



ombudsman
veřejný ochránce práv

Oddělení dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Jihlavská 20, 625 00, Brno
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	MUDr. Roman Kraus, MBA
Typ zařízení:	jedno z pracovišť psychiatrické kliniky fakultní nemocnice
Kapacita:	18 lůžek
Datum návštěvy:	8.–9. ledna 2019
Datum vydání zprávy:	9. srpna 2019
Návštěvu provedli:	Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Martin Klumpar, PhDr. Božena Lányová, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., MUDr. Dagmar Pilcová, Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský

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



Obsah

Úvodní informace	3
Shrnutí	7
Zjištění a doporučení ochránkyně	9
1. Bezpečí pro pacienty i personál	9
2. Pojistky v průběhu hospitalizace.....	11
3. Personální zajištění	15
4. Materiální podmínky	15
5. Terapie	19
6. Režim a pravidla	20
7. Používání omezovacích prostředků	22
Přehled opatření k nápravě	32



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

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

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

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

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

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

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

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

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

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



- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Je-li jejich realizace náročná, je třeba je provést v nejkratší možné době. Za bezodkladná pokládám opatření, která považuji za naléhavá a přikládám jim velkou důležitost, anebo která považuji za objektivně snadno realizovatelná.
- Opatření s delší lhůtou je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho, tří, šesti měsíců, jednoho roku.
- Opatření s průběžným plněním formuluji tam, kde je třeba zavést do praxe určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že se tak stane bezodkladně a bude se dbát na uplatňování do budoucna.

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

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

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

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

Charakteristika zařízení

Oddělení dětské a dorostové psychiatrie je součástí Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno (dále jen „nemocnice“ a „psychiatrická klinika“). Má kapacitu 18 lůžek, je koedukované a určené dětem a mladistvým ve věku od 3 do 18 let, indikovaným pro poskytnutí akutní lůžkové péče v oboru dětské a dorostové psychiatrie. Akutní péči odpovídá průměrná délka hospitalizace, která je dle informací z webu zařízení 19 dnů. Významné zastoupení mají děti s poruchami příjmu potravy, na jejichž komplexní léčbu se

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

5 Veřejný ochránce práv - ombudsman [online]. Brno: © Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 10. 7. 2019]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

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



mj. soustředí vědecko-výzkumná práce odborníků působících na klinice. Psychiatrická klinika má spádové území, ale přijímá i komplikované případy z jiných zařízení v regionu. V době návštěvy bylo na oddělení 13 pacientů. Kapacita běžně nebývá zcela naplněna. Na klinice je dále dětská psychiatrická a psychologická ambulance.

Oddělení se nachází v prvním patře budovy psychiatrické kliniky, samostatně stojící v areálu nemocnice v Bohunicích. V přízemí budovy děti dále využívají školu se dvěma třídami a terapeutickou místnost. Budova kliniky je z 50. let 20. století a plánuje se její nahrazení novým objektem.

Psychiatrická klinika se snaží zavádět a rozvíjet komunitní služby a alternativy k hospitalizaci, takže se podílí na činnosti centra duševního zdraví, provozuje linku odborné telefonické pomoci a krizové centrum.

Průběh návštěvy

Systematická návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 8. až 9. ledna 2019, zároveň s návštěvou oddělení pro dospělé (dvě lůžková oddělení a malá jednotka intenzivní péče). Předání pověření k provedení návštěvy proběhlo bez prodlení spolu se zahájením návštěvy za přítomnosti ředitele nemocnice.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Martin Klumpar, Mgr. Marie Lukášová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský a pověření experti MUDr. Dagmar Pilcová (psychiatrie) a PhDr. Božena Lányová (dětská klinická psychologie).

V průběhu návštěvy zaměstnanci Kanceláře provedli rozhovory s přednostou, primářem, vrchní sestrou a dále s lékaři, psychology a ošetrovatelským personálem oddělení a s několika pacienty (pro plnou anonymitu o nich případně referuji bez rozlišení rodu jako o „pacientovi“). Dále provedli prohlídku oddělení, pozorovali průběh poskytování péče, studovali otevřenou i uzavřenou zdravotnickou dokumentaci a dokumentaci nežádoucích událostí a stížností a vyžádali si související vnitřní předpisy.

Na místě zastižený personál všech úrovní poskytl dobrou součinnost, za což děkuji. Rovněž mi byly poskytnuty informace a podklady, o jejichž doplnění jsem požádala písemně. Dílčí komplikace na místě provázely zpřístupnění zdravotnické dokumentace pověřeným zaměstnancům Kanceláře, nicméně to se podařilo v průběhu návštěvy překonat.

Ze systematické návštěvy Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno byly vypracovány dvě samostatné zprávy. Ta zaměřená na oddělení pro dospělé pacienty má sp. zn. 92/2018/NZ a je rozsáhlejší. Místy na ni odkazují, jako na „zprávu z návštěvy oddělení pro dospělé“.



Zaměření návštěvy

S ohledem na zákonný cíl systematických návštěv nejsou předmětem šetření veškeré důležité aspekty poskytování péče, nýbrž jen ty, které souvisí s právním pojmem „špatné zacházení“ a jeho prevencí.⁷ Takové závažnosti mohou při hospitalizaci dosáhnout (i) špatné podmínky a režim, pokud by byla překročena nevyhnutelná míra strádání vždy spojená se zbavením svobody, (ii) nezajištění péče nebo podrobení některým léčebným postupům bez souhlasu, či použití fyzické síly, které by nebylo nezbytně nutné v důsledku jednání osoby, (iii) neprofesionální jednání nebo dokonce násilí ze strany pečujících a (iv) nezajištění ochrany před ublížením nebo zneužitím ze strany třetích osob.

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

Místy se také odkazují na standardy Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, kdy pak používám zkratku „CPT“. Nejčastěji odkazují na tyto dokumenty:

EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT)*, CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 25. 7. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>.

EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé. Výňatek z 16. obecné zprávy CPT*, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 25. 7. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>.

⁷ Psychiatrické zařízení zřízené Ministerstvem zdravotnictví a oprávněné ze zákona k realizaci opatření, jako je i nedobrovolná hospitalizace a léčba, je třeba ve světle judikatury Evropského soudu pro lidská práva považovat za veřejnou instituci, jejíž postup je přičitatelný státu. [Viz např. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2) ze dne 19. února 2015, č. 75450/12, bod 99. Přiměřeně viz rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice ze dne 18. října 2012, č. 37679/08, bod 77.] Úkony či nečinnost zaměstnanců mohou zakládat odpovědnost státu za porušení zákazu špatného zacházení. Svůj přístup tedy opírám o výklad závazků plynoucích státu z článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb.).



Shrnutí

Systematickou návštěvu Oddělení dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické kliniky FN Brno jsem zaměřila na témata prevence špatného zacházení a pojistek proti němu. Tato zpráva tedy nepředstavuje celkový obraz poskytované péče, ale pojednává o vybraných bodech, které v praxi představují nebo mohou představovat problém.

Nezjistila jsem špatné zacházení, naopak. Na oddělení panovala klidná atmosféra s respektem dospělých k dětem a také naopak. To oceňuji jako projev dobrého zajištění péče i bezpečnosti a předpoklad důvěry dětí vůči pečujícím. Zároveň si ale všímám toho, že v době návštěvy, po Vánocích, se teprve rozbíhaly nové pobyty dětí a nevytvořilo se zatím výrazné sociální vrstevnické jádro mezi pacienty ani třecí plochy pro možné konflikty. Také konstatuji, že na oddělení nebylo mnoho dětí se závažnými poruchami chování a patrně nejsou takové děti ani často přijímány. To navštívené oddělení odlišuje od některých jiných pracovišť lůžkové pedopsychiatrické péče, a nebylo by proto vhodné provádět srovnání. S ohledem na danou cílovou skupinu pak také nemám připomínky k personálnímu zajištění péče.

Celkem 23 doporučení, jež ve zprávě formuluji, směřuje především k posílení prevence špatného zacházení. V oblasti pojistek doporučuji revidovat a zlepšit proces přijímání dítěte, aby bylo více zapojeno do procesu poskytování souhlasu a aby se jeho názoru přikládala váha odpovídající jeho rozumové a volní vyspělosti. Dále je zapotřebí zajistit, že dětem budou dostupné informace o jejich postavení, pravidlech na oddělení a možnosti si stěžovat. S ohledem na zvláště zranitelnou cílovou skupinu (děti, s duševní poruchou, v uzavřeném zařízení) doporučuji zpřístupnit jim lépe stížnostní postup. Vysvětluji, proč se mi nyní jeví nedostatečný pro podání důvěrné stížnosti přímo z oddělení.

Co se týká materiálních podmínek, jsou sice v mnoha ohledech dobré, ale nedostatky shledávám v nezajištění soukromí na některých toaletách a také v ubytování dětí na pětilůžkových pokojích. Proto vítám plán vybudovat pro psychiatrickou kliniku nové prostory. Co se týká režimu, poukazuji na častý problém, jímž je nezajištění denního, nebo alespoň častého, přístupu na vzduch pro každého pacienta, který nemá zdravotní kontraindikaci.

Podstatnou část pozornosti při systematických návštěvách ve zdravotnických zařízeních vždy věnuji používání omezovacích prostředků. V případě psychiatrické kliniky musím vyslovit kritiku, že kvůli systému evidence zavedenému ve FN Brno nemá podrobná data o používání omezení vůči psychiatrickým pacientům. Nemohla jsem proto zhodnotit, zda je omezení ve vztahu k dětem skutečně krajním postupem a zda je využíváno v souladu s předpisy. Zařízení ani nemůže účinně provádět vnitřní kontrolu a identifikovat opatření, jež je třeba rozvíjet k posílení bezpečnosti na oddělení a ke snižování potřeby omezovací prostředky používat. Svou evidenci by nemocnice měla rozšířit, jak si to vyžaduje účinná prevence špatného zacházení. Ze studia několika náhodně zjištěných případů použití omezení jsem nezjistila špatné zacházení. Doporučuji však usilovat o zajištění dohledu ve formě přítomnosti u pacienta v omezení, dbát na téma farmakologického omezovacího



prostředku a po epizodě omezení provádět s pacientem debriefing. Nemocniční vnitřní předpis o používání omezovacích prostředků je po mém soudu zastaralý a má nevhodnou formu. Doporučuji proto psychiatrické klinice vypracovat si nový, reflektující tamní podmínky poskytování péče, a zavést pravidelné školení personálu v této problematice.

Nad rámec těchto specifických doporučení také odkazuji na doporučení, jež jsem vedení nemocnice adresovala ve zprávě z návštěv oddělení pro dospělé pacienty, totiž zajistit pro personál na oddělení efektivní systém přivolání posil v případě nouze a zajistit patřičné školení a výcvik pro pracovníky ostražky, pokud se mají účastnit zásahů přímo na oddělení. Co se týká bezpečnosti, také upozorňuji, že není ideální, že jsou z různých důvodů děti překládány na oddělení pro dospělé, kde představují zranitelnou skupinu. Bylo by lepší najít řešení, kdy by dítě netrávilo čas a nedělilo se o zázemí oddělení spolu s dospělými.

Závěrem však opakuji, že zjištěná situace na oddělení dětské a dorostové psychiatrie byla celkově dobrá, a oceňuji starostlivou péči tamních pracovníků. Věřím, že tuto zprávu napříč odbornostmi využijí k dalšímu rozvoji kvality péče a k plnému zajištění standardu prevence špatného zacházení.



Zjištění a doporučení ochránkyně

1. Bezpečí pro pacienty i personál

1.1 Standard

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

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

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

1.2 Opatření k zajištění bezpečí na oddělení

Podle statistiky mimořádných událostí se celkově **poměry na psychiatrické klinice** nejevily být nebezpečné: při počtu více než 1 300 pacientů za rok bylo v letech 2016–18 ročně do tří případů vykázaného napadení ze strany pacientů, stejně tak nehod a neočekávaných poranění pacientů (včetně sebepoškození). Dítěte se týkal jen útek pacienta.

Zaměřila jsem se na **organizační a technická opatření** ke zvýšení bezpečnosti na oddělení. Je zavedeno, že ke zvládnutí rizikového chování pacienta může personál volat na pomoc kolegy z jiných oddělení psychiatrické kliniky a že v případě, kdy nebezpečné chování přetrvává a je indikováno použití omezovacích prostředků, je pacient přeložen na oddělení pro dospělé. Za slabé místo lze označit nedostatek mužů mezi ošetrovatelským personálem na psychiatrické klinice obecně, přičemž na dětském oddělení nepracují žádní. Dále není zaveden systém, kdy by zdravotníci měli přímo u sebe zařízení pro přivolání pomoci, jak je to standardem v řadě navštívených psychiatrických zařízeních. Odkazuji zde na zprávu z návštěvy oddělení pro dospělé, kapitolu 2.3. **I dětského oddělení se týká doporučení 2 (zajistit efektivní systém přivolání posil v případě nouze) ze zprávy z návštěvy oddělení pro dospělé.**

Personál může přivolat na pomoc **bezpečnostní službu** – strážné zaměstnané fakultní nemocnicí pro výkon ostrahy a ochrany majetku, zaměstnanců a pacientů. Bezpečnostní



služba má v rozsahu svých činností také asistenci u agresivních pacientů. Není vybavena žádnými zbraněmi či speciálními prostředky. Ve standardním ošetrovatelském postupu *Bezpečná péče a ochrana pacienta – použití omezovacích prostředků* je stanoveno, že ostraha má zajistit optickou převahu a chránit majetek. Dále je stanoveno, že nemá mít fyzický kontakt s pacientem, což je správné. Z přehledu zásahů ostrahy na psychiatrické klinice v letech 2017 a 2018 plyne, že zasahuje nejčastěji na základě žádosti krizového centra a na lůžkových odděleních jen výjimečně. O zásazích vůči dětem jsem z přehledu nezískala poznatky, ale zjistila jsem je náhodně při studiu dokumentace – viz přítomnost při kurtování pacientky 1 v listopadu 2018. **Odkazuji na kapitolu 3 a doporučení 7 zprávy z návštěvy oddělení pro dospělé: pokud pracovníci ostrahy jsou součástí takových zásahů, je nutné, aby k tomu byli školeni a vycvičeni.**

V roce 2018 několikrát na psychiatrické klinice **zasahovala policie**. Zajímám se o tyto situace proto, že pacient má právo na zdravotní péči, a její personální zajištění má být takové, aby agresivní chování pacienta primárně zvládali zdravotníci vlastními silami (pokud jde o projev choroby, a nikoliv trestné jednání). Hodnocení projevů nemocného a komunikaci s ním musí zajišťovat profesionál v oblasti psychiatrie, který má také zásadně mít vedoucí úlohu při zákroku. Z přehledu zásahů, který mi Policie ČR poskytla, jsem nezískala poznatky o tom, že by zásahy byly časté a že by se některé týkaly dětí. Zatím nedošlo k rozvinutí nějak nadstandardní spolupráce s policií s cílem lepší koordinace při společných zásazích. Dílem patrně proto, že na základě tísňového volání přijíždějí policisté z různých útvarů.

K agendě **nežádoucích událostí** odkazuji plně na zprávu z návštěvy oddělení pro dospělé.

1.3 Dítě na oddělení pro dospělé

Na psychiatrické klinice někdy dochází k umístění pacienta mladšího 18 let na oddělení pro dospělé. Nejde ani tak o problém kapacity dětského oddělení,⁸ ale častěji o zajištění péče u dítěte v neklidu nezvladatelném na dětském oddělení při nějaké krizi.⁹ Kromě toho přes Vánoce nebo v části letních prázdnin je dětské oddělení zavřené a děti, které není možné propustit, jsou dočasně přeloženy na oddělení pro dospělé.

Není to ideální, neboť dítě je mezi dospělými ve zranitelném postavení (dominance dospělých, na oddělení 23 přítomnost pacientů na detoxu a ve stavu psychotického neklidu), a je třeba rovněž zvýšeného úsilí pro udržení kontinuity celého terapeutického programu. **Personál tak musí být ostražitý a reagovat při každém náznaku konfliktů či závislostí mezi pacienty. Organizační opatření a dohled by měly minimalizovat riziko uvedených patologických jevů. Nicméně bylo by lepší najít jiné řešení, aby dítě netrávilo čas a nedělilo se o zázemí oddělení spolu s dospělými.**

8 I když kapacitní důvody jsou výslovně zmíněny při přijetí 14leté pacientky 1 na oddělení pro dospělé dne 8. 11. 2018.

9 Například téměř patnáctiletá pacientka 2 v lednu 2017 přeložena na oddělení 23 a JIPP na celkem 9 dnů z důvodu agrese a nutnosti použít omezovací prostředky.



1.4 Atmosféra na dětském oddělení

Všechny provedené rozhovory byly mimo jiné zaměřeny na riziko šikany; jde o nebezpečný fenomén kolektivů, kterému se musí předcházet, a v případě výskytu musí být oběti poskytnuta ochrana před dalšími útoky a zajištěna pomoc a podpora. Dalším bodem šetření bylo mezipacientské násilí a zneužívání, tedy jeho výskyt a proaktivní přístup personálu k jeho zabránění. Speciální preventivní opatření například vyžadují případy dětí se zvláštní zranitelností (typicky s postižením). Pokud už k nějaké události dojde, je povinností zařízení rychle zamezit pokračování a pokusit se o zmírnění následků. Konečně, předmětem systematické návštěvy musí být také profesionální přístup personálu k pacientům a (ne)zneužívání moci plynoucí z terapeutické role.

Žádné z dětí, s nimiž byly vedeny rozhovory, neprojevovalo k pobytu na oddělení odpor. Nebyly zaznamenány žádné tendence **šikanování** a děti neměly špatnou zkušenost ani z minula. Atmosféra byla klidná, s respektem dospělých k dětem. Co se týká **vztahů mezi dětmi**, sestra dotázaná na tzv. druhý život na oddělení v podstatě nerozuměla otázce. Aktuální konflikty, zaznamenané pozorováním a rozhovory s dětmi, nebyly závažné.

Tato zjištění jsou potěšující. Nicméně pobyty se po Vánocích teprve „rozjížděly“, takže zatím nebylo vytvořeno stabilní výrazné sociální vrstevnické jádro. Pokud fungují na oddělení psychoterapeutické skupiny a další deklarované terapeutické aktivity, snadno se běžné vrstevnické kolize podchytí. Zároveň upozorňuji, že aktuálně měly v dětském kolektivu převahu starší dívky s poruchami příjmu potravy a mladší chlapci. Pokud by se na oddělení vyskytlo více pacientů s poruchami chování, byla by to výzva pro dohled i intervence s cílem zabránit rozvoji sociálně patologických jevů.

V době návštěvy byli na oddělení hospitalizováni dva **pacienti s genderovou dysforií**, přičemž to není vzácná situace. Ubytování těchto pacientů i sociální akceptace probíhaly citlivě a s respektem.

Opatření:

- 1) **Zařadit do průběžného vzdělávání ošetřovatelského personálu téma rizika šikany a postupů její primární a sekundární prevence (do 6 měsíců).**

2. Pojistky v průběhu hospitalizace

2.1 Detenční řízení

V době návštěvy nebylo žádné hospitalizované dítě v režimu detence, tedy že by o jeho nedobrovolné hospitalizaci rozhodoval soud. Zdá se, že takové situace jsou výjimečné.

Při zahájení hospitalizace nemocnice předkládá k podpisu formulář *Souhlas s hospitalizací*, jehož obsahem je prohlášení, že podepsaný byl seznámen s důvodem hospitalizace a že s hospitalizací souhlasí. Dále formulář v bodech shrnuje, o čem ještě byl pacient informován (tzv. hospitalizační účet pacienta, dotazník spokojenosti, škola). Na formuláři je uvedeno, že „za nezletilého pacienta činí prohlášení jeho jménem zákonný zástupce“. V nahlédnuté dokumentaci byl formulář vždy podepsán pouze rodiči, byť šlo o děti ve věku



šestnácti a sedmnácti let a v dokumentaci nebyly poznámky o tom, že by děti hospitalizaci odporovaly, nýbrž při příjmu spolupracovaly.¹⁰ Na formuláři není kolonka pro podpis dítěte a lékařka uvedla, že není zvykem nechat děti formulář „připodepsat“.

Jak je správně rozebráno v *Provozním řádu FN Brno* (kap. 4.7.6), i nezletilí pacienti mohou být způsobilí k poskytnutí souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb.¹¹ Proto mě zarazí, že na psychiatrické klinice nejsou k dispozici formuláře připravené pro zaznamenání také souhlasu nebo vyjádření dítěte. Uznávám, že nemusí být snadné způsobilost dítěte posoudit, ale dítě má právo vyjadřovat se k záležitostem, které se jej týkají. U velké části dětí se musí uplatnit pravidlo, že je třeba zjistit jejich názor (§ 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách), a některé mohou být i tak rozumově a volně vyspělé, že budou způsobilé zdravotní služby odmítnout. Pokud zde jsou pochybnosti, nechť situaci posoudí soud, neboť příslušná řízení byla zakotvena jako ochrana pacienta i poskytovatele zdravotních služeb a lékaři je nemají suplovat a přístup k nim filtrovat. Dítě má i samo právo podat¹² případně návrh na zahájení detenčního řízení, pokud se svou hospitalizací nesouhlasí, a má právo být o tom náležitě poučeno.

Pro srovnání dodám, že v nedávno navštívené dětské psychiatrické nemocnici běžně činí oznámení soudu v případě těch dětí, které nastupují ze zařízení ústavní výchovy, a souhlas s hospitalizací by byl zákonným zástupcem poskytnut pouze formálně. Individuální úvahu pak činí lékaři v případě dětí ve věku 14–18 let, pokud projevují nesouhlas se svým pobytem schváleným zákonným zástupcem.

Považuji za nezbytné, aby nemocnice svou praxi pozměnila a vybavila psychiatrickou kliniku pomůckami (formuláře, letáky), jež umožní zaznamenávat názor dítěte na své přijetí na kliniku a podpoří zdravotníky při poskytování informací o právním postavení pacienta (srov. kap. 21 a doporučení 37 ve zprávě z návštěv oddělení pro dospělé).

Opatření:

- 2) Nakolik je to jen možné, zapojovat děti do procesu poskytování souhlasu s hospitalizací, a být v individuálním případě dítě není způsobilé souhlas poskytnout, nabízet možnost podepsání formuláře (průběžně).**
- 3) Individuálně posuzovat, zda je dítě způsobilé poskytnout souhlas s hospitalizací, a u dětí starších 14 let v případě vážného odporování nástupu na kliniku předkládat případy ke schválení soudu (průběžně).**
- 4) Formulář souhlasu s hospitalizací používaný při příjmu pacientů mladších 18 let upravit tak, aby počítal s vyjádřením dítěte (do 3 měsíců).**

10 V případě pacientky 3 je podpis rodiče šest dní po zahájení hospitalizace; šestnáctiletá dívka s rodiči nežila.

11 Srov. DOLEŽAL, Tomáš: Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Vol 8, No 1 (2018), s. 1-19. ISSN 1804-8137. Také [online, cit. 24. 7. 2019] dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/164/138>.

12 § 76 odst. 2 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů.



- 5) Připravit pro lékaře psychiatrické kliniky metodickou pomůcku, jak dostat všem právním nárokům při příjmu dítěte na psychiatrické oddělení (do 6 měsíců).**

2.2 Informace o právech a povinnostech

Na klinice není vypracován žádný místní informační materiál pro pacienty, kde by se snadno dozvěděli, jaké je jejich právní postavení, co se smí a nesmí a jak si mohou případně stěžovat. (Dokument o pravidlech *Informace pro rodiče, zákonné zástupce, dítěte hospitalizovaného na dětském oddělení Psychiatrické kliniky* je určen pro podpis rodiče/zákonného zástupce a uvedené informace ani neobsahuje. Vyvěšená Charta práv hospitalizovaných dětí je obecná, bez vazby na dané oddělení.)

Nepochybuji, že personál při zahájení hospitalizace a v průběhu na dotaz takové informace poskytne. Ale informace tohoto druhu by měly být dostupné neustále a podané dětem srozumitelnou formou.

Opatření:

- 6) Vybavit psychiatrickou kliniku informačním letákem o právech hospitalizovaného dítěte, formulovaným jednoduchým jazykem, leták na oddělení vyvěsit a kopie dětem nabízet (do 6 měsíců).**

2.3 Stížnosti

2.3.1 Standard

Stížnostní mechanismus je jednou z pojištěk proti špatnému zacházení s osobami zbavenými svobody. Pokud se bere vážně a jeho využívání je pacientům otevřené, pak kromě této funkce také přispívá k dobrým vztahům s personálem. Možnost dítěte podat stížnost (anebo obecně vyjádřit připomínky k čemukoli, co se ho při pobytu v zařízení týká) je také jedním z prvků jeho práva být slyšeno.¹³

Zákon o zdravotních službách stanoví právo pacienta podat proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb stížnost, přičemž nejprve má být adresována poskytovateli a ve druhém kroku příslušnému správnímu orgánu.¹⁴ Jak má poskytovatel stížnostní mechanismus nastavit, už zákon nestanoví. Jako by ani nepočítal se specifiky psychiatrických pacientů obecně a dětských pacientů zvláště.

Nemocnice tak má volnost, s tím, že musí dodržet základní zásady. Kromě zákonem explicitně uvedené zásady, že podání stížnosti nesmí být na újmu osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se týká, vyzdvihují zásady prevence špatného zacházení podle CPT:

¹³ Obecně je právo formulováno v článku 12 Úmluvy o právech dítěte, či jako základní princip uvedeno v Doporučení Rec(2005)5 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům ohledně práv dětí žijících v institucionálních zařízeních.

¹⁴ § 93 a násl. zákona o zdravotních službách.



dostupnost, přístupnost, důvěrnost a bezpečnost, účinnost a doložitelnost.¹⁵ Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z duševní poruchy u pacientů psychiatrických nemocnic a zvláštních potřeb dětí.

2.3.2 Jak podat stížnost

V kapitole 18 zprávy z návštěvy oddělení pro dospělé se tématu stížností věnuji. Stížností týkajících se psychiatrické kliniky bylo za tři zpětně zkoumané roky celkem 15. Nahlédnutá stížnostní dokumentace učinila dobrý dojem – obdržené stížnosti byly pečlivě prošetřovány a vyřizovány. Nicméně jsem poukázala na to, že na odděleních kliniky nebyla dostupná informace o tom, jak si stěžovat, zpracovaná způsobem přijatelným pro danou cílovou skupinu, a že na uzavřených odděleních nebyly k dispozici schránky na stížnosti. Jejich pořízení jsem doporučila jako možné řešení, jak pacientům nabídnout cestu podání stížnosti, při které by nemuseli asistovat pracovníci kliniky, na jejichž péči jsou pacienti odkázáni. Vítám odpověď ředitelství nemocnice, že schránky budou pořízeny.

Uvedené platí zcela i o dětském oddělení: také tam nebyla schránka na stížnosti ani zveřejněná informace o stížnostním postupu. Dotázané děti neznaly žádný způsob předání vzkazu nebo stížnosti.

U dětí je situace specifická, neboť zpravidla mají zástupce. Nicméně i zde může existovat střet zájmu a vstřícný stížnostní mechanismus by měl být nabídnut i jim. Vyzývám ošetřující tým, aby – třeba i společně s dětmi – nastavil tamní pravidla a způsoby podávání stížností, tak aby byly pro děti dostupné a aby kromě řešení nespokojeností neformálně přímo na oddělení existovala i cesta, jak kontaktovat přímo ředitelství, a to důvěrně a s vyloučením byť hypotetické možnosti, že budou stížnosti filtrovány.

Možností jsou zmíněné schránky (musela by je vybírat třetí osoba, například administrativní pracovník nemocnice, schránka by měla být zamčená, umístěná na pacientům volně přístupném místě a opatřená informací, kdo a jak často její obsah vybírá), nízkoprahové využití e-mailu (dítě nemusí doplňovat elektronický podpis, ale pracovník pověřený agendou stížností sám proaktivně ověří totožnost stěžovatele), nabídnutí telefonního čísla s možností požádat o návštěvu pracovníkem pověřeným řešením stížností apod. Je na nemocnici, aby s ohledem na místní podmínky zvolila nejlepší řešení.

Také je třeba pořídit stručnou písemnou informaci, jež bude dětem k dispozici. Může být pojata velmi neformálně – v jedné nemocnici například připravili leták nazvaný „*Když se ti něco nelíbí...*“ Navrhuji zapracovat do něj i informaci, komu si může dítě stěžovat v případě, kdyby mu bylo ubližováno.

15 Srov. Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). *Complaints mechanisms. Výňatek z 27. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2018)4-part* [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 11. 5. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16807bc668>.



Opatření:

- 7) **Zpřístupnit na oddělení stížnostní pravidla, formulovaná způsobem vstřícným k dětem, a zajistit možnost podat ředitelství stížnost, jež by nemusela procházet rukama pracovníků oddělení (do 3 měsíců).**

3. Personální zajištění

V době návštěvy zajišťovali lékařskou péči v přepočtu na úvazky 3,5 pedopsychoiatrů a 0,2 psychiatrů. Co se týká pokrytí mimo pracovní dobu, na klinice jsou přítomni dva psychiatři (jeden ústavní pohotovostní a jeden na krizovém centru). Odbornost klinického psychologa byla v době návštěvy zastoupena 2,95 úvazku. Ošetřovatelský personál tvořilo 9 žen včetně staniční sestry, z toho 4,533 úvazku připadalo na odbornost psychiatrické sestry, 1 úvazek na sestru specialistku a 1 úvazek sanitářky. Během dne jsou na oddělení vždy dvě sestry a od 19 hodin do 7 hodin ráno pak jedna. Ve všední dny je k tomu přes den ještě staniční sestra a sanitářka.

Vedení kliniky obsazení považuje za dostatečné, byť pociťuje nedostatek kvalifikovaných pracovníků na trhu práce, zvláště pak mužů. Po mém soudu je dostupnost lékařského personálu velmi dobrá, ale pokrytí ošetřovatelským personálem je napjaté o víkendy, kdy děti navíc nejsou ve škole, a v noci. Sestry sice mohou v nějak nestandardních momentech volat na pomoc kolegy z jiných oddělení psychiatrické kliniky, ale **personální zajištění vylučuje, aby bylo na oddělení přijímáno více dětí se závažnými poruchami chování.** K tomu (přijímání) v době návštěvy skutečně nedocházelo.

Oceňuji dobrou atmosféru a vzájemný respekt, jež byly zaznamenány v týmu lékařů a psychologů. Jde o důležitý předpoklad důvěry a dobré spolupráce při poskytování péče.

4. Materiální podmínky

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

4.1 Ubytování se zohledněním potřeby soukromí dítěte

Na oddělení jsou dvě 5lůžkové a čtyři 2lůžkové ložnice. Žádný předpis nelimituje počet lůžek na pokoji, nicméně **mnohalůžkové pokoje** již nevyhovují současným standardům terapeutického prostředí. Neposkytují pacientům dostatečné soukromí a klid, a mohou tak



mít i protiléčebný účinek.¹⁶ Zdravotní stav nebo specifická zranitelnost některých pacientů po mém soudu vyžaduje dokonce individuální ubytování, má-li být minimalizováno riziko zasahování do práv jejich nebo jiných pacientů. Doporučuji při rekonstrukci kliniky pozvednout stávající standard ubytovacích podmínek.

Opatření:

- 8) Zajistit při rekonstrukci, aby měly pokoje maximálně 4 lůžka, a zvážit zřízení také jednolůžkové ložnice/ložnic (při rekonstrukci).**



Obrázek 4 a 5: Pětilůžkový pokoj.



Obrázek 6: Dvoulůžkový pokoj.

Každé dítě má v ložnici kromě lůžka také skříň a noční stolek, což je přiměřené. Tyto úložné prostory však nejsou uzamykatelné. Sice je možné nechat si něco uložit u personálu, ale

¹⁶ Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě, kterou výbor vykonal ve dnech 1. až 10. dubna 2014, CPT/Inf(2015)18 [online]. Štrasburk: CPT, 2015 [cit. 4. 6. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168069568d>, bod 154.



běžně používané věci děti nemají v plném soukromí a bezpečí. Standardem by mělo být, že pacient má k dispozici **uzamykatelnou skříňku**, přičemž způsob využívání se může lišit s ohledem na věk a vyspělost dítěte (klíč je u personálu nebo jej má dítě u sebe). Nejde zde o cennosti, ale o soukromí věcí běžné potřeby, jež mají spíše osobní hodnotu. Řada hospitalizovaných dětí je už starších a měly by mít tuto možnost.

Opatření:

- 9) **Vybavit pokoje dětí nějakým uzamykatelným úložným prostorem a zapůjčovat klíč na základě individuálního posouzení schopností dítěte (při rekonstrukci).**

4.2 Terapeutický a důstojný ráz prostředí

Lůžkoviny se přes den zastýlají, a pokoje tak slouží jako obývací zóny. Oddělení má k dispozici jídelnu a dvě (terapeutické) místnosti pro aktivity a může využívat také tělocvičnu. To se z hlediska jeho kapacity jeví být přiměřené pro **zajištění střídání prostředí a zázemí** pro různé aktivity.



Obrázek 7 a 8: Jídelna a jedna z terapeutických místností.

Co se týká **estetiky vnitřního prostředí**, může mít terapeutický význam (vizuální stimulace), ale jde také o to, aby se děti v nemocnici cítily co nejlépe a neumocňovalo se napětí a trauma z hospitalizace. V době návštěvy byly vnitřní prostory oddělení světlé, čisté, barevné a atmosférou přizpůsobené dětem. V oknech obytných místností nebyly mříže.

Sociální zařízení je společné. Místnost pro sprchování je na oddělení jedna, což personál vnímal jako poněkud nedostačující a děti to v rozhovorech rovněž zmínily. Ale nekomentují to, neboť je naplánováno, že v nové budově bude kapacita vyšší. Co se týká **soukromí při úkonech hygieny**, pozitivem toho bylo, že sprchování probíhalo po jednom. Přímý dozor nebyl uplatňován plošně. Soukromí na toaletě znemožňuje to, že ve dvou případech jsou dveře kabinky shora i zezdola zkráceny (jakoby lítací), takže kdo kolem nich prochází, může snadno vidět dovnitř.



Obrázek 9 a 10: Toalety, kde přední kabinka má jen částečné dveře.

V průběhu psychiatrické hospitalizace mohou nastat situace, kdy dohled nezbytný u konkrétního pacienta může zahrnovat i úkony osobní hygieny. V nemocnicích pak musí být vytvořeny podmínky pro to, aby takový režim nedopadal na všechny pacienty plošně a bezpečnostní opatření nezasahovala do soukromí pacientů nad míru nezbytně nutnou. Standardem musí být, že pacient provádí osobní hygienu a tělesnou potřebu v klidu, nevystavován vpádům do své intimity.

Proto by v nové budově mělo být zvoleno jiné řešení. Dveře kabin toalet by měly být vybaveny zámkem umožňujícím personálu otevřít dveře zvenčí,¹⁷ a měly by být dostatečně velké k zastínění celé postavy. Stejně tak sprchová místa by měla mít zastínění osoby při sprchování a chystání. V dnešní době se rovněž nabízejí moderní bezpečnostní prvky v podobě sprchových závěsů a klik speciálně zajištěných proti oběšením, které poskytují pacientům jak soukromí, tak i bezpečí.

Opatření:

- 10) Pořídit dveře kabin toalet, jež jsou kompletní a opatřené zámkem odemykatelnými zvenčí (při rekonstrukci).**

Perspektivně je vhodné zřídit také **návštěvní místnost** pro konání návštěv, které by jinak na oddělení rušily.

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



5. Terapie

5.1 Program léčby a aktivit

Psychiatrická léčba by měla být založena na individuálním přístupu a součástí léčebného plánu by měla být široká škála terapeutických aktivit, kdy případná farmakoterapie je jednou z jeho složek.

Co se týká **programu léčby**, každý pacient je v den nástupu vyšetřen pedopsychiatrem. Dále je příležitostí pro setkání s lékařem vizita nebo „komunita“ každý všední den. Jsou stanoveny tři stupně dohledu (základní, zvýšený a zvláště zvýšený), přičemž se běžně používají první dva. Psychologové působí na oddělení nejen v diagnostice, ale i v terapeutické roli. Používají metody individuální i skupinové. Skupinová psychoterapie pro všechny děti probíhá jednou týdně. Pacienti s poruchami příjmu potravy mají vedle toho jedno vlastní setkání vedené externím specialistou. Individuální pohovory s lékaři či psychology probíhají především na požádání dítěte. Pracovny lékařů jsou přímo na oddělení, takže jsou dětem dostupní bezprostředně.

Akcent v léčbě je dán na psychiatrickou intervenci, vytitrování medikace a akceptativní přístupy s dobrovolnou účastí dětí v nabízených programech a terapeutických aktivitách. Naopak nebyl pozorován důraz na každodenní motivující hodnocení a oceňování či práci se vztahem, jež jsou typické pro péči o děti s poruchami chování.

Je zřejmá variabilita nabízených pobytů (jeden chlapec například dochází na oddělení dopoledne a odpoledne je propuštěn domů).

Na psychiatrické klinice na odděleních pro dospělé pacienty je poskytována také **elektrokonvulzivní terapie**. Indikačně není vyloučeno, aby byla ordinována a vykonána také na dítěti. Protože aktuálně se žádného dítěte netýkala a o výkonech se nevede evidence (srov. kapitulu 16 zprávy z návštěvy oddělení pro dospělé), nebylo možné studovat žádný takový případ.

Pro **smysluplné trávení času, hru a rozvoj** je dětem během školního roku ve všední dny k dispozici výuka. V průběhu semestru měly děti dále 4 nebo 5 hodinových volnočasových programů za týden, připravených studenty psychologie (Projekt SPOLU). Kromě toho je ve všední dny odpolední družina anebo zájmová činnost, jež ale v době návštěvy po Vánocích ještě nebyla rozběhnutá.

S ohledem na cíl systematické návštěvy nemám k takto nastavenému programu léčby žádné připomínky. Mohu pouze tlumočit, že jako velký problém se dotázaným zdravotníkům jeví úroveň **ambulantní pedopsychiatrické péče**, která předchází či navazuje na hospitalizaci a je obtížně dostupná. Implicitně to vyplynulo i ze zkušeností sdělovaných některými dětmi. Nezřídka je na rodičích, aby si sehnali odborníka pro následnou ambulantní péči.



5.2 Vizity za přítomnosti více pacientů

Kromě jedné primářské se během týdne konají tři vizity (pokud vyšší stupeň dohledu nevyžaduje individuálně vizitu častější). Realizují se na pokojích za přítomnosti tam ubytovaných pacientů. Taková vizita postrádá diskrétnost. Jedno z dětí přímo uvedlo, že mu to vadí a dvě zmínily, že vědí, že si při vizitě mohou říci o individuální terapeutickou konzultaci, ale že nedostatečná intimita při vizitě jim v tom brání.

Není přípustné, aby důvěrná komunikace mezi pacientem a terapeutickým týmem probíhala před nepovolanými (včetně jiných pacientů), nebo aby bylo na pacientovi, že si vymění větší soukromí. Cokoli nad rámec běžného společenského kontaktu se musí odbývat v soukromí.

Opatření:

11) Provádět vizity v soukromí (průběžně).

5.3 Vedení dokumentace

Ve zprávě o návštěvě oddělení pro dospělé jsem popsala způsob pořizování průběžných záznamů. Také při studiu dokumentace dětí byly zjištěny případy, kdy předtištěná pole pro záznamy lékaře a sester na velké plachtě formátu A3 nestačí, takže záznam „přetéká“ do jiného dne¹⁸ nebo je pořizován velmi drobným písmem a ve vsuvkách pod odkazem hvězdičky.¹⁹ Nebo byla zjištěna drobná pochybení v zaznamenávání preskripce a podání léků – přeškrtnání závorky bez uvedení, kdo opravu provedl; podání léku předepsaného v závorce pouze s vyznačením času podání, bez záznamu o důvodu a efektu.²⁰ **Odkazuji na kapitolu 17 zprávy z návštěvy oddělení pro dospělé.**

6. Režim a pravidla

6.1 Pravidla a informování dětí o nich

Pro toto oddělení nejsou sepsána nějaká specifická pravidla, jež by specifikovala práva a povinnosti dětí či způsob jejich hodnocení. Dokument „denní režim“ stanoví jen harmonogram činností během dne. Formuláře předkládané k podpisu při začátku hospitalizace (*Informace pro rodiče, zákonné zástupce, dítěte hospitalizovaného na dětském oddělení Psychiatrické kliniky a Souhlas s hospitalizací*) jsou obecné a dětem se nedávají.

S ohledem na přítomnost pacientů s poruchami příjmu potravy se na oddělení uplatňuje **kontrola jídla**, jejímž pravidlům děti rozuměly.

18 Srov. pacientka 2, záznam ze dne 30. ledna 2017, pacientka 1, záznamy lékaře ze dne 20. a 21. listopadu 2018.

19 Pacientka 1, týden od 8. listopadu 2018.

20 Pacientka 3 v týdnu od 24. 12. 2018; to se stalo na oddělení 22, ale podobně je zaznamenáváno i podání v dalším týdnu, kdy již přeložena na dětské oddělení.



Pacienti **nemají mít u sebe některé věci** – pilníky, deodoranty, pravítka apod. Jsou odebrány a uloženy. V rozhovorech zaznělo, že personál pacientovi věci odebral bez jeho vědomí a on si pak myslel, že byly ukradeny. Taková praxe narušuje důvěru; děti by měly být o pravidlech informovány a být přítomny manipulaci se svými věcmi. Používání vlastních **tabletů a notebooků** bylo dětem umožněno a nepůsobilo potíže.

Jako **korekce chování dětí** fungují tzv. kartičky. Na listu papíru se denně symbolem vyznačuje kladné, střední a záporné hodnocení dítěte stran „dodržování režimu, poslouchání sester, chování k dětem a užívání nevhodných slov“ na oddělení a ve škole. Je poněkud zarážející, že nově přijaté děti o kartičkách nevěděly. Dítě dále sdělilo, že trestem může být zákaz dílen.

K hodnocení chování dětí uplatňovanému na navštíveném pracovišti přistupují vždy s tím, že musí být jednotné, průkazné, dětem dostupné a srozumitelné. Dítě by mělo vědět, jaká přijde odezva při porušení jeho povinností. Nesmí být používány nepřiměřené či nedůstojné tresty.

Uzavírám, že v přístupu k dětem a uplatňovaných pravidlech nebyla zjištěna přílišná restriktivnost. Zdá se zde být ale prostor pro lepší **informování dětí**, co se smí, nesmí a vyžaduje. Příležitostí pro to jistě je společenské setkání, „komunita“, které probíhá dvakrát týdně a zahrnuje uvítání nových dětí a komunikaci o organizačních a jinak důležitých záležitostech. Zároveň by ale bylo vhodné mít i jednoduše formulovaná základní pravidla (obdobu domácího řádu) pro zajištění neustálé dostupnosti a jasnosti informací. Děti se mohou podílet na jejich zhotovení.

Opatření:

- 12) Formulovat pravidla, jež mají děti na oddělení zachovávat, a vyvěsit je pro neustálou dostupnost této informace dětem; použít při tom vyjádření přístupné dětem (do 3 měsíců).**

6.2 Kontakt s vnějším světem

Zvláštní pozornost věnuji tomu, jaké jsou dány podmínky pro kontakt dětí s vnějším světem, rodiči či dalšími blízkými osobami. Jednak se tím snižuje strádání dítěte z odloučení a jednak jde o pojistku při případném špatném zacházení.

Až na terapeuticky podmíněné výjimky nejsou omezovány **návštěvy**. Mohou probíhat denně od 15 do 18 hodin v areálu nemocnice nebo na posezení před oddělením.

V době návštěvy měly všechny děti v nemocnici vlastní **mobilní telefon**. Byl jim zpřístupněn denně od 15 do 20 hodin, což odpovídá průběhu dne (předtím škola a aktivity spojené s terapií) a je přiměřené i z hlediska možnosti zastihnout rodiče nebo i úřady. Nadto je na oddělení telefonní automat. Apelují na nemocnici, aby měla připraveno řešení také pro děti, které nemají s sebou v nemocnici vlastní mobilní telefon, a nikdo jim netelefonuje, aby mohly s určitou četností zavolat osobě blízké (např. rodiči, sourozenci nebo vychovateli z dětského domova). Majetní pacienti mohou mít odchozí hovory na vlastní náklady.



Opatření:

- 13) Zajišťovat v nějaké míře odchozí hovory nemajetným pacientům bez vlastního mobilního telefonu (průběžně).**

6.3 Možnost pobývat venku

Psychiatrická klinika má oplocenou zahradu, na niž není z dětského oddělení přímý přístup. Personál uvedl, že zahrada se využívá v létě. Jinak se některé děti dostanou ven v rámci areálu nemocnice s odpolední družinou nebo s návštěvou. Pro některé děti je však pobyt venku mimořádný: například dítě z dětského domova, jež mělo v průběhu hospitalizace pouze jednu návštěvu, si posteskl, že vůbec nebylo venku. Nebo půjde o děti, které mají ordinován stupeň dohledu neumožňující opuštění oddělení.

Nelze opomíjet psychohygienické hledisko a elementární potřebu „provětrat se“. Současný evropský standard pro psychiatrickou a sociální péči je zajistit denní přístup na vzduch, s požadavkem na zajištění dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytné, a náhradního oblečení a obuvi, pokud pacient nemá vlastní.²¹

Shrnuji, že přístup pacientů ven na vzduch nezávisí na dětském oddělení jen na zdravotním stavu, ale také na organizačních opatřeních, respektive personální situaci. Chápu, že zajistit denní přístup ven pro každého, kdo nemá zdravotní kontraindikaci, je náročné (bláto, nároky na obuv a oděv, zabavení dětí na zahradě). Nemocnice by o to ale měla usilovat, například skrze probíhající spolupráci se studenty. Do doby, než tento standard bude zajištěn, by měla usilovat alespoň o částečný výsledek. Tedy na podkladě individuálního přístupu a ve spolupráci s příbuznými pacientů bez společných vycházek zajišťovat pobyt na vzduchu třeba ne denně, ale alespoň v nějaké garantované míře.

Opatření:

- 14) Zajistit denní pobyt na vzduchu dětem, které nemají zdravotní kontraindikaci (průběžně).**

7. Používání omezovacích prostředků

7.1 Standard

Vedle naplnění základního účelu, kterým je odvrácení vážného nebezpečí, mají omezovací prostředky často nežádoucí účinky (způsobení bolesti, zranění, ponížení, narušení terapeutického vztahu, dokonce hrozí i náhlá úmrtí). Proto je jejich používání podrobeno

²¹ Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 12. 7. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>, bod 94.



přísným pravidlům (včetně náročnějšího povolovacího procesu, dokumentování a rozboru případu s pacientem).²²

Aby v realitě poskytování péče skutečně platilo, že omezení je až krajní opatření a personální, materiální a organizační podmínky na daném pracovišti je naopak nevynucují, se má používání omezovacích prostředků centrálně sledovat a má se usilovat o jeho minimalizaci. Nesmí se připustit použití jako výchovné opatření nebo jako kompenzace nedostatku ošetřujícího personálu a nevhodnosti prostředí poskytování péče. Součástí tématu tak jsou také mírnější alternativy k odvrácení hrozícího nebezpečí, opatření ke snížení nezbytnosti používat omezení, systematické úsilí nemocnice o naplňování zásady co nejmenšího omezení.²³

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

Ve svých zprávách přejímám recentní postoj CPT, tedy doporučuji zásadně (tzn. až na výjimky) u dětí mladších 16 let nepoužívat jiné prostředky než úchop²⁴ a usilovat o zajištění dohledu v úrovni přítomnosti u pacienta v omezení. Čím delší je omezení a čím mladší je pacient, tím se musí stupňovat snaha omezení předejít nebo je zkrátit, a také o to musí být pečlivější hodnocení skutečné nezbytnosti omezení.

22 Vycházím z § 39 zákona o zdravotních službách, Metodiky Ministerstva zdravotnictví pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta (částka 4/2018 Věstníku MZ účinného od 20. dubna 2018) a doporučených postupů psychiatrické péče. Mezinárodní standard prevence špatného zacházení, se závažností tzv. soft law, je obsažen v dokumentech Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT), konkrétně v revidovaném standardu o používání omezovacích prostředků z roku 2017 a doplňkově v 16. obecné zprávě CPT z roku 2006.

23 Jde o jednu z obecných zásad péče o osoby s duševní poruchou, viz článek 8 Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10, na ochranu lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou. Vedení evidence je dlouhodobým doporučením výboru CPT pro Českou republiku.

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



7.2 Zjištěná praxe používání omezovacích prostředků vůči dětem

Na dětském oddělení není žádné lůžko intenzivní péče ani místnost využívaná ve smyslu § 39 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách, tedy k uzamčení pacienta. Stav neklidu se personál – sestry a přivolaný lékař – snaží zvládat pomocí verbálních technik. Děti, vůči kterým je nutné použít omezovací prostředek, **jsou překládány na oddělení pro dospělé**, kde mají být lepší podmínky pro omezení pacienta. Na těchto odděleních se v době návštěvy používalo kurtování, uzavřená místnost, síťové lůžko a farmakologické omezení.

Situaci dětských pacientů jsem nemohla celkově zhodnotit, protože z centrální evidence omezení není možné zjistit, kdy bylo omezení použito vůči dítěti. Sice je z evidence zřejmé, na jakém oddělení k nějakému použití došlo, ale protože děti jsou za účelem omezení překládány na oddělení pro dospělé a dál už není z evidence patrné, že jde právě o dítě, jsou tyto případy nerozlišitelné. Nemohla jsem si tak utvořit celkový obrázek o praxi používání omezovacích prostředků vůči dětem ani zhodnotit závažný problém vyskytující se na některých psychiatrických pracovištích, jímž je dlouhodobé použití omezení.²⁵

Při studiu zdravotnické dokumentace bylo náhodně zjištěno několik případů. Patnáctiletá **pacientka 2** byla na dětském oddělení podrobena farmakologickému omezení a pak byla kurtovaná na oddělení pro dospělé (23), kam byla rozhodnutím lékaře pro neklid přeložena. Omezení trvalo 8,5 hodiny do uvolnění nohou, 12 hodin do úplného uvolnění. Patnáctiletá **pacientka 1** byla podrobena farmakologickému omezení a úchopům a opakovaně kurtovaná na oddělení pro dospělé (22), kam byla přijata z kapacitních důvodů. Z *Dekurzu neklidu/vznětlivosti/fyzického násilí* je přehledně zřejmá forma omezení a trvání (u kurtování 21 h 15 min, 9 h 30 min, 1 h, 1 h 30 min, 1 h). Záznam okolností je v týdenní tabulce formátu A3 a na listech *Záznam terapeutického omezení*. V jedné chvíli zajišťovala převahu při kurtování i ostraha nemocnice.

Omezení u obou pacientek vždy indikoval lékař. Záznamy o kontrolách sestrami byly co půl hodiny a lékařem co 3 hodiny. Souhlas zákonného zástupce s použitím omezovacího prostředku se nevyžaduje bianko předem, ale řeší se až v případě použití. Potud nemám připomínek.

Co se týká **indikace i důvodu pro trvání omezení**, ty byly většinou dobře zaznamenány. Určitou pochybnost vzbuzuje druhá epizoda omezení u pacientky 1, kdy byla kurtována (9. 11. 2018) od 20:30 do 6 hodin ráno, přičemž od půlnoci je v záznamech sester uvedeno, že pacientka spala – byť chvílemi neklidně a s projevy úzkosti při probuzení, aniž by jí personál ulevil alespoň uvolněním jedné ruky a nohy. Zásada nezbytnosti vyžaduje, aby omezení trvalo jen po dobu, kdy trvá důvod, tedy odvracení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti. V tomto případě mohl být postup sester motivován opatrností, aby po předčasném uvolnění nebylo nutné opět složitě omezení obnovovat.

25 Jak podrobněji rozebírám ve zprávě z návštěvy oddělení pro dospělé, v roce 2018 proběhlo na oddělení 23 (s kapacitou 25 lůžek) 38 omezení, na oddělení 22 (s kapacitou 29 lůžek) 12 omezení a na jednotce intenzivní péče (s kapacitou 5 lůžek) 345 omezení. Více omezení se mohlo týkat jednoho pacienta při jedné epizodě.



Pravidlo, že vždy musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu omezení [§ 39 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách], však vybízí k co největší ohleduplnosti. Kladu si otázku, jak by situace vypadala, pokud by u pacientky mohl být přítomen jeden člen personálu trvale a mohl okamžitě reagovat, pokud by se neklid znovu objevil a stupňoval.

Výbor CPT prosazuje jako standard, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být **pod dohledem přítomného pracovníka**.²⁶ Vedle zajištění bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta a zabránění pocitu opuštěnosti. Národní standard je méně náročný, když požaduje obecně nepřetržitý dohled (srov. čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva). Nemocnice zajišťuje vysokou úroveň dohledu, ale přítomnost pečující osoby v blízkosti pacienta nikoli. Chápu, že přítomnost pracovníka je dána možností vyčlenit jednoho člena směny. Rozhodně však standard CPT představuje cíl, ke kterému by péče o děti měla směřovat, a personál oddělení by jej měl zajišťovat vždy, když je to možné. Dítě v omezení by mělo mít lidský kontakt, aby nezažilo opuštěnost, byla mírněna jeho úzkost, mohlo s někým komunikovat a bylo hned reagováno na jeho potřeby. Podotýkám, že na oddělení 22 ani 23 není pacientům v omezení k dispozici nějaká **signalizace**, kterou by mohli personál přivolat (srov. kapitulu 12.1 a 12.2 zprávy z návštěvy oddělení pro dospělé).

Opatření:

- 15) **Až na výjimky děti mladší 16 let nepodrobovat jinému omezení než úchopu (průběžně).**
- 16) **Usilovat o dohled ve formě přítomnosti u pacienta v omezení v lůžku a dostupnosti na dohled u pacienta v uzamčené místnosti (průběžně).**

7.3 Farmakologické omezení

Vedoucí pracovníci kliniky při návštěvě vysvětlovali, že nesouhlasí s označením psychofarmak za omezovací prostředek, nýbrž použití vždy považují za léčbu. Několik případů farmakologického omezení nicméně figurovalo v poskytnutém výstupu z evidence omezení za rok 2018.

Ve zprávě z návštěvy oddělení pro dospělé (kap. 10) se tomuto tématu věnuji podrobně. Vysvětluji, že léčebný efekt medikamentů ještě nevyklučuje to, aby podání léků silou (nebo s hrozbou použití síly) za účelem zvládnutí chování pacienta představovalo omezení. Takové použití je jako u jiných omezovacích prostředků přípustné jen v případě naprosté

26 Standard CPT z roku 2017 v bodě 7 uvádí: „Každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod nepřetržitým dohledem. V případě mechanického omezení by v místnosti měl být neustále přítomen kvalifikovaný pracovník, aby udržoval s pacientem terapeutický vztah a poskytoval mu pomoc. Pokud je pacient umístěn do izolace, může se člen personálu nacházet mimo pokoj pacienta (nebo v sousední místnosti se spojovacím oknem) za předpokladu, že pacient může pracovníka dobře vidět a že člen personálu může pacienta neustále sledovat a slyšet. Je zřejmé, že takovou nepřetržitou přítomnost personálu nemůže nahradit dohled prostřednictvím kamery.“



nezbytnosti a se zárukami proti zneužití. **Na tomto místě na zprávu odkazují, včetně doporučení č. 24.**²⁷

S ohledem na malou užitečnost poskytnuté evidence jsem toto téma u dětských pacientů mohla zkoumat jen na náhodně zjištěných případech. Mohu jen říci, že podání klidnicího léku přes odpor pacienta se někdy vyskytne i na dětském oddělení.²⁸ V nalezených případech o podání rozhodoval přítomný lékař.

Také se na dětském oddělení používají léky s tlumícím účinkem na základě **fakultativního předpisu** – tedy opravňujícího sestru v budoucnu podat lék, pokud nastane nějaká předvídaná skutečnost. V dokumentaci byly pozorovány formulace „při neklidu, odmítání p. o. med.“ (patnáctiletá pacientka 1, listopad 2018), nebo se používá přepis, kdy dávky jsou dány do závorčky a sestra ji v případě podání „odfajkuje“ s vyznačením času. **Podle okolností může mít podání takového léku povahu omezovacího prostředku.** Každopádně je zde riziko přenášení odpovědnosti za medikaci na sestru, a proto je zapotřebí dbát zde na přísná pravidla.

V případě pro re nata předpisů rychle působících tlumících léků přejímám standard CPT: s ohledem na významné (byť ve statisticky malém procentu případů) nebezpečí pro zdraví pacienta plynoucí z jejich podání, vyžaduje CPT lékařský dohled, dodržování přísných postupů všemi dotčenými zdravotníky a nezbytné dovednosti, léky a vybavení. Postup, který výbor předkládá jako standard, spočívá v tom, že sestry musí volat lékaře, pokud je pacient ve stavu neklidu, který nemohou zvládnout, a ošetřující lékař (nebo sloužící lékař) musí bezodkladně jednat, tedy zhodnotit stav pacienta a případně nařídit další postup. Pouze ve výjimečných případech, kdy lékař není dostupný v rámci minut a situace není jinak zvládnutelná, může sestra podat rychle tišící lék na základě předchozího podmíněného (fakultativního) předpisu. I tak se má sestra snažit alespoň telefonem získat schválení lékaře před podáním léku a lékař musí bezodkladně dorazit a sledovat reakci pacienta a řešit případné komplikace.²⁹

Dotázaná sestra dětského oddělení obecně uvedla, že pro podání medikace předepsané pro fakultativní podání je standardně volán lékař, sama sestra ji podá výjimečně. To je správné. Na základě těch několika málo zkoumaných případů chci ale upozornit, že při způsobu vedení dokumentace, jenž je na klinice zaveden (viz kapitola 5.3), je **místy praxe na oddělení neprůkazná nebo příliš volná.** Mám na mysli podání léku předepsaného v závorce pouze s vyznačením času podání, bez záznamu o důvodu a efektu. Nebo pacientka 1 měla v dokumentaci dva předpisy injekce „při neklidu, odmítání p. o. med.“, a to Rivotril i Haloperidol, bez udání posloupnosti či priority, přičemž není jasné, podle

27 „Přístupovat k jednorázovému podávání medikace za účelem zmírnění neklidu za použití síly nebo hrozby jako k používání omezovacího prostředku a dbát o to, aby každé farmakologické omezení bylo prokazatelně schváleno lékařem (průběžně).“

28 Pacientka 2 dne 30. 1. 2017 takto klidněna na dětském oddělení, odkud pak byla přeložena na oddělení 23.

29 Srov. Zpráva CPT pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018, op. cit., bod 105.



čeho se sestra rozhodla³⁰ pro Rivotril. Znepokojující je, že používání fakultativních předpisů pro zvládnutí chování pacienta nemá na psychiatrické klinice vnitřní úpravu.

Doporučuji zavést pravidlo, že i u fakultativního předpisu, pokud se týká rychle působícího léku s tlumivými účinky, má sestra volat lékaře. Sestra by měla svůj dialog s lékařem zdokumentovat a stejně tak i projevy pacienta před podáním a po něm. Ordinance lékaře by měla být jednoznačná.

Opatření:

- 17) Při proškolení personálu dbát také na téma farmakologického omezovacího prostředku, se kterým se rovněž musí pojit obecné zásady a pojistky (průběžně).**
- 18) Zaznamenat praxi používání fakultativních předpisů rychle působících léků s tlumivými účinky do vnitřního předpisu a při tom přijmout zásady popsané v kapitole 7.3 (do 6 měsíců).**

7.4 Vnitřní předpis

Na použití omezovacích prostředků na psychiatrické klinice dopadá celonemocniční standardní ošetřovatelský postup *Bezpečná péče a ochrana pacienta – použití omezovacích prostředků*. Okolnost, kdy je pacientem dítě, není ve standardu zohledněna. Standard má úvodní část, kde je řada obecných zásad, a také odkazuje pro „podrobný návod“ na přílohy, které se liší podle typu pracoviště. Psychiatrické kliniky se týká příloha č. 5, kterou tvoří příručka *Restriktivní metody v psychiatrii – standardizace ošetřovatelské péče z roku 2004*.³¹ Pro úplnost dodávám, že je vydán také vnitřní předpis *Ošetřování agresivního pacienta*, který dopadá na situace, kdy pacient „neoprávněně“ napadá personál, a jeho obsah neobsahuje podrobnosti k poskytování péče na lůžkovém oddělení.

Musím konstatovat, že uvedený vnitřní předpis má nedokonalosti a měl by být aktualizován (i s ohledem na aktualizaci metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví v dubnu 2018). Za nedostatek považuji to, že ačkoli v úvodní části předpisu připouští, že omezovacím prostředkem jsou i léčivé prostředky, v části týkající se psychiatrické kliniky (tedy v uvedené příručce) ani dalších přílohách není k farmakologickému omezení uvedeno nic. Dále předpis uvádí, že „omezovací prostředky se používají převážně na základě písemné ordinace lékaře“, aniž by bylo uvedeno, za jakých okolností to nemusí platit. Do předpisu nejsou promítnuty změny právních předpisů [nový § 39 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách a novelizace vyhlášky o zdravotnické dokumentaci]. Není vysloveno žádné zadání pro personál, co se týká primární a sekundární prevence, tedy snahy předejít výskytu nebezpečného chování a zamezit jeho rozvoji jinými strategiemi, než jsou restriktce. Chybí pravidla pro komunikaci se zákonnými

³⁰ Dne 18. 11. 2018 dopoledne.

³¹ PETR, Tomáš a Tibor MIKLÓŠ. Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetřovatelské péče. Zpracované standardy ošetřovatelské péče. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004, 40 s.



zástupci a opatrovníky. Konečně, předpis nemá univerzální platnost, ale vztahuje se pouze na ošetrovatelský personál.

Nad rámec záběru systematické návštěvy upozorňuji na to, že „podrobný návod“ pro standardní lůžková oddělení (příloha č. 4) je nedostatečný a není k tomu přitom důvod, neboť obdobné situace jako na psychiatrii se vyskytují i na pracovištích jiných medicínských oborů a i tam musí pracovní postupy vést k respektování zásad legality, nezbytnosti a subsidiarity a kontrolovatelnosti při použití omezovacího prostředku.

Co se týká praktičnosti předpisu (například pro sdělení standardu nové sestře na psychiatrické klinice), podotýkám, že z dokumentu, který včetně relevantní přílohy má více než 30 stran, se nikdo rychle a přesně zadání a pravidla platná na daném pracovišti nedozví. Přitom nepochybně, že příručka z roku 2004, již standardní ošetrovatelský postup cituje, představuje i přes dílčí zastaralost velmi kvalitní odborný zdroj, který lze rozhodně doporučit jako literaturu ke studiu.

Vnitřní předpis má sloužit k zajištění správnosti a jednotnosti postupu zdravotníků. Představuje normu, se kterou se seznamuje nový člen týmu, měřítko plnění pracovních povinností i projev organizační kultury. Ve vztahu k pacientům a jejich blízkým by měl být důvěryhodný. Lze připomenout i standard CPT.³² Vnitřní předpis FN Brno tyto moderní parametry nenaplnuje a místy je, jak uvádím, i přímo nedostatečný. Nemocnice se při nápravě může inspirovat u jiných poskytovatelů.

Opatření:

19) Pro potřeby psychiatrické kliniky vypracovat nový vnitřní předpis o používání omezovacích prostředků, který s ohledem na místní podmínky vymezí povinnosti jednotlivých členů personálu; zahrnout do něj i zásadu subsidiarity včetně návodu, jaké alternativy k restriktivnímu zvládnutí nebezpečného chování se na klinice používají, téma farmakologického omezení a specifika v přístupu k dětem (do 6 měsíců).

20) Vypracovat nový vnitřní předpis i pro další pracoviště FN Brno (do 6 měsíců).

7.5 Zpětný rozbor situace omezení

Je známo, že pacienti někdy vnímají použití omezení jako křivdu, nebo jim v paměti vystupuje jako špatný zážitek z léčby. Při rozhovorech to vyplynulo jednou, kdy pacient,

³² Bod 1.7 revidovaného standardu z roku 2017: „Každé psychiatrické zařízení by mělo mít komplexní a důkladně rozpracovaný soubor pravidel (angl. *policy*) používání omezovacích prostředků. Je nezbytné, aby byl do vytvoření takových pravidel zapojen personál i vedení a aby pravidla měla jejich podporu. Pravidla by měla mít za cíl předcházet co nejvíce potřebě používání omezovacích prostředků a měla by jasně určovat, jaké prostředky a za jakých okolností je možné používat, jaké jsou praktické způsoby jejich uplatnění a potřebný dohled a jaká opatření je třeba učinit po ukončení omezení. Soubor pravidel by měl zahrnovat i další důležité otázky, jako jsou vzdělávání personálu, dokumentování, hlášení případů v rámci zařízení i navenek, rozhovor po ukončení omezení (angl. *debriefing*) a stížnostní mechanismus. O tomto souboru pravidel používání omezovacích prostředků by měli dostat informace také pacienti.“



který při předchozím pobytu zažil kurtování, mluvil o úzkostných snech o tomto zážitku. V individuální dokumentaci se také nachází záznam o intervenci psychologa, kterou si dítě vyžádalo po špatném zážitku s použitím úchopu (pacientka 1, 14. 11. 2018).

Jak zákon a metodické doporučení ministerstva,³³ tak i standardní ošetrovatelský postup nemocnice zdůrazňuje informování pacienta o důvodech použití omezovacího prostředku.³⁴ Z pohledu prevence špatného zacházení je důležité, aby rozhovor s pacientem o omezení neměl povahu splnění informační povinnosti, ale **terapeutického rozhovoru**, při kterém se činí krok k obnovení důvěry mezi pacientem a zdravotníky a hledají se preventivní opatření do budoucna.

„Jakmile je omezení ukončeno, je nezbytné provést s pacientem pohovor (angl. debriefing). Pro lékaře je pohovor příležitostí, kdy může vysvětlit důvody tohoto opatření, zmírnit tak psychické trauma z tohoto zážitku a obnovit vztah mezi lékařem a pacientem. Pro pacienta je příležitostí k vysvětlení, co zažíval před omezením, což může pomoci jemu i personálu lépe pochopit jeho chování. Pacient a personál se mohou společně pokusit dojít k tomu, jak by se pacient mohl lépe ovládat, a tak se snad vyhnout dalším atakám agresivity a následnému použití omezovacích prostředků.“³⁵

Je třeba usilovat o to, aby použití omezovacího prostředku děti netraumatizovalo nad míru nezbytně nutnou. Proto doporučuji zavést jako pravidlo provádění takového rozhovoru. Podotýkám, že není vždy vhodné, aby tuto komunikaci s pacientem zajistili ti pečující, kteří aplikaci indikovali a provedli (může to být pacientovi méně známý sloužící lékař nebo noční směna, pacient může být na rozhovor připraven až později). Je k tomu možné využít terapeutický pohovor s psychologem, ale není možné čekat, až si o něj dítě samo řekne.

Opatření:

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

7.6 Subsidiarita a šetrnost při zvládnání neklidu a agrese

Zásada subsidiarity je v zákoně vyjádřena pravidlem, že použití omezovacích opatření by vždy měla předcházet snaha personálu zvládnout situaci jinak.³⁶ Je dále jasné, že bez vhodného personálního, materiálně-technického a odborného zajištění péče je „nezbytné“ použít omezovací prostředek, zatímco za jiných podmínek by to nezbytné nebylo. Proto

33 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách a článek 1 odst. 5 metodického doporučení ministerstva.

34 Standardní ošetrovatelský postup *Bezpečná péče a ochrana pacienta – použití omezovacích prostředků* klade sestře za povinnost průběžně a po ukončení omezení pacienta informovat o důvodech.

35 Bod 46 Standardu CPT z roku 2006.

36 § 39 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách.



musí každý poskytovatel vytvářet podmínky pro alternativní řešení rizikových situací, aby se potřeba použít omezení co možná minimalizovala.³⁷

Šetřením bylo zjištěno, že pracovníci psychiatrické kliniky nepodstupují pravidelné vzdělávání a trénink ke zvládnutí agresivního pacienta a používání omezovacích prostředků. Minimem vzdělávání má být přítom frekvence jednou ročně.³⁸

Opatření:

- 22) Připravit program vstupního a průběžného proškolení personálu v deeskalačních technikách, nácviku postupů šetrné aplikace omezovacích prostředků a základů sebeobrany (do 6 měsíců).**

7.7 Evidence případů a vyhodnocování situace v nemocnici

Jak jsem již předeslala, a podrobněji rozebírám ve zprávě z návštěvy oddělení pro dospělé, nemocnice vede evidenci použití omezovacích prostředků, ale nelze z ní seznat, jakého pacienta se případ týkal, jak dlouho omezení trvalo a kdy bylo přerušeno a zda nastaly komplikace. Klinika tak nemá data o používání omezení vůči dětem a já jsem nemohla zhodnotit, zda je omezení skutečně krajním postupem a zda je zásadně využíváno v souladu s předpisy.

Na tomto místě pouze opakuji, že považuji za velmi důležité, aby byla evidence rozšířena (srov. doporučení č. 31 zprávy z návštěvy oddělení pro dospělé). Ve vyjádření ke zprávě z návštěvy oddělení pro dospělé nemocnice uvedla, že evidenci nerozšíří, protože povinnost podle § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách již plní. Jsem si vědoma toho, že doporučení jde nad rámec § 39 odst. 4, avšak je opřeno o mezinárodní standard prevence špatného zacházení. Nicméně na zákonné úrovni jeho naplnění nic nebrání, naopak: vychází z odpovědnosti poskytovatele za zajištění poskytování služeb souladných s právy pacienta³⁹ a odpovídá také snaze právnické osoby zprostit se odpovědnosti za trestný čin spáchaný zaměstnancem.⁴⁰ S ohledem na závažnost zásahu, jakým je použití omezení z pohledu pacienta, považuji jejich problematiku za srovnatelnou s agendou nežádoucích událostí, a tedy za neodmyslitelnou součást systému interní kontroly a řízení a agendy kvality a bezpečí.

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

38 Podle čl. 3 písm. b) metodického doporučení ministerstva.

39 Podle § 45 odst. 1 ve spojení s § 28 odst. 3 písm. a) a k) zákona o zdravotních službách.

40 Srov. § 8 odst. 2 písm. b) zákona č. 250/2016 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů. Mezi opatření podle uvedeného ustanovení se řadí opatření v oblasti řádného řízení a kontroly, včetně povinnosti k předcházení páchaní trestné činnosti v rámci právnické osoby, opatření k zajištění firemní kultury a kultury řízení. U té se zkoumá, jak je ve skutečnosti prosazována, žita, jaký tón udává vedení organizace, ale i její střední a nižší management. Dále má váhu obsah a míra respektování vnitřních předpisů, vzdělávací akce, etický kodex, nastavení kontrolních mechanismů, proces identifikace rizik. Srov. NEJVYŠŠÍ STÁTNÍ ZASTUPITELSTVÍ. Aplikace § 8 odst. 5 zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim. Průvodce novou právní úpravou pro státní zástupce. 1 SL 123/2016, verze pro veřejnost [online]. Brno: NSZ, 2016, 20 s. [cit. 25. 7. 2019]. Dostupné z: <http://www.nsz.cz/images/stories/Tiskovy/NovelaTOPO.pdf>



Podotýkám, že chápu, že nemocnice používá jiný informační systém než psychiatrické nemocnice, a generování zmíněné evidence je tak spojené s dalšími náklady.

Opatření:

- 23) Rozšířit evidenci případů použití omezovacího prostředku a pravidelně a systematicky s ní pracovat za účelem snižování počtu použití omezovacích prostředků (do 6 měsíců).**



Přehled opatření k nápravě

Do 3 měsíců

- Formulář souhlasu s hospitalizací používaný při příjmu pacientů mladších 18 let upravit tak, aby počítal s vyjádřením dítěte (opatření č. 4)
- Zpřístupnit na oddělení stížnostní pravidla, formulovaná způsobem vstřícným k dětem, a zajistit možnost podat ředitelství stížnost, jež by nemusela procházet rukama pracovníků oddělení (opatření č. 7)
- Formulovat pravidla, jež mají děti na oddělení zachovávat, a vyvěsit je pro neustálou dostupnost této informace dětem; použít při tom vyjádření přístupné dětem (opatření č. 12)

Do 6 měsíců

- Zařadit do průběžného vzdělávání ošetrovatelského personálu téma rizika šikany a postupů její primární a sekundární prevence (opatření č. 1)
- Připravit pro lékaře psychiatrické kliniky metodickou pomůcku, jak dostát všem právním nárokům při příjmu dítěte na psychiatrické oddělení (opatření č. 5)
- Vybat psychiatrickou kliniku informačním letákem o právech hospitalizovaného dítěte, formulovaným jednoduchým jazykem, leták na oddělení vyvěsit a kopie dětem nabízet (opatření č. 6)
- Zaznamenat praxi používání fakultativních předpisů rychle působících léků s tlumivými účinky do vnitřního předpisu a při tom přijmout zásady popsané v kapitole 7.3 (opatření č. 18)
- Pro potřeby psychiatrické kliniky vypracovat nový vnitřní předpis o používání omezovacích prostředků, který s ohledem na místní podmínky vymezí povinnosti jednotlivých členů personálu; zahrnout do něj i zásadu subsidiarity včetně návodu, jaké alternativy k restriktivnímu zvládnání nebezpečného chování se na klinice používají, téma farmakologického omezení a specifika v přístupu k dětem (opatření č. 19)
- Vypracovat nový vnitřní předpis i pro další pracoviště FN Brno (opatření č. 20)
- Připravit program vstupního a průběžného proškolení personálu v deeskalačních technikách, nácviku postupů šetrné aplikace omezovacích prostředků a základů sebeobrany (opatření č. 22)



	<ul style="list-style-type: none">• Rozšířit evidenci případů použití omezovacího prostředku a pravidelně a systematicky s ní pracovat za účelem snižování počtu použití omezovacích prostředků (opatření č. 23)
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Nakolik je to jen možné, zapojovat děti do procesu poskytování souhlasu s hospitalizací, a byť v individuálním případě dítě není způsobilé souhlas poskytnout, nabízet možnost podepsání formuláře (opatření č. 2)• Individuálně posuzovat, zda je dítě způsobilé poskytnout souhlas s hospitalizací, a u dětí starších 14 let v případě vážného odporování nástupu na kliniku předkládat případy ke schválení soudu (opatření č. 3)• Provádět vizity v soukromí (opatření č. 11)• Zajišťovat v nějaké míře odchozí hovory nemajetným pacientům bez vlastního mobilního telefonu (opatření č. 13)• Zajistit denní pobyt na vzduchu dětem, které nemají zdravotní kontraindikaci (opatření č. 14)• Až na výjimky děti mladší 16 let nepodrobovat jinému omezení než úchopu (opatření č. 15)• Usilovat o dohled ve formě přítomnosti u pacienta v omezení v lůžku a dostupnosti na dohled u pacienta v uzamčené místnosti (opatření č. 16)• Při proškolení personálu dbát také na téma farmakologického omezovacího prostředku, se kterým se rovněž musí pojit obecné zásady a pojistky (opatření č. 17)• Zásadně s pacientem omezení zpětně rozebrat ve smyslu popsaného debriefingu, ve vhodném čase po použití omezovacího prostředku (opatření č. 21)
Při rekonstrukci	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit při rekonstrukci, aby měly pokoje maximálně 4 lůžka, a zvážit zřízení také jednolůžkové ložnice/ložnic (opatření č. 8)• Vybavit pokoje dětí nějakým uzamykatelným úložným prostorem a zapůjčovat klíč na základě individuálního posouzení schopností dítěte (opatření č. 9)• Pořídit dveře kabin toalet, jež jsou kompletní a opatřené zámky odemykatelnými zvenčí (opatření č. 10)