech a povinnostech dle sdělení personálu informuje lékař.

Na pacientům přístupných místech by měla být zpřístupněna aktuální informace o tom, jaká pravidla reálně panují na daném oddělení a jak mohou v tamních podmínkách realizovat svoje práva. Tato informace by měla být dostatečně čitelná, tedy podle potřeby vyvedená velkým písmem, a přiměřeně podrobná, tedy obsahující základní informace s uvedením osob, které je mají povinnost rozvinout na základě dotazu pacienta.

⁸ Z hlediska nároků na zdravotnickou dokumentaci souvisí ustanovení § 1 odst.1 písm. e) vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, a bod 7 její přílohy č. 1.

⁹ Etický kodex „práva pacientů“ schválený Centrální etickou komisí MZ ČR v roce 1992

Doporučuje se doplnit na všechna oddělení domácí řád – na dostupná místa, např. nástěnky, do ložnic. Doporučuje se kriticky revidovat jeho obsah tak, aby byl aktuální vzhledem k podmínkám na jednotlivých odděleních.

28. Pacienti se zavazují podrobit se domácímu řádu už na pracovišti příjmu. Podle názoru ochránce by se tak mělo dít až na oddělení, kdy je pacient relativně v klidu a může se na pravidla domácího řádu soustředit (více viz bod 32).

Doporučuje se nezavazovat pacienty dodržováním domácího řádu hned při příjmu do léčebny.

a) informovaný souhlas s léčbou

29. V případě dobrovolného pobytu v léčebně pacient podepíše paušální písemný souhlas s léčbou už na centrálním příjmu při přijetí; na oddělení je písemný souhlas žádán jen v případě ECT, vše nadále probíhá ústně. Souhlas je jinak vyžadován pro výkony nesouvisející s psychiatrickým onemocněním.

30. Zvláštní písemný informovaný souhlas s léčbou je vyžadován v případě elektrokonvulzivní terapie. Tomuto úkonu je po právní stránce věnována dostatečná pozornost. Jedinou výjimkou je vitální indikace ECT, tedy léčba podle ustanovení § 23 odst. 4 písm. b) ZPZL. Její diagnostika není upravena vnitřním předpisem léčebny. Používání ECT rovněž není evidováno, vyjma dokumentace konkrétního pacienta.

Doporučuje se zavedení centrální evidence použití ECT pro celou léčebnu, resp. na pracovištích, kde je ECT vykonáváno, z které by bylo mj. patrné, zda jde o vitální indikaci.

31. Pokud jde o kladný postoj pacienta k léčbě (informovaný souhlas), neusměrňuje léčebna postup jednotlivých lékařů. To, že pacient bude mít příležitost vyjádřit se ke své léčbě, by bylo možné zajistit sestavováním terapeutických plánů. V rozumném čase po příjmu pacienta, resp. při nasazení léčebné medikace, by lékař sestavil předpokládaný průběh a směřování terapie – buď přímo s pacientem nebo s jeho vědomím. Pokud by nastala potřeba terapeutický postup změnit, byla by provázena změnou plánu. Navíc by terapeutický plán dobře posloužil v případě služby externího lékaře¹⁰. Tímto způsobem v léčebně lékaři plány nesestavují¹¹.

Doporučuje se zvážit používání terapeutických plánů v uvedeném smyslu.

32. Na lékaře jsou kladeny velké nároky z hlediska jisté právní citlivosti. Ta při návštěvě léčebny zjištěna nebyla, spíše naopak. Souhlas s hospitalizací je formalizován – v momentě přijetí do léčebny je poskytován v takové formě, že bez znalosti oddělení, kam má být pacient umístěn, se souhlasí „s případným přechodným omezením volného pohybu mimo oddělení“, bez znalosti terapie se

¹⁰ Pracovníci Kanceláře se například při studijní cestě seznámili se způsobem sestavování terapeutického plánu na psychiatrickém oddělení nemocnice v Kodani. Kopii terapeutického plánu sestaveného lékařem pacient vždy dostává, bez ohledu na svůj postoj k léčbě a na druh hospitalizace.

¹¹ V blíže nespecifikovaném rozsahu a formě plán předpokládají platné předpisy: ustanovení § 1 odst. 2 písm. a) (diagnostická rozvaha a návrh dalšího diagnostického postupu) a ustanovení § 2 písm. d) bod 2. (plán dalšího postupu, pokud ústavní péče trvá déle než 7 dnů) vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Dodržování či nedodržování těchto ustanovení léčebnou není předmětem zájmu ochránce.

souhlasí „s vyšetřovacími a léčebnými výkony“. Později už žádný souhlas vyžadován není. Pokud v průběhu hospitalizace nedobrovolný pacient chce udělit souhlas, přijme jej od něj kdokoli z personálu. Souhlas s hospitalizací je slučován se souhlasem s léčbou. Prakticky je léčba řízena zcela bez součinnosti s pacienty, kteří jsou lékařům doslova vydáni: když podepíší dobrovolný vstup, je to považováno za souhlas s veškerým zacházením a léčbou, když dobrovolný vstup nepodepíší, rozhodnutí soudu nahradí souhlas s každým rozhodnutím lékaře.

Bylo by lépe, kdyby byly souhlasy vyžadovány postupně: při příjmu souhlas se vstupem a souhlas pro potřeby bezprostředních terapeutických opatření. V momentě, kdy je pacient na oddělení schopen vnímat vnitřní pravidla, poučený souhlas s pobytem na oddělení. Při vypracování terapeutického plánu souhlas s léčbou. Písemné souhlasy jsou vyžadovány z důvodu garance práv pacienta – pokud jsou vyžadovány a poskytovány mechanicky, ztrácí svůj smysl a jsou v rozporu s požadavkem na informovanost souhlasu.

Doporučuje se zvážit tento postup.

33. Otázku, zda je pacient schopen udělit/odmítnout souhlas s léčbou, si lékař musí položit vždy, pokud není pacient zbaven způsobilosti k právnímu úkonu tohoto typu. Tedy i v případě nedobrovolné hospitalizace. Pokud je pacient udělit souhlas schopen, musí být jeho názor respektován¹². Pacient má právo odmítnout jakýkoli zákrok, včetně život zachraňujícího, když je dostatek času na zjišťování jeho názoru (tedy nejde o neodkladný výkon). Navíc je třeba brát ohled na názor a přání pacienta, i když nemá právní způsobilost udělit souhlas, pokud je to při postupu lege artis možné.

V léčebně jsou časté situace, kdy pacientův souhlas nemá z právního hlediska váhu: buď soud rozhodl o příslušném omezení nebo zbavení způsobilosti pacienta k právním úkonům a určil jinou osobu, jejíž souhlas je třeba, nebo lékař shledá neschopnost pacienta v danou chvíli platně učinit právní úkon. Důležité je to, že lékař může postupovat bez souhlasu pacienta nebo jeho zástupce jen v případech vyjmenovaných zákonem. Tedy v úvahu připadá ustanovení § 23 odst. 4 písm. b) a c) ZPZL. Nestačí jen to, že se nechce léčit, pokud současně není splněna některá z podmínek výše citovaného ustanovení.

c) právo na osobní svobodu, používání omezovacích opatření

34. Na navštívených odděleních jsou používána tato omezovací opatření:

umístění do izolační místnosti (odluky)	15A, 15B
umístění do síťového lůžka	1, 9A
kurty	15A, 9A
postranice	9A
léky rychlého zklidnění	všechna oddělení

¹² O rozpoznávání pacientovy způsobilosti dát souhlas s léčbou např. viz Cholenský, R.: Pochybnosti o způsobilosti dospělých pacientů udělit souhlas s lékařským výkonem nebo ho odmítnout, Zdravotnictví a právo 10/2007. K problému ovlivnění pacienta např. náboženským přesvědčením: „Výsledné rozhodnutí pacienta nemusí být racionální. Racionální však musí být proces, kterým k němu dospěl (není na závalu, pokud v něm hrají roli iracionální, např. náboženská východiska). Pokud je pacientovo rozhodnutí v rozporu s očekávaným rozhodnutím, k němuž by pravděpodobně dospěla většina dospělých, pak je to pro posouzení pacientovy způsobilosti relevantní pouze tehdy, pokud existují další důvody pro pochybnosti o jeho způsobilosti.“

Pro celou léčebnu platí manuál Péče o neklidné nemocné (z roku 2003), jehož text je ve formě hesel a počítá s omezením ve formě postranic, fyzikálních imobilizačních pomůcek a aplikací léků¹³. Existuje také léčebenský standard Péče o neklidného pacienta.

Požadavkem ochránce na použití omezovacího opatření je jednak jeho legalita, způsob užití slučitelný s lidskou důstojností a jednak způsob eliminující nebezpečí zneužití. Je třeba předeslat, že legislativa má vůči zdravotníkům dluh v tom, že použití omezení není dostatečně upraveno v zákonném právním předpisu speciálním pro zdravotnictví, což je velká chyba. Mají pouze metodické opatření Ministerstva zdravotnictví z roku 2004¹⁴. Z metodického opatření je patrné, že omezení nesmí být užívána jako forma terapie či trestu a že mohou být použita jako poslední intervence, když všechny ostatní možnosti byly vyzkoušeny a selhaly.

Izolační místnost

35. Izolační místnosti jsou zřízeny na odd. 15A a 15B. Umístění do izolační místnosti se na oddělení 15A užívá, dle hodnocení personálu, často (127krát za rok 2007); v prosinci 2007 byla průměrná délka umístění 52,9 hodiny u celkem devíti pacientů. Byl ale i případ umístění na čtyři dny. Platí, že umístění se děje se souhlasem lékaře, v případě nebezpečí z prodlení však sestry pacienta nejprve zavřou a pak hned volají lékaře. Někdy je umístění provázeno podáním zklidňujících léků a/nebo kurtováním. Na izolacích není WC ani signalizační zařízení, pacient je tedy odkázán na pravidelné kontroly (cca 1/0,5 hod.).

36. Ochránce má k užívání izolační místnosti tyto připomínky:

a) Dle vyjádření personálu, když je pacient na izolaci na oddělení 15A, „je vhodné tam návštěvy nepustit“. Neumožnění návštěvy musí být posuzováno individuálně – sedm z devíti umístěných v prosinci bylo na izolaci déle než den. Metodické opatření uvádí, že „samo užití omezovacích prostředků není důvodem pro omezení návštěv pacienta“¹⁵.

Doporučuje se změnit popsanou praxi.

b) Izolační místnost je běžně používána na celé dny. Pacient byl například v místnosti dva dny poté, co dle svých slov „dělal brajgl na sesterně“. V izolaci může být pacient jen po co nejkratší dobu¹⁶.

Ochránce žádá vyjádření léčebny, zda je po každé noci, kterou pacient stráví na izolaci, lékařem znovu konstatována nutnost jeho izolace a jestli je stanovena časová perioda, po které musí být ordinace lékaře obnovena.

c) Personál připustil, že odluky někdy fakticky fungují jako zóna klidu. Pacienti chodí ven na jídlo, na toaletu. Pakliže pacient bezprostředně někoho neohrožuje, je jeho zavření nelegální a rovněž nehumánní. Musí být zřejmý rozdíl mezi metodou

¹³ „Zklidnění rozrušených a/nebo agresivních pacientů může být příležitostně nutné v kterémkoli psychiatrickém zařízení. Jde však o záležitost, která CPT obzvláště znepokojuje vzhledem k možnosti zneužití a špatného zacházení. Je naprosto nezbytné, aby pro zklidnění pacientů byla stanovena jasně definovaná pravidla. Použití prostředků fyzického omezení pohybu (popruhy, svěrací kazajky atd.) bude oprávněné pouze velice zřídka a musí být vždy buď výslovně nařízeno lékařem nebo o něm musí být lékař neprodleně informován a požádán o souhlas.“ Zpráva z návštěvy CPT v roce 2006, bod 123.

¹⁴ Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví č. 31829/2004/OZP, Používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky

¹⁵ Také viz Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M.: Psychiatrická ošetrovatelská péče, Grada Publishing 2002, str. 116.

¹⁶ Některé přístupy považují za nepřijatelné, aby se v zápisu o izolaci objevilo, že pacient usnul nebo při dvou po sobě jdoucích kontrolách potichu ležel nebo seděl, a zároveň nebyla izolace ukončena (odemčeny dveře).

odloučení a izolací. Tento rozdíl musí znát jak pacient, tak personál. Pacient musí vědět, že není zavřený a také dveře nesmí být v tomto případě zamčené. Totéž je třeba uvést v souvislosti se skleněnými dveřmi oddělenou částí oddělení 15B, která bývá dle potřeby přes den zamykána. Není možné zavírat pacientky, aniž by s nimi nebyl současně někdo z personálu, kdo by se jim věnoval, tím spíše, že pacientky nemají k dispozici signalizační zařízení.

Doporučuje se změnit popsaným způsobem současnou praxi.

d) Dle metodického opatření nesmí být důvodem umístění pouhý neklid nebo usnadnění péče; riziko (ohrožení) musí být vyhodnoceno jako příliš vysoké. Staniční sestra správně uvedla, že izolace má být použita, když pacient někoho ohrožuje a je agresivní, ačkoli ve vnitřních předpisech léčebny (manuál a standard) není aspekt ohrožení pacienta nebo okolí v souvislosti s užitím restrikcí dostatečně zdůrazněn. S výše uvedeným souvisí, že v záznamech popisujících chování pacienta nemohou stačit pouze slova jako „agrese“ a „neklid“. Chování má být popsáno konkrétně včetně situace, která v projev agrese či neklidu vyústila. Tyto záznamy pak mohou personálu pomoci vypožorovat situace, které pacienta rozrušují, popř. podněty, které v něm vzbuzují agresi. Ve zkoumané dokumentaci byly záznamy poměrně úsporné.

Doporučuje se provádět záznamy v popsaném smyslu.

- e) Umístění nesmí být pacienty vnímáno jako trest. Ve dvou případech ale vypovídali tak, že tento pocit byl patrný. Ochránce nemůže soudit, zda byl oprávněný. Uvádí to jen jako výzvu k důslednému naplňování požadavku metodického opatření (a i manuálu léčebny) projednat s pacientem po zklidnění důvody a potřebu omezení¹⁷. Vzhledem k tomu, že manuál léčebny je určen ošetřovatelskému personálu, upozorňuje ochránce na to, že tento úkol je vždy především na lékaři, který o použití opatření rozhoduje a je partnerem pacienta, co se léčby týká.
- f) O možnosti použití omezovacích prostředků nejsou pacienti informováni, jak to požaduje metodické opatření.

Doporučuje se vhodným způsobem pacienty informovat kvalifikovaným pracovníkem o možnostech použití omezovacích prostředků.

g) Pro použití izolační místnosti nejsou vypracována podrobnější pravidla (pro postup lékaře i ošetřovatelského personálu).

Ochránce dává na zvážení jejich vypracování.

37. Intervaly kontrol sester jsou předem stanoveny (cca 30 min.). Jedním z významů udržení kontaktu s pacientem během jeho agresivní epizody je to, že se rozvíjí dovednosti personálu nutné k dobrému zacházení s neklidným člověkem. Proto také kamerový systém osobní přítomnost nemůže nahradit. (Více ke kamerám viz bod 62.)

Ochránce žádá vyjádření, zda je povinností personálu při kontrolách s pacientem mluvit.

38. V době návštěvy byla na jedné odluce oddělení 15B pacientka s těžkou nespecifickou demencí (verbálně nekomunikující, inkontinentní). Důvodem jejího umístění byl neklid a potřeba nepřetržitého dohledu, neboť vše, co se jí dostane do rukou, sní a při kontaktu s jinou osobou pevně uchopí a štípe. Je tedy zamčená

¹⁷ Je to také cesta ke zmenšování studiemi prokázaného rozdílného vnímání terapeutických účinků izolace pacienty a personálem, který má tendenci podceňovat negativní zážitky pacientů a zároveň přeceňovat její pozitivní účinky. Čerpáno z Beer, M. D., Pereira, S. M., Paton, C.: Intenzivní péče v psychiatrii, Grada Publishing, 2005, str. 125.

neustále, sestry se s ní přes den procházejí po chodbě (pobyt na čerstvém vzduchu garantován není, viz bod 51). Toto umístění na izolaci je dáno nedostatkem personálu, protože za současných podmínek není možné vyčlenit zvláštního pracovníka, který by se jí věnoval celodenně mimo izolaci. Vzhledem k tomu, že u této pacientky se jedná o dlouhodobou hospitalizaci, měla by jí léčebna zajistit lepší podmínky než jaké nyní poskytuje příjmové oddělení.

Diagnostikovaná demence nepřinesla pacientce nějak specifické zacházení¹⁸. Příčiny poruch chování nejsou hlouběji analyzovány, její chování není ovlivňováno jinak než že je zavřena. Aktivizace není příliš individualizována, paní je stále v pyžamu, nic nezaměstnává její pozornost. Na případu této pacientky se ukazuje, jak by sestry upotřebily znalost postupů nonverbální komunikace s demenčními osobami, nemluvě o specifické péči o ně. Péče o pacienta s pokročilou demencí a poruchami chování vyžaduje uzpůsobené prostředí a režim, omezení svobody za předpokladu, že personál je např. v uzavřeném prostoru spolu s pacienty¹⁹.

Ochránci nepřísluší komentovat odbornou stránku tohoto případu. V prostředí zařízení sociálních služeb by uvedené nakládání s pacientkou bylo nelegální. V prostředí zdravotnického zařízení se jedná o zacházení nehumánní; v pozitivně právním smyslu lze sice namítat, že pacientka jeví známky duševní choroby a pravidelně se ve volném prostoru oddělení ohrožuje, používání izolace uvedeným způsobem je však nepřiměřené a v praxi oddělení nevyhovuje prováděcím předpisům.

Doporučuje se zvážit vytvoření zvláštního oddělení specializovaného na péči o demenční pacienty (na gerontopsychiatrických odděleních je jich řada). Doporučuje se vyjádřit k tomu, jak bude péče o pacientku změněna.

Mechanické omezení pohybu

39. Síťové lůžko je na gerontologických odděleních používáno běžně – na oddělení 9A jsou obvykle využita denně všechna lůžka (6), především v noci. Důvodem je, když pacient jinak vstává ze své postele, bloudí. Umístění jsou pravidelně kontrolována. Na oddělení 1 je síťové lůžko i v pohotovostní ložnici v denní části oddělení. Podle jednoho pacienta je umístění do lůžka napůl za trest, když se pacienti třeba pomočují.

Používání síťového lůžka není upraveno vnitřním předpisem léčebny. Lze konstatovat, že při obdobné skladbě klientů co do zdravotního stavu je „prevence“ bloudění pomocí omezovacích prostředků v domovech pro seniory nepřijatelná.

Doporučuje se upravit vnitřním předpisem pravidla používání síťového lůžka.

40. Kurty jsou z neklidových oddělení používány na oddělení 15A (46 použití za rok 2007). V prosinci 2007 z pěti použití bylo jedno v délce 20,5 hodiny, jedno 32 hodiny. Personál není přítomen po celou dobu omezení kurty. Za určitých okolností je použití kurtů postup lege artis a legální. Ochránce se ztotožňuje s metodickým opatřením, že omezení smí být použito „po dobu co nejkratší a při kontrolách nutno vždy znovu zhodnotit nezbytnost jejich použití a případně využít prostředků méně omezujících“. Tak dlouhá omezení, jaká byla dokumentována na

¹⁸ Lidé s demencí potřebují specializovanou psychiatrickou péči. Srov. bod 3 Evropské charty pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – Alzheimer Europe, Lucern 1998.

¹⁹ Možné zdroje informací: Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí; Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou, Gerontologické centrum, 2007 – např. téma Agresivita na str. 87 a násl., Používání omezovacích prostředků na str. 103 a násl.

oddělení 15A, vyžadují přinejmenším zdokumentované pokusy o uvolnění, případně novou ordinaci lékaře.

Na gerontopsychiatrických odděleních je použití popruhů odůvodňováno nebezpečím pádu a jde o stejné argumenty jako při bloudění. Byl zjištěn případ omezení popruhem pacientky na oddělení 9A bez lékařského předpisu v dokumentaci (ani pro případ neklidu)²⁰.

Doporučuje se stanovit délku omezení, po které musí personál přehodnotit odůvodněnost kurtování, a to i zaznamenat. Doporučuje se dbát na lékařskou ordinaci omezení v lůžku i na gerontopsychiatrických odděleních.

41. Postranice léčebenský manuál jako omezující prostředek proti nebezpečí neklidu zná. Někteří dotázaní zdravotníci je za omezení nepovažují. Na oddělení 9A se postranice používají běžně, na ostatních navštívených odděleních někdy.

Ochránce trvá na tom, že postranice mají potenciál omezit volnost pohybu osob a jejich používání tedy musí splňovat všechny obecné podmínky. Není přípustné jejich použití přes den z důvodu neklidu pohyblivého pacienta nebo tam, kde pohybliví pacienti dostanou postranice na základě vlastního souhlasu, ale nemohou je sami spustit. Pro použití postranic v zařízení sociálních služeb pro seniory u pohyblivých klientů, u nichž sloužily postranice k prevenci pádu omylem (např. při otočení ve spánku), trval ochránce na možnosti opustit bez pomoci lůžko (technická úprava, zkrácená postranice).

Ochránce doporučuje vnímat postranice jako druh mechanického omezení pacienta na lůžku. A zajistit možnost opustit lůžko, resp. neomezovat nepřipustně pacienty tehdy, když chybí lékařská ordinace omezení.

42. Z učiněných zjištění se jeví, že mechanická omezení pohybu jsou u hůře pohyblivých pacientů (oddělení 9A zvláště) používána preventivně v případě nebezpečí pádu, nebo při bloudění a inkontinenci k prevenci nepříjemných důsledků poruch chování pro okolí a personál.

Správnou cestou v zacházení se zmatenými, bloudícími pacienty je vytvoření takového prostředí, ve kterém se mohou pohybovat (třeba i v noci) a neublíží si. Omezování na lůžkách je řešení nejjednodušší, ale přináší s sebou řadu rizik a v naprosté většině situací je bezdůvodným omezením pohybu člověka. Stále totiž pro každé použití platí, že osoba musí ohrožovat sebe nebo okolí něčím vážnějším než je zvažovaný zásah do jejího lidského práva. Nestačí jen to, že osoba obtěžuje. K argumentu, že postranice a pásy slouží k ochraně, je třeba uvést, že každá restrikce je legální jen tehdy, jde-li o ochranu. To samo ale, jak bylo uvedeno, nestačí. Postranice nemají potenciál omezovat člověka jen po dobu, kdy spí. I tato použití jsou ale náročná – musí být uspokojivě vyřešena otázka dostupnosti personálu a možnosti jeho přivolání, např. pro vykonání potřeby.

Farmakologické omezení

43. Pokud jde o chemické omezování, v dokumentaci vybraných pacientů nebylo zjištěno nadměrné či neodůvodnitelné tlumení neklidu pacientů.

44. Na základě zjištění lze konstatovat, že podávání psychofarmak jako prostředku omezení není v léčbě věnována dostatečná pozornost. Protože se medikamenty podávají „často“, četnost se nesleduje. Na oddělení 9A jsou

²⁰ A. D. dne 12. 1. 2008, připoutání k lůžku v noci

předepisovány zklidňující injekce nebo tablety „při odmítání léků“, „při tenzi“, „při nespavosti“ a není to považováno za omezování. Na oddělení 15B sestry samy podávají léky na základě ordinace „v případě nespavosti podat hypnogen“, „v případě neklidu“ pacientů, které velmi dobře znají. Také mohou být podány léky na žádost pacienta. Je zdokumentováno podání na základě obecné ordinace lékaře „při nespavosti, zhoršení psychických symptomů Tisercin 1 amp. inj. i. m.“, v danou chvíli bez přivolání lékaře za situace: „Náhle velice hlučná, řve na celé odd. že ji mučíme, bouchá do dveří, stolu, ostatní nemocné se jí bojí.“²¹ Většinou ale žurnální lékař volán je. Pozitivní je, že z rozhovorů s personálem bylo patrné, že tlumení chápou jako prostředek „když už není vyhnutí“.

Doporučuje se pořizovat o mimořádné neklidové medikaci vždy záznam včetně okolností a projevů chování pacienta. Pakliže budou kvalifikované sestry pověřeny některými souvisejícími pravomocemi, doporučuje se vypracovat pravidla, ve kterých bude jasné, jaké povinnosti má lékař a jaké sestra.

Společné poznámky

45. Používání omezovacích opatření je zaznamenáno v dekurzu pacienta, pokud jde o pořizování centrálních záznamů pro celé oddělení, není praxe jednotná. Na oddělení 9A je zřízen sešit pro záznamy o použití síťového lůžka a popruhů. Ze záznamů je zřetelné, kdo užití naordinoval, jak dlouho trvalo, kdo z personálu omezené kontroloval. Na oddělení 1 byla centrální evidence v minulosti také vedena, v době návštěvy se nové záznamy již nepořizovaly. Na odděleních, kde jsou stavy neklidu tak časté, jako jsou 15A a 15B, není nyní možné vyhodnocovat používání omezovacích prostředků.

Záznamy v dekurzech mají smysl pro pacienta, centrální záznamy jsou cenné pro léčebnu. Ve smyslu výše uvedeného není možné užití omezovacích prostředků kontrolovat: nadřízení nemají pomůcky k tomu, aby si mohli zodpovědět otázky, jak často, proč, na čí popud jsou na tom kterém oddělení používány kurty, izolace, léky rychlého zklidnění. Jaký je původ obtíží pacientů, zda není někdo znevýhodňován, zda je přístup personálu jednotný. Nyní není ani zřejmé, zda si tyto otázky někdo klade. Jedna sestra uvedla, že je v léčebně tendence umisťovat na izolace co nejméně, že před lety proběhlo zkoumání četnosti používání tohoto omezení.

Doporučuje se zvážit zavedení centrální evidence používání omezovacích opatření na odděleních a jeho vyhodnocování.

46. Restrikce má používat pouze správně vyškolený a zkušený personál. V tomto ohledu má léčebna vůči svému personálu dluh. Metodické opatření stanoví: „Zdravotníci pracovníci, přicházející do kontaktu s omezovacími prostředky, se účastní pravidelných školení, včetně rozboru kritických a modelových situací.“ (Standard léčebny předpokládá seminář jednou ročně.) Není však co rozebírat, když se používání centrálně nesleduje. Personál by měl být vyškolen v alternativách umístění do izolace, tedy především ve slovním zklidňování a v předcházení rizikovým situacím. Ve specifikách zacházení s dementními pacienty a jejich nároků. Seminář ohledně omezování byl naposledy v roce 2003. Právě zážitky se zvládnutím neklidu nemocných zvláště odůvodňují poskytování supervize jak ošetřovatelskému, tak lékařskému personálu. (Personál otevřeně hovoří o zraněních způsobených pacienty – zdůrazňuje břímě povinnosti zachovat přese všechno profesionalitu; v případě incidentu členovi personálu žádná podpora nepřijde.) Pro personál by měly

²¹ Z dekurzu pacientky G. B. ze dne 3. 1. 2008.

být připraveny praktické formuláře, které by se při povinném dokumentování jen vyplňovaly, neopisovala se pořád dokola zbytečná slova.

Doporučuje se zvážit v uvedeném směru konkrétní kroky k podpoře personálu.

d) důsledky režimových opatření

47. Režim jednotlivých oddělení léčebny je částečně odvozen od skladby pacientů vzhledem k jejich diagnózám, lze však hovořit i o prvcích společných celé léčebně. Režim je, kromě možnosti opustit oddělení/léčebnu, nezávislý na tom, zda je pobyt pacienta dobrovolný či nedobrovolný. Ve stejných podmínkách žijí pacienti hospitalizovaní dlouhodobě i krátkodobě. S ohledem na to, co bylo konstatováno výše (bod 27), panují v některých ohledech mezi pacienty různé představy, co se může a co nemůže. To je chyba, neboť pak mohou ostatní nezkušeným pacientem manipulovat, personál si může zjednodušovat práci, vytrácí se vědomí smysluplnosti pobytu v léčebně.

48. Na odděleních, kde somatické onemocnění nevyžaduje pobyt pacientů na lůžku, je od budičku, který je před 7. hodinou, do večera (do 19 hodin) znemožněn přístup do ložnic. Všichni pacienti oddělení jsou tak celý den shromážděni ve společenské místnosti. Ta je obvykle rozlehlá, takže tam mohou současně všichni stolovat, a v části je televizní kout, vyřizuje se tam vše potřebné. Na odděleních 15A a 15B je místnost průchozí k východu z oddělení. Když je televize zapnutá, je v místnosti hlučno. Hluk také působí někteří pacienti.

Důsledkem popsaného uspořádání je, že pacienti nemají přes den žádné soukromí. Ve společenské místnosti je ruch a hluk, chování některých pacientů je velmi znervózňující. O každý vstup do ložnice je třeba žádat, takže, jak bylo shora uvedeno (bod 10), pacienti si v nich nic, co přes den potřebují, nenechávají. Ani starší pacienti si přes den nemohou lehnout. Mohou sice posedávat v křeslech, nemohou však uniknout hluku působenému jinými pacienty a chodem oddělení. A tak se pacienti dohadují o křesla, ve kterých pak přes den spí, někdo spí prostě na zemi. Pracovníci Kanceláře viděli, jak si jedna pacientka četla na toaletě, protože jinde pro hluk nemohla. Samy sestry uvádějí, že pacienti potřebují klid, improvizovaně vytváří klidné zóny. Na oddělení 15B umisťují někdy pacientky do části oddělení za uzamykatelnými prosklenými dveřmi, aby mohly mít klid od ruchu oddělení.

Důvodem pro nepřístupnost ložnic je dle personálu „aktivizace“ ošetrovatelským personálem, neboť by pacienti jinak ani nevstali z postele a nedodržovali hygienu. Dalším důvodem je možnost observace všech pacientů při stávajícím stavu personálu. Tyto důvody jsou sice pochopitelné, ovšem současný stav je příliš restriktivní a pacienty stresuje. Ochránce v něm spatřuje nedůstojné zacházení²² a vybízí vedení léčebny ke změně stávajícího uspořádání. Možností by například bylo vytvoření tiché, klidové zóny a zpřístupnění ložnic na předem stanovený čas.

Ochránce uvítá vyjádření léčebny k tomuto bodu.

²² „Podle názoru CPT by pacientům, kteří si to přejí, měl být během dne umožněn přístup do jejich pokojů, aniž by byli nuceni shromažďovat se společně s ostatními pacienty ve společenských prostorách.“ Zpráva z návštěvy CPT v roce 2002, bod 110

49. Jako režimový nástroj slouží pravidla pro oblékání pacientů. Při přijetí na oddělení je všem pacientům odebrán civilní oděv, který jim je vrácen údajně co nejdříve podle psychického stavu. Tedy až jsou sami schopni oblečení obměňovat a udržovat. (Také viz bod 1 domácího řádu z roku 2005.) O vrácení oděvu pacientů mají právo rozhodnout pouze lékaři s odůvodněním, že sestry nemohou nést konečnou zodpovědnost za zdravotní stav pacientů. Takže na odděleních 15A, 15B a 1 nosí více než polovina pacientů ústavní župan, pod nímž má ústavní oděv vypadající jako pyžamo. Na noc se pacienti převlékají do jiného pyžama. Vstupní období, kdy jsou v pyžamu až na výjimky všichni, je asi 14 dnů (na oddělení 1 je dle vyjádření personálu možné nosit civilní oblečení okamžitě).

Původní oblečení pacientů je ve skladu. Na odděleních je zpravidla i nějaký civilní erár, který je možno si vypůjčit. Ve skutečnosti chodí někteří pacienti v pyžamu i na režimové vycházky po areálu léčebny. Nedostupnost zimního civilního oblečení je důvodem pro nechození ven, pyžamový erár dobře označuje, kdo je pacient. Mnoha pacientům pyžamo na nošení přes den nevadí, je totiž praktičtější. Jedna pacientka, která v pyžamu pobývá skoro rok, uvedla, že ví, že je k dispozici nějaký jiný erár, ale to by si o něj musela požádat. Personál na vysvětlenou tohoto režimu uváděl, že je to tak zvykem, že je u pacientů pod vlivem nemoci či špatných sociálních návyků obtížné zajistit čistotu, že není možné zajistit všem obměnu oblečení, že mnozí nepřijdou do léčebny s adekvátním úbořem. Na všech navštívených odděleních měli pračku.

Nošení takto uniformního, stigmatizujícího ústavního oděvu v českých léčebnách kritizuje CPT již od roku 2002. Ochránce se ke kritice připojuje. Je nedůstojné udržovat podmínky, za nichž lidé, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt na lůžku, nosí oblečení podobné pyžamu. Ztrácí tím svou osobitost a zůstávají v pasivitě. Oblékání adekvátně prostředí a situaci a péče o oděv je základní sociální dovednost, ve které je třeba nemocné podporovat. Sestry vnímají aktivizaci pacientů jako svůj úkol, ovšem paradoxně místo aby tyto přirozené činnosti byly záminkou aktivizace, není tato příležitost využita. Zarážející je rovněž rozpor v tom, že sestry mohou v některých situacích fakticky rozhodnout o medikování při neklidu, ale nemohou rozhodovat o oděvu pacientů.

Doporučuje se, aby bylo vhodnými opatřeními (podpora pacientů při udržování, drobných opravách, praní) dosaženo stavu, kdy na odděleních, kde není odůvodněno, aby pacienti zůstávali přes den na lůžku, všichni pacienti nosili civilní oblečení (vlastní nebo léčebenské). Výjimky lze akceptovat v případech jednotlivců.

50. Vzhledem ke zjištěním o aktivitách dostupných pacientům na příjmových odděleních 15A a 15B lze zobecnit, že pacienti tráví své dny převážně v nečinnosti, chybí jejich smysluplná aktivizace a náplň dne (srovnej viz bod 48 – uzamykání ložnic). Na odděleních je poskytována režimová léčba, což znamená, že kromě psychofarmakoterapie netvoří terapii všech pacientů systematicky žádné činnosti. Takže se na oddělení „dá dívat na televizi, ležet na chodbě a kouřit v kuřárně“. Po kvalifikovaném personálu je požadováno, aby měl o pacientech přehled, nenechal je dřímat a obecně aby byli pacienti zavodněni a čistí.

Na oddělení 15B některé pacientky vykonávají dle rozpisu dobrovolnou práci pro oddělení (jako pracovní terapii), tedy stelou lůžka, připravují snídaně, pomáhají s úklidem. Je třeba velmi ocenit to, že je na odděleních vytvořena pracovní náplň režimové sestry. Na oddělení 15B pro vybrané pacientky (které mají povolené „režimové vycházky“ lékařem) organizuje ve všední dny „režimovou terapii“ –

vycházky v areálu léčebny, výzdobu oddělení, docházení do tělocvičny, na keramiku. Výhrady lze mít k tomu, že se řízené aktivity týkají jen vybraných pacientů (na oddělení 15B 24 ze 45). Jejich počet se mění, o případném zapojení pacienta do programů rozhoduje primář, sestry pak denně rozhodují podle aktuálního stavu.

Na oddělení 1 jsou pacienti-senioři. Jejich řízená aktivizace spočívá v tom, že je personál pověřuje drobnými činnostmi chodu oddělení.

Doporučuje se zajistit smysluplnou aktivizaci a náplň dne (například i v návaznosti na výše uvedené doporučení – bod 49) všem pacientům tak, aby se jí neúčastnili jen tehdy, když jim jejich aktuální zdravotní stav brání z ní profitovat.

51. V léčebně není všem pacientům zajištěna možnost dostat se čas od času ven „na vzduch“. Pacienti, kterým jsou lékařem přiznány volné vycházky, jsou v pobytu mimo oddělení omezeni jen denním řádem. Ti, kteří mají vycházky s doprovodem (režimové), mají možnost opustit oddělení několikrát týdně. Pobyt ostatních pacientů venku je spíše náhodný a záleží na aktuálním stavu na oddělení. Na seniorských odděleních 9A a 1 jsou pacienti, kteří nebyli venku déle než čtvrt roku. K oddělení 1 přiléhá pěkný venkovní prostor, který se ale v zimě nevyužívá (v létě je stabilně přístupný). „Principiálně by pacienti ven mohli, ale je to nepraktické“, z důvodu oblékání do zimy. Pacienti, kteří žádné vycházky nemají (na oddělení 15B je to 21 žen), jsou občas bráni do zahrady, ale nedá se přesně říci, jak často – zda jednou za 14 dní či více nebo méně. Žádný záznam se o tom nepořizuje. Ochránce je, vzhledem k výše uvedenému (bod 48 a 50), toho názoru, že by měli být pacienti bráni ven pravidelně. Jako způsob aktivizace a relaxace s potenciálem vylepšit atmosféru oddělení a předcházet hospitalismu²³. Případný nedostatek vhodného oblečení pacientů by léčebna měla být schopna vyřešit.

Doporučuje se umožnit všem pacientům pravidelný pobyt venku.

52. Ochránce nesouhlasí s přístupem jednoho primáře, kdy nárok na vycházku je jednou v týdnu o víkendů a jednou ve všední dny. Důvodem toho je, že pacienti jsou v pracovní neschopnosti. Četnost vycházek by měla vycházet ze zdravotního stavu každého pacienta, nikoli z paušálů.

Doporučuje se změnit uvedený přístup.

53. Na všech navštívených odděleních je režimově upraven přístup ke sprchám. Například na oddělení 15B je koupelna otevřena ve stanovený čas dvakrát denně. Na oddělení 1 jsou pacienti-senioři sprchováni povinně jednou týdně. Jinak je sprcha v části oddělení, kde se pacienti přes den mohou pohybovat, otevírána jen účelově. Pacienti sice mají sprchu u ložnic, kam se dostanou před večerkou, tam ale dle jejich slov bývá zima. Režimová opatření by neměla působit omezení v přístupu ke sprchám. Na oddělení 1 by mělo být zavedeno, aby si každý pacient mohl nad rámec povinné hygieny požádat o otevření sprchy.

Doporučuje se změnit popsané režimové opatření.

54. Pokud jde o nakládání s majetkem pacientů, nemá ochránce výhrady ke znění Smlouvy o správě finančních prostředků pacienta po dobu hospitalizace. Poněkud ale chybí stanovení pravidel pro to, když personál provádí nákupy pro pacienty. Bylo zjištěno, že pacientům, kteří se sami do kantýny nebo do obchodu nedostanou,

²³ Vzhledem ke zkušenostem ze systematických návštěv detenčních zařízení se nelze ubránit vězeňské asociaci – podle platných předpisů má každý odsouzený v České republice nárok na hodinový pobyt venku denně.

nakupují buď režimové sestry nebo pacienti na vycházce. Pro případ, kdy nakupuje člen personálu, by měla existovat pravidla (třeba jen stručná), která by chránila jak pacienty, tak personál. Během návštěvy nebyla zjištěna pochybení v této oblasti.

Doporučuje se zvážit upravení nakupování pacientům personálem pravidly.

55. Pokud jde o zmíněný domácí řád z roku 2005, lze mít k jeho znění obsahové výhrady, které navazují na výše uvedené poznámky k dennímu režimu (resp. na odlišnou skladbu pacientů na jednotlivých odděleních). Například pravidlo „zubní protézy jsou z důvodů nemalé hodnoty uschovány“, „po domluvě lze protézy klientce ponechat“ zní poněkud nepatřičně (lze dojednat individuálně). Rovněž pravidlo „nelehejte a nesedejte na ně (lůžko) mimo určenou dobu bez převléknutí do nočního prádla“ není myslitelné v případě starých lidí. O dodržování ustanovení bodu 13 „Děti do 10 let nemají povolen přístup na oddělení. Děti a mladiství od 10 - 15 let mají přístup na oddělení jen se souhlasem svých zákonných zástupců“ nebyla učiněna žádná zjištění. Takto formulované však do vnitřního předpisu nepatří.

Doporučuje se uvedené formulace z vnitřního předpisu vypustit, případně ochránci odůvodnit, proč není povolen vstup dětem do 10 let, a to ani za doprovodu rodičů.

e) právo na soukromí

56. Bylo zjištěno, že na oddělení 15A probíhají malé vizity ve společenské místnosti, velké vizity v návštěvní místnosti. Na oddělení 1 také ve společenské místnosti. (Na oddělení 15B byla praxe jiná, na oddělení 9A jsou pacientky upoutány na lůžko.) Vzhledem k tomu, že při vizitách jsou diskutovány osobní údaje citlivé povahy,

doporučuje se všechny vizity pohyblivých pacientů odbývat tam, kde nebudou přítomni ostatní pacienti a členové personálu, kteří při nich nejsou potřeba.

57. Citlivé z pohledu pacientů nejsou jen otázky zdravotního stavu, ale i další aspekty života, které vzhledem k absolutní podřízenosti režimu musí s personálem probírat. Nejvyšší autoritou oddělení je lékař, popřípadě primář. Samozřejmostí proto musí být organizační zajištění toho, aby pacient mohl být alespoň na požádání s lékařem o samotě. Na některých odděleních má lékař svou pracovnu. Z navštívených oddělení však na oddělení 1 lékař, když je na oddělení, pracuje v části sesterny (její dvě části nejsou odděleny dveřmi). Stavebně-technická stránka není rozhodující, důležité je to, že dle výpovědi není možné být s lékařem v soukromí. Lze toho dosáhnout například tím, že se zveřejní informace o časech, kdy lze být po domluvě s lékařem o samotě.

Doporučuje se zajistit, aby na všech odděleních byla možnost hovořit s lékařem o samotě.

58. V léčebně je zajištěna jen velmi malá míra soukromí (viz bod 10, 48). Z personálu se nad tím nikdo nepozastavuje, současné uspořádání je vnímáno jako jediné představitelné. Nízká míra soukromí je snesitelná při krátkodobém pobytu. Ovšem v případě mnohaměsíčních i mnohaletých pobytů má devastující účinky. Například pacient, který je hospitalizován již 20 let – kdyby se naskytla možnost umístění do zařízení sociálních služeb, byl by z léčebny propuštěn – bydlí na šestilůžkovém pokoji.

59. Pro uložení osobních věcí pacientů, které mohou během hospitalizace mít u sebe, jsou na odděleních uzamykatelné skříňky. Skříňka je na základě rozhodnutí primáře přidělena jen těm schopnějším, kteří klíček neztratí. Dle sester někteří pacienti skříňku ani nechtějí. Mít možnost chráněného prostoru pro své věci považuje ochránce za důležité zvláště v současném prostředí léčebny, kde je tak málo soukromí. Pacienti si navzájem kradou věci, ztrácejí je. Když se někdo dostane do kantýny a udělá větší nákup, ostatní na něm loudí. Káva, cigarety, toaletní papír mají mimořádnou hodnotu. Noční stolek uzamykatelnou skříňku nenahrazuje. Na některých odděleních není tolik skříňek, kolik je lůžek. Například na oddělení 15B nebylo zjištěno, že by byl někdo o tuto možnost uložení věcí připraven, ovšem aktuálně byly v době návštěvy všechny skříňky přiděleny. Oddělení by ale mělo být vybaveno tak, aby mohl mít skříňku každý.

Doporučuje se vybavit všechna oddělení uzamykatelnými skříňkami tak, aby je mohli mít všichni pacienti.

60. Na žádném z navštívených oddělení není možné se, z bezpečnostních důvodů, na toaletě pro pacienty zavřít v kabině. Soukromí by pacientům mělo být zajištěno i na tak intimních místech jako jsou toalety nebo sprchy. Bezpečnostní ohledy mohou být zachovány, například jsou-li na toalety nainstalovány zámky, které jsou jednoduše odemykatelné zvenčí (šroubovákem nebo mincí) v případě, že se pacient na záchodě zamkne a personál považuje za nutné se k němu dostat.

Doporučuje se vybavit toalety zámky. Do doby, než bude navržené opatření realizováno, se doporučuje na dveře toalet nainstalovat otočné cedule s nápisy „volno/obsazeno“, aby byl požadavek důstojnosti pacientů alespoň částečně naplněn.

61. Běžnou praxí na gerontopsychiatrickém oddělení je provádění hygienických a ošetrovatelských úkonů na lůžkách pacientů bez použití zástěn (čtyř až šestilůžkové pokoje na oddělení 9A). Každý zdravý člověk si může představit, jak by se v takové situaci cítil, jaký standard péče by pro sebe vyžadoval. K soukromí ležících pacientů se ochránce vyjadřoval již v souvislosti s návštěvami zařízení sociálních služeb pro seniory²⁴.

Doporučuje se používat při choulostivých ošetrovatelských úkonech u lůžek ležících pacientů zástěny.

62. Na některých místech oddělení jsou instalovány kamery. Konkrétně v izolačních místnostech na odděleních 15A a 15B. Někteří členové personálu nevědí, kde všude kamery jsou. Dotázaný lékař nebyl schopen říct, zda jsou pacienti o kamerách informováni, jiní dva členové personálu připustili, že si jich pacienti ani

²⁴ Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory, bod 65; dále dostupná na <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=780>: *Důstojného zacházení by se uživatelům mělo dostat i při úkonech spojených s prováděním hygieny. Dotčení mohou být především imobilní nebo nesoběstační klienti, kterým je při osobní hygieně poskytována asistence. Obývá-li pokoj více osob, měl by mít klient při provádění úkonů osobní hygieny přímo na pokoji nebo při používání toaletní mísy k dispozici zástěnu. Domovy se však potýkají s jejich nedostatkem a zástěny jsou klientům poskytovány nepravidelně či vůbec. Kromě nedostatku zástěn domovy také často argumentují nedostatkem místa v pokoji pro jejich uložení. V tomto ohledu některá zařízení plánovala instalaci „posuvných zástěn“. Rovněž převážení do koupelny se mnohdy děje bez respektování intimity klientů, kdy v některých domovech byli uživatelé ke koupeli převáženi zpola vyslečení nebo se sprchování neodehrávalo za uzavřenými dveřmi.*

Doporučuje se respektovat soukromí klientů i v oblasti hygieny. Doporučuje se mít k dispozici dostatek zástěn a používat je vždy při provádění hygieny na lůžku či používání toaletního křesla v pokoji. Rovněž převoz uživatelů do koupelny by se měl odehrávat tak, aby nedocházelo k narušování lidské důstojnosti seniorů.

nevšimnou. Jeden pacient uvedl, že o kamerách ví. Informování o tom, kde jsou instalovány kamery, co zabírají a kam je obraz přenášen, případně zda je zaznamenáván, tedy není věnována pozornost.

Ochránce není přesvědčen o tom, že používání kamer v odlukách je skutečně nutné, zda se jedná o prostředek přiměřený okolnostem a sledovanému účelu. Z hlediska lidské důstojnosti je rozdíl v tom, jestli člověka sleduje jiný přítomný člověk nebo kamera přenáší obraz k někomu, koho sledovaný nevidí. I když léčebna nepořizuje záznam, používáním kamer se vystavuje značným nárokům z hlediska ochrany soukromí osob. Musí si položit otázku, zda je zaručeno, že obraz pacienta, často v ataku choroby se vším, co s tím souvisí, nevidí někdo nepovolaný. Je zde řeč o monitorech v sesterně, kde se mohou odbývat vizity, kam jsou pacienti přes den voláni, kam přicházejí i uklízečky a jiný personál. Pokud jde o nezbytnost kamerového sledování, je otázkou, zda při jeho zapnutí stále někdo v rušné pracovně hledí na monitor. Paradoxem je, že odluky jsou vybaveny kamerovým systémem, ale nejsou vybaveny signalizací, kterou by pacient mohl použít pro přivolání personálu. Pravidla pro používání kamer nejsou stanovena.

Doporučuje se zvážit odůvodněnost používání kamerového systému. Za stávajících podmínek se doporučuje zajistit, aby pacienti o kamerách věděli.

f) právo na lékařskou péči a kvalitní a kvalifikovanou pomoc

63. Těžištěm poskytované léčby je farmakoterapie. V popsaném rozsahu (bod 50) probíhá formou pomoci na oddělení pracovní terapie, je poskytována elektrokonvulzivní terapie. Psychoterapie je na příjmových odděleních v nedostatečném rozsahu. Lékaři i psychologové zdůrazňovali, že se jedná o neklidové oddělení, kde hlavní je „režimová“ léčba psychofarmaky, po zklidnění přeložení na jiné oddělení. Ovšem část pacientů zůstává na odděleních mnoho měsíců až let. Bylo zjištěno, že mimo oddělení léčby závislostí slouží pro terapii na odděleních léčebny dva psychologové. Na oddělení 15B poskytují pouze diagnostiku, zcela výjimečně individuální terapii. Z navštívených oddělení je odborná terapie předepisována jen na oddělení 15A a fungují tam i terapeutické skupiny.

64. Nad rámec kritéria špatného zacházení nabízí ochránce vedení léčebny postřeh týkající se způsobu dokumentace léčby. Dle ochránce přizvaného experta-psychiatra v dekurzech některých pacientů nebyla v některých případech dostatečně podrobně zdůvodněna změna léčby (změna dávkování psychofarmak, podrobnější vysvětlení rozhodnutí o zahájení elektrokonvulzivní léčby). Touto poznámkou není zpochybňována oprávněnost změny léčby, jen se upozorňuje na běžnou lékařskou rutinu, že „je to přece z předchozích záznamů v dekurzu jasné“.

g) právo podávat stížnosti

65. V zařízení, kde pacienti pobývají dlouhodobě, jsou prakticky ve všech aspektech svého života podřízeni personálu, vzhledem k povaze svého onemocnění nejsou schopni se případně efektivně dovolávat svých práv a tato možnost je i prakticky omezená, je mimořádně důležité, aby dobře fungoval stížnostní mechanismus. V PL Šternberk není stížnostní proces upraven písemným vnitřním předpisem. Domácí řád z roku 2005 uvádí v bodě 15: „Případná přání či stížnosti

sdělte vrchní sestře, ošetřujícímu lékaři či primáři oddělení.“ Taková informace, nehledě k její dostupnosti (viz bod 27), není dostačující – pro personál, pacienty ani jejich blízké.

Dotázaní pacienti konkrétní pravidla neznali, jen se různě dohadovali, někteří vůbec nevěděli. Jeden pacient uvedl, že by se bál stěžovat si, jiný rezignoval s tím, že vás odbudou. Pouze jeden uvedl, že by si stěžoval písemně řediteli a (má volné vycházky) psaní by dopravil na podatelnu. Dva členové personálu léčebny na dotaz uvedli, že pravidla pro stížnosti neznají, že pacienty o všem informuje lékař. Se vším se obracejí na sestry, v rámci oddělení je nejvyšší autoritou primář. Jak uvedla jedna staniční sestra, je možné si stěžovat při vizitách. Tomu by ale měla existovat soukromá alternativa, neboť vizitám je přítomna řada členů personálu. Ředitel léčebny na písemnou stížnost písemně odpoví.

Lze tedy zobecnit, že pacienti nejsou o stížnostním mechanismu předem informováni²⁵, oficiální postup nezná ani personál, proces vyřizování stížností není ustálen, ale liší se případ od případu.

Efektivní pravidla pro vyřizování stížností musí být dostupná pacientům i personálu (třeba i formou zveřejnění na internetu) a musí být srozumitelná (jednoduchý jazyk, velké písmo). Musí upravovat, jakým způsobem si lze stěžovat, kdo bude stížnost vyřizovat, v jakých lhůtách a jak bude o vyřízení stěžovatel vyrozuměn. Musí být možné stěžovat si ústně i písemně, i k autoritě mimo oddělení. Stěžovatel musí být o výsledku vhodnou formou vyrozuměn vždy.

Doporučuje se vypracovat pravidla stížnostní procedury a zveřejnit je na všech odděleních léčebny. Ochránce uvítá zaslání takových pravidel.

66. Dalším předpokladem efektivity stížnostního mechanismu je, že se pravidla dodržují a že stěžovateli není jeho vystoupení k tíži. Není pravdivý předpoklad ředitele léčebny, že pacienti strach podat stížnost nemají. V uzavřeném systému léčebny důvody k obavám vznikají vždy. Proto mohou být dobré i vhodně rozmístěné schránky na stížnosti. Z navštívených oddělení byla schránka zaznamenána jen na oddělení 1, a to v návštěvní místnosti, tedy ne v prostoru oddělení, kde se pacienti běžně pohybují. Na odděleních 15A a 15B byly knihy přání a stížností: na oddělení 15A kniha zachycovala období let 1988–1991, na oddělení 15B byla prázdná. Nejsou tedy využívány.

Doporučuje se zvážit rozmístění více schránek na stížnosti a připomínky. Na uzavřených oddělení do prostor, kam mají všichni pacienti běžně přístup (například v blízkosti sociálního zařízení). Na schránce by mělo být uvedeno, jak často ji kdo vybírá a kam její obsah putuje.

67. Nebylo zjištěno, že by v léčebně někdy proběhlo například dotazníkové šetření nebo jiné zjišťování spokojenosti s úrovní péče, zpětné vazby. Byla pouze zjištěna individuální snaha primářky jednoho oddělení ohledně sledování kvality. Centrálně jsou uchovávány jen písemné stížnosti (šest za rok 2007).

²⁵ Informování předem vhodnou formou, například přečtením dobře dostupných pravidel nebo odkázáním na ně u dobře orientovaných pacientů, nemusí působit jako navádění k podávání stížností. Naopak může podpořit pacientovu důvěru ke zdravotníkům.

V. Závěr

68. Problémy, které byly jednotlivě předmětem předchozích částí zprávy, lze sledovat rovněž v jejich souvislostech a provázanostech.

- Režimová doporučení (oděv, ložnice, nechození ven) odvisí od prostorového uspořádání léčebny a organizace práce personálu.
- Nemožnost poskytovat doprovody pacientům, pobyt v léčebně jako konečné řešení situace pacienta, nepřetržitost pobytu uvnitř oddělení způsobují sociální vyloučení pacientů.
- Kompetence sester jsou podceněny (lékař rozhoduje o sledování televize po 21. hodině, o oblečení, o přidělení skříňky atd.), ačkoli jinde (podávání neklidové medikace) se s nimi počítá.
- Pacienti tráví dny ve zcela umělém prostředí, v hluku, bez náplně.

Sám ředitel léčebny uvedl, že jako největší nedostatek vnímá to, že není možné diferencovat péči na odděleních. Že by bylo potřeba rozdělit oddělení na menší stanice²⁶. Rozhodně by to představovalo jednu z možných proaktivních intervencí ke snižování napětí, které by jinak mohlo vyústit až izolací²⁷, zvýšil by se komfort dlouhodobě hospitalizovaných, na jednom (neklidovém) oddělení by nebyly všechny diagnózy.

69. Cílem zprávy není, aby byla naplněna (mechanicky, jen některá) doporučení, která ostatně vznikla jako odraz krátkého šetření. Mohlo by dokonce dojít k dílčím nesmyslnostem, pokud by byla naplněna jen vytržená doporučení. Cílem ochránce je přesvědčit vedení léčebny o nutnosti okamžité změny v přístupu k jednotlivým problémům, poskytnout obecný podklad pro zamyšlení se nad nimi. Uvítá odezvu, jak k tomu vedení léčebny přistoupí.

Doporučení ochránce obsažená v této zprávě nevychází z pochybení stejné intenzity, o špatném zacházení ve smyslu bodu 5 zprávy lze hovořit jen v některých případech.

70. V souladu s ustanovením § 21a odst. 3 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, Vás tímto vyzývám, abyste se ke shora uvedeným doporučením a návrhům opatření písemně vyjádřil ve lhůtě 30 dnů od doručení této zprávy.

JUDr. Otakar M o t e j l
veřejný ochránce práv

²⁶ „Zabezpečení ubytovací struktury založené na malých skupinách je důležitým faktorem pro zachování/obnovení pacientovy důstojnosti i klíčovým prvkem každé politiky směřující k psychologické a sociální rehabilitaci pacienta.“ Standardy CPT, „Podstatné“ části obecných zpráv CPT, str. 54 bod 36

²⁷ „Byla zjištěna významná souvislost mezi zvýšením počtu pracovníků a snížením počtu případů umístění pacienta do izolace, svůj vliv mají i dovednosti a zkušenosti pracovníků s uklidněním rozrušeného pacienta; vnitřní uspořádání oddělení, počet pacientů na metry čtvereční a počet konfliktních osobností.“ Beer, M. D., Pereira, S. M., Paton, C.: Intenzivní péče v psychiatrii, Grada Publishing, 2005, str. 120.