

## **ZPRÁVA Z NÁSLEDNÉ NÁVŠTĚVY ZAŘÍZENÍ**

### **Psychiatrická léčebna Šternberk**

#### **I. Obecný úvod**

##### **A. Zákonný podklad pro provedení návštěvy**

1. Na základě zmocnění v § 1 odst. 4 písm. c) zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o VOP), provedla ve dnech 15. – 17. ledna 2008 skupina pracovníků Kanceláře veřejného ochránce práv systematickou návštěvu v **Psychiatrické léčebně Šternberk, Olomoucká 173, Šternberk**. Na základě této návštěvy byla vypracována zpráva z návštěvy zařízení (dále jen původní zpráva), jejíž doporučení a návrhy ke změně stavu byly následně komunikovány s vedením zařízení (ustanovení § 21a odst. 2 a 3 zákona o VOP).

2. Po dokončení série návštěv určitého typu zařízení ochránce vypracovává celkovou zprávu, ve které shrnuje poznatky z dané oblasti, formuluje doporučení pro ostatní (nenavštívená) zařízení i případně pro orgány samosprávy a státní správy. Pokud jde o psychiatrické léčebny, celkem bylo v roce 2008 navštíveno 30 oddělení v osmi léčebnách. V září 2008 byla zveřejněna shrnující Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben<sup>1</sup>. Zpráva byla spolu s výzvou k vyjádření zaslána hejtmanům všech krajů i primátorovi hlavního města Prahy a dále mj. ministru zdravotnictví a ministru práce a sociálních věcí.

##### **B. Důvod a cíl návštěvy**

3. Pro efektivitu návštěv zařízení, v nichž může být svoboda člověka omezena, je nezbytné, aby byly návštěvy v pravidelných časových intervalech opakovány. Při následných návštěvách se veřejný ochránce práv (dále také jen ochránce) nezaměřuje na podmínky pobytu v zařízení ve všech dříve zkoumaných aspektech (materiální podmínky a institucionální rámec případného omezení svobody, všechny pojistky proti špatnému zacházení a praktické uplatňování všech práv osob), nýbrž se zaměřuje na posouzení případné realizace svých nejdůležitějších doporučení.

---

<sup>1</sup> dále dostupná na [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz)

K nově učiněným zjištěním se vyjadřuje tehdy, pokud je toho z hlediska jejich závažnosti zapotřebí.

## II. Průběh návštěvy

4. Následná návštěva Psychiatrické léčebny Šternberk (dále také jen PL nebo léčebna) proběhla dne 23. září 2009. Za Kancelář veřejného ochránce práv se jí zúčastnili zaměstnanci (dále jen pracovníci Kanceláře):

- Mgr. Martin Ježek,
- Mgr. Marie Lukášová a
- Mgr. Petra Zdražilová.

Pracovníkům Kanceláře byla během návštěvy poskytnuta veškerá požadovaná součinnost.

5. Návštěva byla provedena neohlášeně. Ředitel léčebny MUDr. V. H. nebyl v době návštěvy v léčebně přítomen, ale byl na jejím počátku telefonicky informován. Bylo provedeno šetření na odděleních 15A, 15B, 9A a 1 spočívající v pozorování, studiu dokumentace a rozhovorech s personálem včetně několika lékařů, několika krátkých rozhovorech s pacienty a byly vyžádány konkrétní dokumenty (vnitřní předpisy, formuláře). V souvislosti s následnou návštěvou léčebny pracovníci Kanceláře rovněž navštívili Okresní soud v Olomouci a hovořili s pracovníky činnými v rámci detenčního řízení.<sup>2</sup>

## III. Konkrétní zjištění

6. Kapacita léčebny se od první návštěvy pracovníků Kanceláře snížila o 30 lůžek na 525. V roce 2010 je plánováno další snížení o 10 lůžek.

Už v bodě 10 původní zprávy ochránce upozorňoval, jak jsou stísněné ložnice (oddělení 15B především), a na jiném místě zase na negativní důsledky umístění pacientů, jejichž hospitalizace je dlouhodobá, v podmínkách neklidových oddělení. Pokud jde o příjmová oddělení 15A a 15B, kapacita se od poslední návštěvy nezměnila. U oddělení 15B činí 45 lůžek, v případě velké potřeby je stav až 49 pacientek. Určení neklidových oddělení se rovněž nezměnilo, slouží jak pro krátkodobé, tak i pro dlouhodobé hospitalizace, včetně pacientů s mentálním postižením.

Rozhovory bylo zjištěno, že se intenzivně chystá otevření nového doléčovacího oddělení určeného pro chronické pacienty, tedy dlouhodobě hospitalizované. Bylo uváděno, že by mimo jiné byla snížena také kapacita oddělení 15B na 40 lůžek.

**Ochránce tento záměr velmi oceňuje a žádá o aktuální informaci, zda ke zřízení oddělení již došlo.**

7. Dispozice gerontopsychiatrických oddělení se nezměnila, nepohybliví pacienti jsou stále umisťováni v patře (bod 12 původní zprávy).

---

<sup>2</sup> řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče, ustanovení § 191a a násl. zákona č. 99/1963 Sb., občanského soudního řádu, ve znění pozdějších předpisů

8. V léčebně stále působí pět sociálních pracovníků.

9. Následující členění zprávy vychází z toho, zda v jednotlivých momentech pracovníci Kanceláře na místě zjistili naplnění doporučení ochráncem formulovaných v původní zprávě z návštěvy PL v roce 2008. Následná návštěva nebyla zaměřena na všechna doporučení původní zprávy, nýbrž jen na ta nejzávažnější. Je rovněž uvedeno několik nových zjištění a jsou formulována nová doporučení.

#### A. Naplněná doporučení ochránce

10. V souvislosti s plněním doporučení bodu 13 původní zprávy byla zaznamenána nová informační tabule se značením uspořádání areálu léčebny.

11. V bodě 26 původní zprávy bylo poukázáno na to, že ne na všech pracovištích měl sloužící personál jasno v tom, komu mohou být sdělovány informace o pacientovi. Na oddělení 15B je nově z dokumentace jasně patrné, komu je možné informace poskytovat.

12. V bodě 27 původní zprávy ochránce doporučoval doplnit na všechna oddělení léčebny domácí řád, a to na dostupná místa. V době následné návštěvy domácí řád všude vyvěšen nebyl, protože právě procházel aktualizací. (Byl vyvěšen na oddělení 15A, na místě přístupném všem pacientům, a rovněž na oddělení 9A.) S vyvěšením se nicméně dle vyjádření dotázaných pracovníků počítá.

Domácí řád *Obecná pravidla pro všechna oddělení* na mnoha místech odkazuje na domácí řády jednotlivých léčebných oddělení. Na oddělení 15B nebyl místní domácí řád zaznamenán, ani se o něm personál nezmínil. Mimo jiné by se místní domácí řád měl věnovat podmínkám použití kamerového systému.

**Doporučuje se zaslat kopii domácího řádu oddělení 15B.**

13. Na odděleních 15A a 15B jsou od 11:30 hod. do 13:30 hod. zpřístupněny ložnice, takže nově je dána možnost dostat se do pokoje, případně si i lehnout.

14. V bodě 60 původní zprávy ochránce doporučoval vybavit toalety zámky. Na odděleních 15A a 15B zámky namontovány nebyly, ale byla zde instalována světelná signalizace, která pomocí fotobuňky značí, kdy je kabinka obsazena. V době návštěvy byly na oddělení 15B jak signalizace, tak i mechanismus všech klik u dveří kabin toalet porouchány. Takže nebylo ani možné dveře účinně zavřít. Na základě upozornění pracovníka Kanceláře byl hned volán údržbář.

**Doporučuje se dbát na funkčnost obou zařízení. V tak exponovaném prostředí, jakým je neklidové oddělení, je pravděpodobnost poškození jistě významná.**

15. Pokud jde o možnost podávat stížnosti a proces jejich vyřizování, bylo v původní zprávě doporučeno vypracovat stížnostní pravidla, zveřejnit je a zvážit umístění schránek na stížnosti na odděleních. Stížnostní pravidla jsou nyní obsažena v domácím řádu. Domácí řád obsahuje přehledné vymezení toho, s jakým problémem se na kterého pracovníka léčebny může pacient obrátit. A počítá rovněž se schránkami. Na oddělení 15B bylo zjištěno, že schránka umístěna není s odůvodněním, že pacientky ji strhnou, stejně jako telefonní automat.

**Doporučuje se hledat technické řešení schránky, které obstojí i v náročném prostředí neklidového oddělení.<sup>3</sup>**

16. Na neklidových odděleních 15A a 15B je stále používán kamerový systém, a to pouze pro sledování situace v izolačních pokojích. Obraz je vyveden do sesterny, záznam není pořizován. O těchto skutečnostech je pojednáno v domácím řádu, monitorované prostory jsou označeny. Nyní zbývá již jen potřeba ostražitosti, aby k monitorům umístěným v sesternách neměl přístup širší okruh osob, než je z účelu sledování nutné. Tedy například pacienti, kteří zde vyřizují své záležitosti.

17. V návaznosti na bod 36 písm. c) původní zprávy bylo při následné návštěvě ověřováno, jaký je režim izolačních místností. Zda nedochází k zavírání pacientů jen z důvodů potřeby držet je stranou od ostatních, nikoli jen z důvodu nutnosti omezení v izolační místnosti. Na oddělení 15B jsou izolační místnosti stále někdy používány jako zóna klidu, jako jednolůžkové pokoje, ovšem režim je formálně odlišován. Je jasně rozlišováno, zda je pacient v omezení se zamčenými dveřmi a dalšími důsledky, nebo zda je jen oddělen od ostatních. Rovněž na oddělení 15A nebylo zjištěno pochybení.

18. Pacientka, jejíž životní podmínky na oddělení 15B rozebíral bod 38 původní zprávy, v mezidobí zemřela. V současné době nebyl žádný pacient neklidových oddělení dlouhodobě omezován.

#### B. Nerealizovaná doporučení ochránce

19. V bodě 24 původní zprávy doporučoval ochránce upravit písemně pro gerontopsychiatrická oddělení postup přijímání a držení pacientů. A to proto, že u mnoha pacientů přijímaných na tato oddělení lze pochybovat o faktické kompetenci učinit právní úkon, jakým je souhlas s hospitalizací. Vzhledem k tomu, že zákon ukládá hlásit soudu případy, kdy pacient neudělí s hospitalizací souhlas, velmi záleží na posouzení lékařů, kteří gerontopsychiatrické pacienty přijímají. Tedy zda od často zmatených starých lidí přijmou podpis na formulář, kterému ani při přetlumočení nerozumí, nebo zda již nikoli. Doporučení, přes následnou korespondenci s ochráncem, léčebna nenaplnila.

Souhlasné prohlášení je v PL Šternberk řešeno na pracovišti centrálního příjmu. Tam se střídá více lékařů, kteří tedy v případě gerontopsychiatrických pacientů musí vyhodnocovat, zda je pacient schopen podepsat či nikoli. Při studiu dokumentace na oddělení 9A během následné návštěvy byl zjištěn případ podpisu *Prohlášení o souhlasu s vyšetřovacími a léčebnými výkony* pacientkou podle záznamů kompletně dezorientovanou (a následně s nasazeným Tiapridalem, protože „hledá kořata, křičí“).

Vzhledem k velikosti léčebny a počtu lékařů, kteří se u pacientů v rámci pravidelných služeb i různých zástupů a fluktuace vystřídají, je nečinnost léčebny v tomto ohledu dle názoru ochránce odvážná. Nebo spíše nezaručující vždy správný postup v případě gerontopsychiatrických pacientů.

**Lékaři při přijímání gerontopsychiatrických pacientů musí důsledně zohledňovat jejich rozpoznávací a volní stav při případném přijímání**

---

<sup>3</sup> Lze například schránku umístit na dveře zevnitř, zvenku pouze se štěrbinou, ke které budou mít pacienti přístup. Nebo najít jiné řešení.

**informovaného souhlasu s hospitalizací. Opakovaně se doporučuje podpořit je v tom vydáním vnitřního předpisu s náležitými instrukcemi.<sup>4</sup>**

20. Bylo zjištěno, že v léčebně není podání psychofarmak považováno za možný druh omezovacího prostředku. Na oddělení 15B dochází k delegaci pravomoci rozhodnout o podání mimořádné medikace. Bylo zjištěno, že se tak děje na základě ordinací lékaře a při pravidelném kontrolování lékařem. Zjištěné poměry nezavdaly příčinu k pochybnostem, zda jsou sestry důsledně vedeny; vztah lékař – sestra je zde aktuálně skutečně partnerský k dobru pacientů. Rovněž na oddělení 15A je patrná potřeba, aby sestry samy reagovaly na různé nenadálé situace ještě dříve, než stihne dorazit přivolaný žurnální lékař. Psaná pravidla na místě zjištěna nebyla (jak je doporučoval ochránce v bodě 44), resp. s žádnými se npracuje.

**Opakuje se doporučení na úrovni vnitřního předpisu jasně popsat, jaká jsou oprávnění a povinnosti sester při realizaci ordinací, ve kterých lékaři pro dobu své nepřítomnosti stanoví dávky psychofarmak pro podání při potřebě rychlého zklidnění pacienta.**

Toto doporučení je zcela v souladu s doporučením ochránce v bodě 105 Zprávy z návštěv psychiatrických léčeben, které ochránce doporučuje k pozornosti vedení léčebny. Cit.:

**Doporučuje se podání rychlého zklidnění v mimořádných situacích považovat za omezovací prostředek a věnovat mu při dokumentování a ordinování odpovídající pozornost.**

21. Počet sítových lůžek se od první systematické návštěvy nezměnil. Detailní úprava postupu personálu při používání sítových lůžek na gerontopsychiatrických odděleních přijata nebyla (jak ochránce doporučoval v bodě 39 původní zprávy a následně i v písemné komunikaci s vedením léčebny).

Obecně pokud jde o jakékoli omezovací prostředky, personál má k dispozici manuál zpracovaný vrchním ošetřovatelem v roce 2003, a to pro nelékařský personál. Manuál je naprosto obecný. Upravuje použití „medikamentů nebo omezujících prostředků“ v případě neklidu pacienta. Přitom je zjištěno, že omezovací prostředky jsou používány i v případě nespavosti a nebezpečí pádu, tedy ne jen při neklidových stavech.

Jak bylo zjištěno na gerontopsychiatrických odděleních, fráze „omezení na noc“ uváděná v dekurzech pacientů fakticky implikuje pravomoc sester následně použít vhodný mechanický prostředek. Manuál dále počítá s tím, že když nelze pacienta slovně zklidnit, má být informován lékař a má být postupováno výhradně dle jeho ordinace. Běžná praxe na gerontopsychiatrických odděleních je však taková, že v aktuální situaci lékař volán není, nýbrž postupuje se dle předchozích ordinací pro futuro.

Manuál je již neaktuální. Je třeba ho změnit, aby odpovídal současné praxi a potřebám jednotlivých oddělení. Přičemž je zřejmé, že potřeby na gerontopsychiatrických odděleních jsou jiné, než na neklidových. Navíc stávající manuál nijak neusměrňuje postup lékařů, nýbrž zavazuje jen nelékařský personál.

**Doporučuje se<sup>5</sup> vypracovat nový vnitřní předpis pro použití omezovacích prostředků. Ochránce žádá jeho zaslání. Doporučuje se mj. detailně popsat,**

<sup>4</sup> dále viz bod 60 Zprávy z návštěv psychiatrických léčeben

<sup>5</sup> shodně s doporučením v čl. 3 Metodického opatření Ministerstva zdravotnictví zn. 37800/2009

**kdy v prostředí gerontopsychiatrických oddělení 9A a 1 je možné použít síťové lůžko a kdo o tom v jaké formě může rozhodnout.<sup>6</sup>**

22. V návaznosti na doporučení bodu 36 písm. g) původní zprávy se doporučuje do takového vnitřního předpisu zahrnout i podrobnější pravidla použití izolační místnosti a v návaznosti na doporučení bodu 40 původní zprávy také takto stanovit délku omezení kurty, po které je nutno odůvodněnost omezení přehodnotit.

23. K praxi používání mechanických pomůcek, které mohou omezit pohyb pacientů na gerontopsychiatrických odděleních, tedy síťového lůžka nebo postranic, několik aktuálních poznatků.

- Ordinance těchto prostředků jsou velmi strohé. Při první potřebě je ve zdravotnické dokumentaci pacienta učiněn zápis ve stylu „nespavost, možnost pádu – možno SL, postranice“, který se pak již jen přepisuje bez další zvláštní pozornosti lékaře.

**Doporučuje se stanovit (viz bod 21), kdy znovu lékař musí přezkoumat ordinaci, na základě které mohou sestry používat mechanické prostředky schopné omezit volný pohyb pacienta.**

- Na oddělení 1 je používání síťového lůžka velmi běžnou záležitostí (na oddělení je jich sedm a někdy ani nejsou umístěni všichni pacienti, u kterých personál konstatuje tu potřebu). Podle názoru ochránce musí být každé použití síťového lůžka dokumentováno v dokumentaci pacienta. Ovšem na oddělení 1 ze studia dokumentace vyplynulo, že ne každé jednotlivé použití síťového lůžka je zaznamenáváno do individuální dokumentace. Soubor všech pacientů, u kterých je lůžko používáno, je sice veden v sešitu. Ale to není součástí zdravotnické dokumentace pacienta a v danou chvíli, kdy je o konkrétním umístění rozhodováno, ani nefiguruje lékař. (V sešitu se tedy ani lékaři nepodepisují.)

**Doporučuje se činit záznam o každém použití síťového lůžka v dokumentaci pacienta.**

- Většina síťových lůžek je součástí lůžkového fondu gerontopsychiatrických oddělení. To znamená, že v nich je při plném stavu oddělení bez ohledu na použití sítě vždy někdo uložen. A pokud vznikne potřeba použití síťového lůžka u jiného pacienta, tak musí být ten první přestěhován do jiné postele. To ochránce nepovažuje za dobré uspořádání.
- Postranice nejsou na gerontopsychiatrických odděleních vnímány jako opatření, které má potenciál omezit volný pohyb člověka (bod 41 původní zprávy). Svou argumentaci stran možného omezujícího efektu postranic shrnul ochránce v bodě 104 Zprávy z návštěv psychiatrických léčeben. V tomto duchu ochránce opakuje své doporučení z původní zprávy:

**Doporučuje se vnímat postranice jako druh mechanického omezení pacienta. A zajistit možnost opustit lůžko, resp. neomezovat nepřipustně pacienty tehdy, když chybí lékařská ordinace omezení. Doporučuje se vnitřním předpisem (viz bod 21) popsat používání pomůcek, které mohou mít pro některé pacienty gerontopsychiatrických oddělení omezující efekt – tedy i postranic.**

---

<sup>6</sup> pro další podrobnosti viz bod 84 Zprávy z návštěv psychiatrických léčeben

24. Doporučení bodu 45 původní zprávy, totiž zvážit zavedení evidence používání omezovacích prostředků vedené centrálně pro jednotlivá pracoviště, bylo na oddělení 15B realizováno, a to pro omezení formou kurtů a izolace. Z takové evidence je pak například patrné, že kurtování bylo ukončováno vždy, když to bylo možné a že je k němu na oddělení 15B vůbec přistupováno velmi zřídka. Centrální záznamy tam však nejsou pořizovány pro omezení psychofarmaky. Centrální evidence používání omezovacích prostředků zůstává nezměněna na oddělení 9A, kde jsou evidována pouze použití síťových lůžek. Na oddělení 15A je zase centrálně vedena evidence pouze použití izolace.

Z toho vyplývá přetrvávající různost postojů ochránce a zdravotníků stran toho, jaká pozornost by měla být používání opatření, která mají potenciál omezit vůli a pohyb pacientů, věnována. Ochránce neinicuje vedení centrálních evidencí s cílem umožnit polemiku nad oprávněností jednotlivých použití. Nýbrž proto, že postrádá prvek kontroly a postupy, které by vyjadřovaly zvláštní pozornost věnovanou používání takových prostředků, jako je mimořádné klidnicí medikace, kurty, síťové lůžko a postranice u těch pacientů, které mohou omezit ve volnosti pohybu. K tomu více viz bod 92 Zprávy z návštěv psychiatrických léčeben. V souladu s touto zprávou **se doporučuje zavedení centrální evidence používání všech druhů omezovacích prostředků na všech odděleních a jeho vyhodnocování.**

25. V bodě 18 původní zprávy věnovaném vzdělávání nelékařského personálu ochránce konstatoval zjištění, že školení zaměřené na používání omezovacích prostředků proběhlo naposledy v roce 2003. Bylo doporučeno vypracovat systém plánování vzdělávání personálu zaměřeného na psychiatrickou problematiku včetně právního postavení pacienta. A na zvážení bylo dáno poskytování supervize alespoň pracovníkům v přímé péči na nejnáročnějších odděleních.

Jak vyplývá z poskytnutého přehledu seminářů plánovaných pro nelékařský personál pro rok 2008 a pro rok 2009, vzdělávání probíhá. Témata všech seminářů byla psychiatrická, u několika seminářů byly tématem i otázky související s problematikou uvedenou v bodě 18.

Přesto je třeba upozornit na učiněná zjištění. Na neklidovém oddělení služebně mladá sestřička uvádí, že při péči o pacienta při použití omezovacího prostředku postupuje, jak ji to na oddělení naučili. Neví, že by k tomu existoval nějaký vnitřní předpis. Pokud jde o personál jednoho gerontopsychiatrického oddělení, poslední školení na problematiku používání omezovacích prostředků absolvoval před 2–3 let.

**Spolu s vydáním vnitřního předpisu podrobně upravujícího používání omezovacích prostředků se doporučuje proškolení veškerý personál oddělení, kde k používání dochází, a školení opakovat alespoň jednou ročně.**

26. V bodě 59 původní zprávy ochránce pro zvýšení standardu soukromí pacientů doporučoval vybavit všechna oddělení uzamykatelnými skřínkami tak, aby je mohli mít všichni pacienti. V době následné návštěvy bylo na oddělení 15B 37 skříněk, ačkoli kapacita oddělení je od posledně nezměněná, tedy 45. Doporučení realizováno nebylo. V tomto bodě vázla již komunikace původní zprávy.

**Opakovaně se doporučuje vybavit oddělení léčebny tak, aby všichni pacienti měli k dispozici uzamykatelnou skříňku.**

27. V bodě 49 původní zprávy ochránce komentoval oblékání pacientů jako možné režimové opatření. Doporučoval vhodnými opatřeními dosáhnout toho, aby

pacienti, kteří přes den nemusí zůstat na lůžku, nosili civilně vyhlížející oblečení, resp. aby se výjimky týkaly jednotlivců. Na oddělení 15B byla v době návštěvy v civilním oblečení více než polovina pacientek. Stále platí, že „převlečení“ pacienta do civilního oblečení povoluje primář oddělení. Na oddělení je možnost praní oblečení ve zdejší pračce.

Méně uspokojivá je však situace na oddělení 15A. Civilně vypadající oblečení tam nosí méně než polovina pacientů. Respektive tito nosí vlastní oblečení. Ostatní, protože civilně vyhlížející erár na oddělení není, nosí erární pyžama, v nichž pacienti vypadají velmi neupraveně. Situace se oproti roku 2008 nezměnila, civilně, důstojně vypadající erár se nepoužívá.

**Ochránce trvá na svém doporučení. Oddělení 15A je třeba vybavit erárem, který bude vypadat důstojněji. Anebo jiným opatřením docílit toho, aby pacienti, kteří netráví den na lůžku, nenosili pyžamo.**

28. Důstojnosti člověka se nejvíce dotýká situace na gerontopsychiatrickém oddělení 9A. Tam jsou v nočních košilích pacientky všechny, respektive mají ústavní oblečení „anděl“, a to nejen ty, které tráví den na lůžku. Při následné návštěvě tak byly zastíženy ve společenském prostoru před televizí, jak jim různě posunutá košile nedůstojně odhalovaly pleny a tělo. Není věcí ochránce navrhnout konkrétní řešení (jiný střih nebo knoflíky apod.) Každopádně **se doporučuje přijmout opatření, která takové situace neumožní. I erární oděv těch seniorek, které neleží, ale je nutné často je převlékat, může vypadat důstojněji, než je tomu nyní.**

### C. Nová zjištění a doporučení

29. Při vstupu do léčebny je vyvěšena cedule s informací, že dětem do 10 let je vstup do léčebny zakázán. Ochránci není zřejmé, proč by tomu tak mělo být.

**Doporučuje se uvedenou informaci buď odstranit, anebo její umístění ochránci odůvodnit souladností obsahu s konkrétním obecně závazným předpisem.**

30. Šetřením na Okresním soudě v Olomouci bylo zjištěno, že není důvod, proč by léčebna na konci lhůt stanovených zákonem pro jednotlivé fáze detenčního řízení měla u konkrétních pacientů vědět, jaký je výsledek řízení. Soud sice stíhá ve lhůtě rozhodnout, ale pak je třeba přičíst standardní čas na vyhotovení a doručení rozhodnutí. Vzhledem k tomu, že procesní pravidla pro detenční řízení jsou odrazem ústavně zaručeného práva člověka na svobodu pohybu, nelze tuto diskrepanci brát na lehkou váhu. Na konci lhůty musí buď být pacient propuštěn, anebo musí být pro jeho detenci soudní rozhodnutí. Odpovědnost za neporušení práva pacienta nese léčebna, takže by měli pověřeni pracovníci stav ke konci lhůty zjišťovat.

V bodě 55 Zprávy z návštěv psychiatrických léčeben formuloval ochránce doporučení „zajistit, aby na konci zákonných lhůt pro rozhodování o zákonnosti převzetí a držení pacienta v léčebně měla léčebna jistotu, zda a jak soud rozhodl“. V případě PL Šternberk je třeba doporučení zopakovat. Jeho realizace je možná například zavedením postupu zjišťování stavu řízení ke konci lhůt.

**Doporučuje se přijmout vhodná opatření k tomu, aby na konci lhůt detenčního řízení měla léčebna informaci o tom, zda může být pacient nadále v léčebně držen i bez svého souhlasu, nebo zda musí být propuštěn.**



31. V bodě 32 původní zprávy ochránce na základě učiněných zjištění konstatoval, že souhlas s hospitalizací je v léčebně slučován se souhlasem s léčbou. Na zvážení doporučoval namísto toho postupné odebírání souhlasů od pacientů. Ve svém vyjádření k původní zprávě ředitel léčebny uvedl, že vzhledem k psychickému stavu klientů považuje návrhy uvedené v bodě 32 za neproveditelné.

Ochránce při dalších návštěvách psychiatrických pracovišť provedených od ledna 2008 svá doporučení precizoval. Takže ve shrnující Zprávě z návštěv psychiatrických léčeben formuloval doporučení „spolu se souhlasem s hospitalizací požadovat pacientův souhlas jen s těmi vyšetřovacími a léčebnými úkony, které lze v nejbližší době (myšleno po přijetí) očekávat“ (bod 52). V tomto smyslu lze snadno formulovat přijímové formuláře.

Následnou návštěvou léčebny bylo zjištěno, že jsou používány stejné předtisky pro prohlášení pacienta na začátku hospitalizace, jako v roce 2008.<sup>7</sup> Jsou pacienty podepisovány (anebo nikoli v případě odepření) na pracovišti centrálního příjmu a jsou to jediné formality, které jsou, pokud jde o informovaný souhlas, vyžadovány.

**Ochránce nově doporučuje naplnit doporučení formulované ve Zprávě z návštěv psychiatrických léčeben, totiž spolu se souhlasem s hospitalizací požadovat pacientův souhlas jen s těmi vyšetřovacími a léčebnými úkony, které lze v nejbližší době očekávat. Realizace tohoto doporučení si vyžádá i změnu formuláře pro přijímání souhlasu se vstupem do léčebny.**

32. V konkrétním případě bylo zjištěno, že (vojenská) nemocnice dala pacientce (toho času v PL Šternberk) podepsat uznání dluhu za pobyt na záchytce. A to v den, kdy nastupovala do léčebny, se splatností osm dní. Doklady o uznání dluhu byly založeny v dekuru pacientky na oddělení, patrně se nejedná o nic výjimečného. V době následné návštěvy doba splatnosti již proběhla. Vzhledem k tomu, že po poměrně krátké době může být pohledávka uplatněna u soudu a poté i vymáhána s možnými velmi negativními následky pro poměry povinné, zajímal se ochránce o to, jak je možno právě negativnímu dopadu do sociálního statusu pacientky předejít. Laicky řečeno, zda je v léčebně (v tomto případě na oddělení 15B) nějaký mechanismus, jak například uvědomit věřitele nebo někoho blízkého dlužnice o její situaci a zabránit tak exekuci, která za čas může přijít. V případě některých pacientů – důchodců je po čase přesměrována výplata důchodu do léčebny, tak by rovněž bylo v takových případech možné dluh uhradit z důchodu.

Ve sledovaném případě léčebna dluh pacientky nijak neřešila. Musí pomoci rodina. Pokud tedy pacientka má někoho, kdo pohotově zasáhl, byla hrozba exekuce zažehnána. V opačném případě může být důsledek několikanásobného dluhu desetinasobně nepříznivější. Je jisté, že se jedná o zcela nezdravotnický aspekt hospitalizací pacienta, do jisté míry aktuální tím, jak v posledních letech v Česku přibývá exekucí a jak jsou podmínky v tomto ohledu stále tvrdší.

**Přesto ochránce doporučuje vzít upozornění na hrozbu exekucí, umocněnou pobytem povinného v léčebně a tedy jistým odtržením od vnějšího světa a jeho lhůt a termínů, na vědomí. Doporučuje se usilovat o citlivost i na tyto okolnosti a pomoci pacientům v nejnutnějších „záchranných“ úkonech, pokud je možné předejít hrozícím postihům a exekucím. A to zvláště u pacientů osamělých.**

<sup>7</sup> „Prohlášení o souhlasu s vyšetřovacími a léčebnými výkony: Prohlašuji, že souhlasím s vyšetřovacími a léčebnými výkony, kterých je třeba ke zjištění mého zdravotního stavu a k mému léčení, s případným přechodným omezením volného pohybu mimo oddělení v rámci léčeb. Režimu, a zavazuji se, že se podrobím Domácímu řádu PL.“

33. Na oddělení 15B je potřeba separovat některé pacientky od ostatních. Slouží k tomu přepážka oddělující část chodby s izolačními ložnicemi. Personál při rozhovorech uváděl, že pacientky nejsou takto odděleny stále. Že je sestry berou na procházky a že po část dne jsou dveře otevřeny. Slabinou zavedeného uspořádání je to, že v oddělené části není toaleta, takže musí pacientky v případě potřeby vždy žádat o otevření. V době následné návštěvy byla od ostatních oddělována také pacientka, která používá ke konání potřeby toaletní křeslo. Bylo v oddělené části umístěno volně na chodbě a pacientka na něm strávila snad celou hodinu. (Dle vyjádření personálu to není nic neobvyklého. Pacientka odmítá chodit na sociální zařízení, je umanutá.)

Popsaná situace je nedůstojná pro nedobrovolné svědky i pro pacientku (ačkoli si ji sama způsobuje). Má-li být i nadále používána oddělená část, měla by zde být zbudována toaleta. Používá-li se (kdekoli) na místě otevřeném pohledům ostatních toaleta, je třeba zajistit soukromí osoby.

**Doporučuje se zřídit na oddělení 15B další toaletu. Při používání toaletního křesla se doporučuje používat zástěnu.**

34. V bodě 48 původní zprávy se ochránce věnoval uspořádání neklidových oddělení a tomu, že je tam znemožněn přístup do ložnic. Nově chce komentovat situaci na gerontopsychiatrických odděleních. Vzhledem k prostorové dispozici je oddělení 1 uspořádáno tak, že ložnice pacientů jsou v patře a pacienti během dne pobývají pouze ve společenské místnosti v přízemí. Po obědě nemají možnost si lehnout. Ani na oddělení 9A nebylo zjištěno, že by si pacientky, které netráví den na lůžku, mohly během dne jít lehnout. Ochránce nevidí důvod přistupovat rozdílně k pacientům jednotlivých oddělení.

**Doporučuje se i na gerontopsychiatrických odděleních zpřístupňovat ložnice.**

35. Ochránce připojuje několik připomínek k nově popsané stížnostní proceduře. Na úvod je třeba předeslat, že podání stížnosti může být mimo jiné realizací práva pojištěnce uvedeného v ustanovení § 11 odst. 2 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Z tohoto pohledu chybí pravidlo o evidenci stížností a ustanovení v domácím řádu o způsobu vyřízení je poněkud široké.

Evidence stížností je nutná. Zařízení by mělo mít krom založených písemných stížností také evidenci stížností s uvedením způsobu vyřízení, a to včetně stížností ústních. Na oddělení 15B je pro evidenci stížností zavedený sešit. To je možný způsob evidence těch stížností, se kterými místní personál má něco do činění. (V době následné návštěvy byl sešit prázdný a také nebyl příliš po ruce.) Že jsou stížnosti evidovány a jak, však musí být jasně stanoveno a musí k tomu docházet u všech stížností.

Pokud jde o způsob vyrozumění stěžovatele o vyřízení stížnosti, je v domácím řádu stanoveno, že forma vyrozumění záleží na dohodě stran a že o vyřízení ústních stížností je stěžovatel zpravidla vyrozuměn ústně, zatímco u písemných písemně. To pro informování pacientů a jejich blízkých o stížnostní proceduře zajisté stačí. Není to však dostačující z hlediska postupu léčebny. Ochránce doporučuje i o ústním vyrozumění pořídit zápis podepsaný stěžovatelem.

Dále je v domácím řádu uvedeno, že anonymní písemná podání nejsou vyřizována. Takové pravidlo není správné, neboť obsah i anonymní stížnosti může

být velmi závažný a jeho odložení by mohlo být zanedbáním. Lépe je stanovit, že anonymní stížnosti budou vyřizovány podle svého obsahu.

**Doporučuje se vhodným způsobem evidovat veškeré stížnosti. Doporučuje se v případě ústního vyrozumění stěžovatele o vyřízení stížnosti pořizovat záznam, který podepíše i stěžovatel. Doporučuje se zabývat se i anonymními stížnostmi.**

36. V bodě 15 původní zprávy, v souvislosti s faktem dlouhodobosti hospitalizací řady klientů, ochránce doporučoval navázat spolupráci s blízkými zařízeními sociálních služeb či jejich zřizovateli, popř. přímo s krajským úřadem. Ochránce se totiž domnívá, že na úrovni upozorňování a nastolování tématu, tlumočení poptávky psychiatrických pacientů léčebna může být platná.

Uvedenému doporučení ochránce v původní zprávě odpovídalo také doporučení obsažené ve Zprávě z návštěv psychiatrických léčeben. V bodě 145 ochránce doporučil krajům zahájit konkrétní řešení situace duševně nemocných na jejich území. Za období září 2008 až prosinec 2009 nekontaktoval léčebnu žádný kraj s projevem zájmu o situaci zdejších pacientů, pokud jde o získání návazné sociální služby.

Angažovanost krajů je celorepublikově malá a ochránce chce být v tomto ohledu i nadále aktivní. (Naposled ve formě informování Poslanecké sněmovny PČR o situaci osob s mentálním postižením v psychiatrických léčebnách.) Vzhledem k tomu, že lze ze zákona o sociálních službách<sup>8</sup> dovodit určitou odpovědnost krajů jak vzhledem k jejich pozici zřizovatelů zařízení, jejichž klienti se ocitají na nějaký čas v léčebnách, tak pro jejich pozici orgánu odpovědného za zpracování a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, doporučuje ochránce obracet se na ně. Doporučení ochránce lze formulovat takto:

- aktivně spolupracovat s poskytovateli sociálních služeb pacientů, kterých se týká dlouhodobá hospitalizace nebo dlouhodobé používání omezovacích prostředků, s cílem pomoci zajistit návaznou službu;
- v případě malé perspektivy jednání s poskytovatelem alarmovat jeho zřizovatele;
- aktivně spolupracovat s opatrovníky nebo rodinou takových pacientů;
- oslovit kraj jako subjekt odpovědný za komunitní plánování poskytování sociálních služeb a za zajišťování jejich dostupnosti;
- reflektovat na skutečnost dlouhodobosti hospitalizace upravením podmínek pro život konkrétního pacienta, aby byly komfortnější, než to postačuje u několikátýdenních pobytů.

#### IV. Závěr

37. Ochránce vítá všechny případy realizace jeho doporučení, které podle jeho názoru vedou ke zvýšení úrovně poskytované péče ve všech jejích aspektech. Tedy nikoli jen v těch medicínských.

Doporučení několika bodů by se dala shrnout tak, že je třeba detailně upravit na úrovni vnitřního předpisu postup personálu (lékařského i nelékařského) při používání omezovacích prostředků. Od první návštěvy ochránce je v této souvislosti stále odkazováno na manuál *Péče o neklidné nemocné* určený nelékařskému

---

<sup>8</sup> zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů; ustanovení § 2 a § 95

personálu. V této oblasti nebylo pokročeno, jak ostatně avizovaly i písemné reakce vedení léčebny na původní zprávu. V případě, že nebude přislíbena náprava v konkrétních termínech, bude ochránce o svých opakovaných zjištěních informovat zřizovatele léčebny.

38. V souladu s ustanovením § 21a odst. 3 zákona o veřejném ochránci práv Vás 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