



ombudsman
veřejný ochránce práv

Psychiatrická léčebna Petrohrad

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Petrohrad č. p. 1, 439 85 Petrohrad
Zřizovatel:	Ústecký kraj
Ředitel:	Ing. Ladislav Henlín
Typ zařízení:	psychiatrická nemocnice
Kapacita:	150 lůžek
Datum návštěvy:	1. až 2. dubna 2019
Datum vydání zprávy:	17. září 2019
Návštěvu provedli:	MUDr. Otilie Bartáková, Bc. Jitka Fialová, Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Miriam Rozehnalová, Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský

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



Obsah

Úvodní informace	3
Systematická návštěva a její cíl	3
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	3
Charakteristika zařízení	4
Průběh návštěvy	5
Zaměření návštěvy	5
Relevantní pravidla a předpisy	6
Shrnutí	8
Zjištění a doporučení ochránkyně	9
1. Bezpečnost v zařízení	9
2. Prostředí a režim	14
3. Soukromí	20
4. Péče	24
5. Personální zabezpečení	26
6. Používání omezovacích prostředků	28
7. Pojistky a kontrola	39
8. Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení	41
Přehled opatření k nápravě	43



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 a 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.¹ Psychiatrické nemocnice 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“).² Pracovníky jsou právníci a odborníci z oblasti lékařství a ošetrovatelství. Šetření spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucími a řadovými zaměstnanci a pacienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.³ 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 se podrobně nevěnuje oblastem, v nichž nebylo riziko špatného zacházení pozorováno. Proto může působit negativním dojmem. **Zpráva rozhodně není celkovým hodnocením poskytované péče. Prosím čtenáře, aby zprávu četli s tímto vědomím** a nepovažovali mé závěry za nedocnění náročné práce pracovníků a představitelů zařízení.

Zprávu zašlu zařízení a vyzvu je, aby se k mým zjištěním a navrženým opatřením vyjádřilo.⁴

Jsem připravena zabývat se předloženými argumenty. Navržená opatření k nápravě jsou zpravidla různá svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Při jejich

1 Špatným zacházením se rozumí jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost a dosahuje značného stupně závažnosti (samo o sobě, nebo při kumulativním účinku jednotlivých zásahů). Ve zdravotnických zařízeních může mít špatné zacházení například podobu šikany, nezajištění bezpečí, nerespektování studu a práva na soukromí, neoprávněného zásahu do fyzické a psychické integrity, nerespektování sociální autonomie a práva na spoluúčast při rozhodování o léčebném postupu.

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

3 V souladu s § 21a ve spojení s § 15 zákona o veřejném ochránci práv. Oprávnění nahlížet v nezbytném rozsahu do zdravotnické dokumentace, a to i bez souhlasu pacienta, vyplývá z § 65 odst. 2 písm. m) zákona o zdravotních službách.

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



formulaci navrhuji také termín realizace, přičemž očekávám, že zařízení jej buď respektuje, anebo odůvodněně navrhne jiný termín. Pro snazší orientaci poskytuji v závěru zprávy přehled všech doporučení.

- 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 příkládám 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 při tom je 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.⁵ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace **zveřejním anonymizovanou zprávu z návštěvy zařízení** (vyjma jmen osob pověřených vedením zařízení), včetně obdrženého vyjádření, na svých internetových stránkách⁶ a v databázi Evidence stanovisek ochránce ESO.⁷

Charakteristika zařízení

Psychiatrická léčebna Petrohrad⁸ je tvořena zámeckou budovou a přilehlým areálem s prostornou oplocenou zahradou. Mimo hlavní budovu s odděleními je v areálu bývalá sýpka, která je přestavěna na velkoryse vybavenou arteterapeutickou dílnu a přednáškový sál.

Péče je poskytována na pěti stanicích pacientům od 18 let. Celková kapacita zařízení je 150 lůžek, v době návštěvy jich bylo obsazeno 139. Lůžka jsou vedena jako lůžka následné péče, bývají však přijímáni i pacienti v akutním stavu v režimu psychiatrické detence.

Zařízení má následující lůžková oddělení: stanice muži s kapacitou 32 lůžek; stanice muži 2 s kapacitou 50 lůžek; stanice ženy s kapacitou 29 lůžek; stanice geronto-muži s kapacitou

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

6 Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: © Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 24. 4. 2019]. Dostupné z <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

7 Evidenci stanovisek ochrance (ESO) je dostupná z <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.

8 Na rozdíl od jiných zařízení nezměnila svůj název na „psychiatrickou nemocnici“.



18 lůžek; stanice geronto-ženy s kapacitou 21 lůžek. Všechna oddělení jsou umístěna v jedné budově.

V době návštěvy vykonávalo 10 pacientů na stanici muži 2 ochrannou léčbu a dalších 15 pacientů napříč všemi odděleními bylo v režimu psychiatrické detence.

Průběh návštěvy

Systematická návštěva proběhla neohlášeně ve dnech 1. až 2. 4. 2019. Zahájení spolu s předáním pověření k provedení návštěvy proběhlo bez prodlení za přítomnosti ředitele zařízení.

Návštěvy se zúčastnili právníci Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Miriam Rozehnalová a Mgr. et Mgr. Matěj Strítěský a dále externí experti MUDr. Ottilie Bartáková a Bc. Jitka Fialová (psychiatrická sestra).

V průběhu návštěvy zaměstnanci Kanceláře provedli rozhovory s ředitelem, primářkou, vrchní sestrou a dále s lékaři a ošetrovatelským personálem a s několika pacienty z každé stanice. Dále uskutečnili prohlídku všech stanic, pozorovali průběh poskytování péče, studovali otevřenou i uzavřenou zdravotnickou dokumentaci a dokumentaci nežádoucích událostí a stížností a vyžádali si související vnitřní předpisy. V rámci návštěvy proběhlo i noční šetření.

Na místě zastižený personál všech úrovní poskytl výbornou součinnost, za což děkuji.

Zaměření návštěvy

S ohledem na zákonný cíl systematických návštěv nejsou předmětem šetření veškeré důležité aspekty poskytování péče, nýbrž jen ty, které souvisejí s právním pojmem „špatné zacházení“ a jeho prevencí.⁹ 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.

9 Psychiatrické zařízení zřizované Ministerstvem zdravotnictví nebo krajem 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 opírá o výklad závazků plynoucích státu z článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb.).



Relevantní pravidla a předpisy

Základní právní rámec hospitalizace a zacházení s pacienty je stanoven v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále „zákon o zdravotních službách“).

Ve zprávě pracuji i s podzákonnou úpravou, a to zejména s:

- vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (dále jen „vyhláška o minimálním personálním standardu“),
- vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (dále jen „vyhláška o zdravotnické dokumentaci“).

Značná část formulovaných opatření se týká používání omezovacích prostředků. Zákon o zdravotních službách omezovací prostředky nedefinuje, ale v § 39 vyjmenovává prostředky (odst. 1), které lze použít k omezení volného pohybu pacienta k odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti [odst. 2 písm. a)].

Kromě dalších ustanovení zákona lze pravidla použití omezovacích prostředků nalézt v metodice Ministerstva zdravotnictví – od 20. dubna 2018 platí *Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta* (dále jen „metodické doporučení ministerstva“) ¹⁰.

Zdrojem uznávaného medicínského postupu při používání omezovacích prostředků jsou *Doporučené postupy psychiatrické péče II* ¹¹ a *Doporučené postupy psychiatrické péče III*. ¹²

Neoprávněné použití omezení může snadno dosáhnout intenzity nelidského či ponižujícího zacházení, které podléhá absolutnímu zákazu, a to podle článku 7 odst. 2 Listiny základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.) a článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb., dále jen „Úmluva“). Pravidla plynoucí z Úmluvy ¹³ lze shrnout takto:

- Použití omezovacích prostředků musí být nutné ve světle okolností a jeho účelem musí být zabránění bezprostřední nebo hrozící újmě, přičemž opatření musí být přiměřené ve vztahu k tomuto cíli. Použití omezovacích prostředků nemůže být odůvodněno tím, že se osoba brání jejich použití, a je nepřijatelné jako trest.
- Aby byl omezovací prostředek skutečně až krajní možnost, musí být před jeho použitím vyzkoušeny mírnější alternativy, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí. Z možných alternativ pak musí být zvoleno to nejmírnější omezení.

10 Metodické doporučení bylo zveřejněno v roce 2018 ve 4. čísle Věstníku Ministerstva zdravotnictví a je dostupné zde: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2018_15323_3810_11.html.

11 BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm, 2006, s. 152–162. ISBN 80-239-8501-9.

12 BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun EU, 2010, s. 213–221. ISBN 978-80-7399-984-1.

13 Ve světle rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva, především v případech Bureš proti České republice, op. cit., a M. S. proti Chorvatsku (č. 2), op. cit.



- Jakmile je osobní svoboda člověka omezena, každé použití síly, které není nezbytně nutné kvůli jeho předchozímu jednání, představuje zásah do lidské důstojnosti a je v zásadě porušením práva stanoveného v článku 3 Úmluvy. Je na zařízení, aby odůvodnilo použití omezovacích prostředků na drženou osobu, tedy existenci a rozsah nebezpečí a neúčinnost mírnějších opatření.

Mezinárodní standard prevence špatného zacházení se závazností 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 (2017, dále jen „standard CPT z roku 2017“)¹⁴ a doplňkově v 16. obecné zprávě (2006).¹⁵

14 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. 23. 7. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>.

15 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. 23. 7. 2019]. Dostupný z <https://rm.coe.int/16806ccea3>.



Shrnutí

Na základě systematické návštěvy jsem nezískala poznatky svědčící o tom, že by v zařízení docházelo ke špatnému zacházení, shledávám však prostor pro rozvoj prevence jeho výskytu.

V oblasti bezpečnosti v zařízení vnímám, že zázemí zařízení nebylo zbudováno jako budova určená k poskytování zdravotních služeb, ale jako zámek. Uvedené se projevuje mimo jiné zvýšeným množstvím zdrojů možného ohrožení pacientů, které jsou v typově obdobných zařízeních nezvyklé. Jedná se například o příkrá schodiště uvnitř stanic nebo větší množství rozbitného skla. Za významné zjištění zde považuji nízké ozdobné zábradlí na stanici muži 2. Přes zábradlí již v minulosti skočil pacient a doposud nebylo zvýšeno z důvodu památkové ochrany objektu.

Umístění zařízení v zámecké budově je i příčinou toho, že pokoje v zařízení mají velký počet lůžek a jsou často průchozí. Tím je značně limitováno soukromí pacientů, a to až do takové míry, že pokoje působí odosobněným a výrazně ústavním dojmem. Zde vybízím k postupnému snižování počtu lůžek. Na druhou stranu uznávám, že rozlehlé prostory zámeckého areálu pacientům poskytují možnost smysluplného trávení volného času, nicméně pacienti s omezenou mobilitou měli značně limitován pobyt na čerstvém vzduchu.

Za příklad dobré praxe směřující ke snižování počtu lůžek v zařízení považuji to, že zařízení samo zřídilo sociální službu chráněného bydlení. Pro dlouhodobě hospitalizované stabilizované pacienty nebo pacienty v ochranném léčení, které jiní poskytovatelé sociální služby nechtěli přijmout, vznikla možnost opustit lůžkovou zdravotní službu.

Dalšími důležitými body zprávy je nedostatečně nastavená prevence záměny pacientů a ztížená personální situace v zařízení, kdy nejsem přesvědčena o tom, že zařízení naplňuje požadavek vyplývající z vyhlášky o minimálním personálním standardu. V rámci pozorování personálu při práci byl však zaznamenán pouze slušný a vstřícný přístup, zájem o pacienty a korektní vyjadřování na jejich adresu. I ve ztížené personální situaci tak v zařízení byla pozorována velmi dobrá kultura přístupu k pacientům.

V oblasti používání omezovacích prostředků jsem od pacientů získala informace o tom, že pacienti v ojedinělých případech asistují při omezení jiného pacienta, což považuji za nepřípustné. Za velmi nevhodné také považuji používání mříží na dveřích v místnostech určených k bezpečnému pohybu.

Podporuji zařízení v úvahách o zřízení jednotky pro akutní péči, která by usnadnila dodržování standardů péče o pacienty v akutním stavu. Za stávající situace jsou tyto pacienti přijímáni na stanice muži a ženy, což jsou jinak otevřené stanice. Mám za to, že umísťování pacientů v akutním stavu na stanice, které pro péči o ně nejsou primárně určeny, vede k četnému a dlouhotrvajícímu používání místností určených k bezpečnému pohybu.



Zjištění a doporučení ochránkyně

1. Bezpečnost v zařízení

1.1 Nebezpečné prvky v prostředí stanic

Ve zprávách ze systematických návštěv se zaměřuji na bezpečnost v navštíveném zařízení, a to i proto, že v jiných psychiatrických zařízeních jsou popisovány události, kdy se například pacient oběsil na sprchové hadici nebo na klice, způsobil si vážné popáleniny, nebo podpálil vybavení pokoje. Mám tak za to, že ostatní psychiatrická zařízení by na tyto situace měla reagovat a prostředí vhodným způsobem upravovat. Zároveň však musí být respektován požadavek na poskytování psychiatrické péče v co možná nejméně omezujícím prostředí. **Mé zprávy tak nemají být vnímány jako pobízení k větší restriktivnosti prostředí psychiatrických nemocnic, ale jako povzbuzení k odstraňování těch zdrojů rizika, které pacientům nepřinášejí žádný užitek.**

V zařízení je množství prvků, které lze vnímat jako zdroje ohrožení pacientů. Jedná se například o výplně z rozbitného skla, skříně s prosklenými dveřmi či příkrá schodiště uvnitř stanic. Na druhou stranu jsem přesvědčena, že důsledné odstranění všech rizikových prvků by mohlo vést ke vzniku sterilního prostředí, které by výrazněji vyvolávalo úzkost některých pacientů.



Obrázek 1: Schodiště na stanici muži 2



Obrázek 2: Pohrabáč u krbu na stanici muži

Zařízení musí přijímat kroky k zajištění takových podmínek, které realizaci rizika ohrožení pacienta minimalizují. Prostředí, v němž je osoba držena, musí být přiměřené jejímu zdravotnímu stavu, pokud tomu tak není, může to být vnímáno jako absence respektu k potřebám člověka. V praxi to znamená, že například nepovažuji za správné umísťování



pacientů s akutním rizikem sebevraždného chování v prostředí, kde si mohou snadno ublížit.¹⁶

S ohledem na to, že pozorování rizikových prvků se do značné míry týká stanic, které jsou po většinu času v otevřeném režimu, tak neformuluji opatření směřující k odstranění zdrojů rizika. Zdroje rizika, i když by byly odstraněny ze stanice, by tak pacientům byly stále dostupné mimo ni. Spíše je vhodné přestat do tohoto prostředí umísťovat pacienty, pro které je to rizikové (pacienty suicidální, s problémy s rovnováhou při pohybu apod.). U některých zdrojů rizika mám ale za to, že jejich odstranění by nijak nesnížilo komfort pacientů a naopak by přispělo k jejich bezpečnosti; jedná se například o pohrabáč u krbu na stanici muži.

Vyzývám zařízení, aby průběžně vyhodnocovalo, zda se na odděleních nenacházejí prvky, které pro pacienty představují riziko a nijak nezvyšují komfort jejich pobytu, a takové prvky odstraňovalo.

Za pozitivní praxi v zařízení, která přispívá k bezpečí pacientů, považuji signalizační tlačítko umožňující přivolat si pomoc na každé toaletě a sprchovém koutě a použití protiskluzového nátěru na podlaze v koupelnách.

1.2 Historické zábradlí schodiště je velmi nízké

Budova zámku Petrohrad je na seznamu kulturních památek České republiky. Změny se tedy podle vyjádření vedení zařízení musejí konzultovat s orgánem památkové péče. Uvedené se projevilo jako komplikace ohrožující pacienty ve vztahu k nežádoucí události č. 2017/00126, ze dne 21. 12. 2017, kdy si pacient způsobil zranění tím, že skočil přes

16 Uvedený projev nezohlednění potřeb člověka může představovat až porušení povinnosti ochránit život pacienta, což je závazek plynoucí státu z Úmluvy. Viz rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Fernandes de Oliveira proti Portugalsku, stížnost č. 78103/14, rozsudek ze dne 31. 1. 2019, odst. 124.



zábradlí vnitřního schodiště na stanici muži 2, a to z výšky více než 5 metrů. Jako následné opatření bylo formulováno zvýšení zábradlí.

V době návštěvy bylo zábradlí stále ve stejném stavu jako v době nežádoucí události. Výška zábradlí nedosahuje pasu, a je tak velmi snadné ho překonat či přes něj přepadnout i neúmyslně.



Obrázek 3: Zábradlí u schodiště na stanici muži 2

Ředitel zdůvodnil ponechání zábradlí ve stejné výšce právě nesouhlasem orgánu památkové péče. Jestliže má zařízení za to, že stávající stav zábradlí představuje riziko pro zdraví (a život) pacientů, mělo by ve spolupráci s orgánem památkové péče hledat řešení, které bude respektovat jak památkovou, tak zdravotnickou povahu zařízení.

Opatření:

- 1) Kontaktovat příslušný orgán památkové péče za účelem nalezení takového řešení zábradlí u schodiště na stanici muži 2, které bude respektovat jak památkovou, tak zdravotnickou povahu zařízení (bezodkladně).**

1.3 Absence prostředí vhodného pro pacienty v akutním stavu

Ačkoliv je léčebna zařízením následné péče, tak poskytuje péči i pacientům, kteří jsou přijímáni bez svého souhlasu podle § 38 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách, nebo je nutné vůči nim používat omezovací prostředky, protože představují bezprostřední a závažné ohrožení pro sebe nebo své okolí, a vyžadují tak intenzivní péči. Omezovací prostředky jsou používány na všech odděleních – na každém je buď síťové lůžko, nebo prostory využívané jako místnost určená k bezpečnému pohybu.¹⁷

Ředitel zmiňoval záměr zřídit psychiatrickou jednotku s menším počtem lůžek, kde by byla poskytována péče pacientům v akutním stavu. Tento záměr považuji za vhodný, protože umísťování pacientů v akutním stavu na oddělení, které je určeno pro následnou péči

¹⁷ Ve smyslu omezovacího prostředku podle § 39 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách.



a obsahuje výše popsané rizikové prvky, vede podle mého hodnocení k dlouhotrvajícímu používání omezení na příjmových odděleních (viz kapitola 6.3.2 zprávy).

Opatření:

- 2) Nepřijímat pacienty v takovém zdravotním stavu, který v kombinaci rizikovými prvky v prostředí oddělení představuje již nepřiměřené riziko (průběžně).**

1.4 Pepřový sprej

Možnost použít pepřový sprej vůči pacientovi nezakotvuje žádný právní předpis. **Zdravotníci tak mohou pepřový sprej použít pouze v situacích krajní nouze nebo nutné obrany, tak jako kdokoli jiný.** Z judikatury Evropského soudu pro lidská práva¹⁸ vyplývá, že pepřový sprej v žádném případě nelze využívat jako nástroj k vynucení si kooperace pacienta nebo k jeho trestání. Soud se také staví kriticky k používání spreje v uzavřených prostorách. CPT¹⁹ připouští použití pepřového spreje na místech zbavení svobody jen naprosto výjimečně, a to pouze v otevřených prostorech, a především při dodržení přísných pravidel, včetně zajištění ošetření zasaženého člověka.

Pepřový sprej byl zjištěn na sesterně stanice muži a personál sdělil, že není využíván. Druhý den návštěvy byl na stanici muži bez svého souhlasu přijímán pacient, který byl umístěn do místnosti určené k bezpečnému pohybu. Zdravotníci přijímající pacienta měli pepřový sprej u sebe, nebyl ale použit. Ze záznamů, které zařízení poskytlo, ani sdělení pacientů, nevyplývá, že by pepřový sprej byl využíván.

Ze zjištění dovozují, že nešlo o soukromý sprej, ale předmět poskytnutý – a hlavně zdravotníky chápaný jako sloužící – pro použití při výkonu práce. Přitom ale pepřový sprej není zahrnut do vnitřních předpisů.

Není přípustné, aby tento prostředek, způsobující při použití značné utrpení a potenciálně bez náležitého ošetření i zdravotní komplikace, byl v léčebně v jakémsi vzduchoprázdnu a k použití podle intuice toho kterého pracovníka. Především je třeba připomenout zásadu, že poskytovatel má vytvářet takové podmínky, které umožní zvládání agrese za použití terapeutických nástrojů a bez nutnosti použití obranných prostředků, jako je pepřový sprej. Pokud jsou situačně podmínky poskytování péče nějak nepříznivé a pro bezpečí pracovníků se jeví být nezbytné vybavit je tímto prostředkem, pak musí být k jeho použití jasná a psaná pravidla a stanoven postup zajištění první pomoci zasaženému člověku.

Opatření:

- 3) Buď zajistit, aby se pepřový sprej v zařízení nepoužíval, nebo vnitřním předpisem stanovit pravidla pro jeho použití ve smyslu zásad uvedených v kapitole 1.4 (do 3 měsíců).**

18 Viz např. rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Tali proti Estonsku, stížnost č. 66393/10, rozsudek ze dne 13. 2. 2014.

19 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro polskou vládu o návštěvě Polska provedené v roce 2009. CPT/Inf (2011) 20 [online]. Štrasburk: CPT, 2011 [cit. 12. 7. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168069791c>, bod 77.



Nevybízím k okamžitému odstranění pepřového spreje. Apeluji však na vedení zařízení, aby se zaměřilo na pocit ohrožení u zaměstnanců, za jehož projev přítomnost pepřového spreje považuji.

1.5 Konflikty mezi pacienty

Napadení v prostředí, kam se pacient uchýlil pro pomoc, nebo je v něm držen proti své vůli, může snadno vyvolat intenzivní pocit ohrožení. Zařízení proto musí aktivně předcházet konfliktům mezi pacienty a poskytovat podporu případným obětem.

V rozhovorech při systematické návštěvě pacienti neuváděli strach z násilí ze strany dalších pacientů. Nicméně konflikty provázené i násilím nejsou vzácné. Mezi nežádoucími událostmi za rok 2018 je uvedeno 14 událostí, týkajících se mezipacientského násilí, z toho se šest týkalo stanice muži 2, tři se týkaly stanice muži, dvě se týkaly stanice ženy, dvě se týkaly stanice geronto-muži, a jedna se týkala stanice geronto-ženy. Pacient č. 1, který se později v zařízení oběsil na topení, figuruje u dvou případů mezipacientského násilí, a to jednou v pozici napadeného a podruhé v pozici svědka.

V zařízení nebyl v době návštěvy zaveden interní postup k řešení mezipacientského násilí. Ze zápisů o nežádoucích událostech není zřejmé, jakou podporu zařízení poskytlo napadenému pacientovi. Mám za to, že je namístě napadenému pacientovi aktivně nabízet například rozhovor s psychologem.

Opatření:

4) Při řešení napadení nabízet podporu napadenému pacientovi (průběžně).

1.6 Možnost záměny pacientů

Pacienti nemají žádné identifikační prvky. Pouze pokud s tím pacient souhlasí, je pořízena jeho fotografie, která je uložena ve zdravotnické dokumentaci. Na stanici geronto-muži u několika pacientů fotografie chyběla; údajně měl být fotoaparát rozbítý.

Personál uváděl, že si pacienty pamatuje. V zařízení ale dochází k situacím, kdy zdravotníci slouží i na jiných stanicích, než kde působí běžně, a i v takové situaci je identita pacienta zjišťována dotazem na jméno. O tom, že tento systém může selhat, svědčí například nežádoucí událost č. 2018/00104, ze dne 19. 11. 2018, kdy byly pacientce podány léky určené pro jinou pacientku.

Upozorňuji na metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví *Zavedení identifikace pacientů hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních poskytujících sociální služby*,²⁰ jež bylo vydáno právě v souvislosti se zjištěným významem identifikačních systémů v lůžkových zdravotnických zařízeních. Uvedené doporučení navrhuje k identifikaci pacientů používání identifikačních náramků. Za důležitou považuji metodickým doporučením zmiňovanou možnost pacienta náramek odmítnout. Jinou možností je důsledné pořizování fotografií zařazených do zdravotnické dokumentace.

20 Metodické doporučení bylo zveřejněno v roce 2010 v 1. čísle Věstníku Ministerstva zdravotnictví a je dostupné zde: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3702_1770_11.html.



Opatření:

5) Přijmout opatření k minimalizaci rizika záměny pacientů (bezodkladně).

2. Prostředí²¹ a režim

Pacienti mají právo na pobyt v co nejméně omezujícím²² a zároveň bezpečném prostředí, které bude umožňovat důstojný pobyt.²³ Nejdříve popíšu témata, která jsou specifická pro jednotlivé stanice, dále se v textu zaměřuji na témata spojená s režimem v zařízení, která jsou všem stanicím společná.

2.1 Stanice muži

Kapacita stanice je 32 lůžek, v době návštěvy byla všechna obsazena. Lůžka jsou rozdělena do 4 neprůchozích pokojů s kapacitou 9, 8, 8 a 7 lůžek. Na stanici je místnost určená k bezpečnému pohybu, kde je na zemi matrace, jež není počítána do stavu lůžek.

Do pokoje s 9 lůžky, jenž je nejbližší sesterně a je snímán kamerou, jsou umísťováni pacienti ve více akutním stavu. Rozměry pokoje jsou 7,50 x 6,25 m, což vychází na 5,2 m² na pacienta. Obdobné množství prostoru mají na pokojích i pacienti jiných oddělení. Na pokojích jsou kromě lůžek uzamykatelné noční stolky a výzdoba v podobě obrazů a pokojových rostlin.

Dále se na stanici nachází společenská místnost s televizí a průchodem na terasu.

Stanice má otevřený režim, uzamyká se od 22:00 hod. do 7:00 hod., což je doba nočního klidu, nebo v situaci, kdy je přijat pacient, jehož hospitalizace vyžaduje uzavřený režim oddělení.

2.2 Stanice muži 2

Kapacita stanice je 50 lůžek, v době návštěvy jich bylo obsazeno 46. Lůžka jsou rozdělena do 10 pokojů s kapacitou 4, 2, 3, 6, 3, 6, 8, 7, 5 a 3 lůžka, což představuje 47 lůžek. V pokoji č. 2, kde jsou dvě běžná lůžka a síťové lůžko, jsou příčkami vytvořeny dva menší prostory s posuvnou mříží na vstupu a mřížovým stropem. V každém je 1 matrace. Jeden tento prostor je využíván jako místnost určená k bezpečnému pohybu.²⁴ Na pokoji č. 2 tak může být uloženo až 5 pacientů, ačkoliv jsou zde pouze 2 běžná lůžka.

21 Velká holandská studie doložila vliv prostředí na psychiatrickém oddělení na četnost používání izolace. Riziko izolace zvyšovala mj. přítomnost speciálních bezpečnostních opatření (zámky a alarmy na dveřích a druh komunikačního zařízení pacient-personál) a velké množství pacientů v budově. Znaky, které riziko snižovaly, byly soukromý prostor pacienta, vyšší míra komfortu a větší přehlednost oddělení. Soukromý prostor je významný tím, že nabízí pacientům možnost kontroly, pocit něčeho vlastního, identitu a důstojnost a možnost řídit své sociální interakce. Naopak nedostatek komfortu a možnosti mít pod kontrolou své prostředí může vést k tísní a bezmocnosti. SCHAAF, van der P. S. et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use or seclusion. The British Journal of Psychiatry. Feb 2013, 202 (2), s. 142–149, také [online, cit. 25. 7. 2019], dostupné z <http://bjp.rcpsych.org/content/202/2/142.full-text.pdf+html>.

22 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách.

23 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách.

24 Ve smyslu omezovacího prostředku podle § 39 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách.

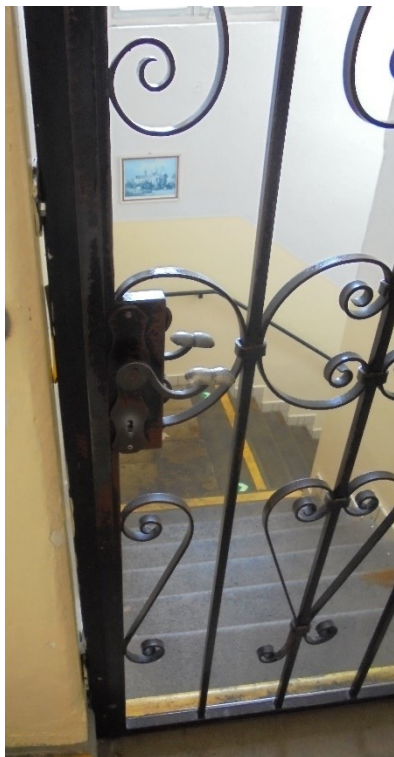


Nezískala jsem informaci, zda je do kapacity 50 lůžek počítáno síťové lůžko, nebo matrace v prostorech za mříží, nebo zda by v případě přijetí 48. pacienta a dalších pacientů byla na některé pokoje doplněna standardní lůžka.

Opatření:

- 6) Zajistit, aby síťové lůžko ani lůžko/matrace v místnosti určené k bezpečnému pohybu nebylo počítáno do kapacity oddělení (bezodkladně).**

Prostorově se stanice muži 2 rozkládá na dvou patrech, což ji činí méně přehlednou. Na schodech mezi prvním a druhým patrem je umístěna mříž, která je odemkávána pouze na požádání, zázemí personálu je v místnosti u mříže v druhém patře. Mříž je ozdobná a v podmínkách zámeckých prostor působí méně institucionálně, než by působily například dveře s průhledem. Ačkoliv jsem jinak kritická vůči jakémukoliv používání mříží ve zdravotnických zařízeních, neformuluji tak doporučení k jejímu odstranění.



Obrázek 4: Mříž na stanici muži 2



Obrázek 5: Mříž na stanici muži 2

Několik pokojů na stanici muži 2 je průchozích. Pokoje pacientům neskýtají téměř žádné soukromí. Na pokojích nejsou k dispozici uzamykatelné skříňky. Na oddělení je však velká šatna s uzamykatelnou skříňkou pro každého pacienta, nicméně ta je neomezeně dostupná pouze pacientům ubytovaným pod mříží.

Toalety jsou na obou patrech. Na toaletě v patře v průběhu návštěvy intenzivně zapáchala moč. Na druhém patře je umývárna s 8 umyvadly. Koupelny jsou na obou patrech. Celkově



mají pacienti k dispozici 4 sprchy. Na sociálním zařízení u pokojů v patře je velmi hlučný větrák, který v noci musí rušit pacienty, a měl by být tedy vyměněn.

Na stanici je klubovna pro pacienty v tzv. distanční skupině, kteří nemohou samostatně opouštět stanici, a balkón, jenž pacientům slouží jako kužárna. Na chodbě v prvním patře jsou k dispozici stoly a sedačky.

Režim stanice se liší podle toho, kde je pacient ubytován. Pro pacienty, kteří jsou ubytováni v patře nad mříží, je režim uzavřený, protože oddělení mohou opustit, jen pokud jim personál otevře mříž, zatímco pacienti ubytovaní v patře pod mříží (pokoje 8, 9, 10) mohou oddělení opustit kdykoliv mimo dobu nočního klidu. Umístění pacientů odpovídá tomu, jakou míru dohledu potřebují. Nad mříží jsou ubytováni pacienti, kteří jsou v distančním dohledu.

2.3 Stanice ženy

Kapacita stanice je 29 lůžek, v době návštěvy jich bylo obsazeno 27. Lůžka jsou rozdělena do 5 pokojů s kapacitou 1, 5, 8, 5 a 10 lůžek. Na pokoji č. 1 je kromě běžného lůžka i síťové lůžko, jež není počítáno do stavu. Pokoj je vybaven posuvnou mříží, jež může zevnitř tvořit bariéru před vstupními dveřmi. Pokoj č. 1 je někdy využíván jako místnost určená k bezpečnému pohybu. Na rozdíl od ostatních místností, využívaných v léčebně k tomuto účelu, má tato místnost okno, jež je kryto mříží. Na stanici je klubovna se zámeckým vybavením. Jedná se například o dvě prosklené skříně s porcelánem a dlouhé záclony.



Obrázek 6: Společenské prostory stanice ženy



Obrázek 7: Společenské prostory stanice ženy

2.4 Stanice geronto-ženy

Kapacita této uzavřené stanice je 21 lůžek, v době návštěvy jich bylo obsazeno 18. Lůžka jsou rozdělena do 3 pokojů s kapacitou 6, 7 a 8 lůžek. Na pokoji č. 1 je umístěno síťové lůžko, které není zahrnuto do stavu lůžek. Na pokojích jsou jen lůžka a noční stolky. Pokoje jsou vymalovány v barevném tónu, čisté, s několika obrazy. Všechny pokoje jsou snímány kamerami.



Pokoje jsou průchozí. Například sprcha na oddělení je dostupná pouze přes pokoj č. 1, dveřmi vedle síťového lůžka. Pacientky z pokojů č. 3 musejí na toaletu procházet přes pokoj č. 2.

Z oddělení není přímý výstup na vzduch. Nejblíže je terasa s nechráněnými venkovními schodišti přístupná z jedné z ložnic vedlejší stanice ženy. Jinak musí pacientka (s doprovodem) projít přes polovinu patra zámku k výtahu ven.

2.5 Stanice geronto-muži

Kapacita této uzavřené stanice je 18 lůžek, v době návštěvy jich bylo obsazeno 17. Lůžka jsou rozdělena do 3 pokojů s kapacitou 5, 6 a 7 lůžek. Na stanici je místnost, ve které je síťové lůžko a za posuvnou mříží prostor určený k bezpečnému pohybu. Lůžko ani matrace na zemi za mříží nejsou počítány do stavu lůžek. Všechny pokoje jsou snímány kamerami vybavenými nočním viděním. Na stanici je denní místnost s křesly a televizí, kde pacienti tráví většinu dne a stolují zde. Z této místnosti je přímý přístup na nádvoří.

Na stanici jsou umísťováni i pacienti s výrazně ztíženou mobilitou. Mám za to, že těmto pacientům by mělo být umožněno přivolat si pomoc například zmáčknutím tlačítka signalizace. Za stávající situace, pokud pacient (zejména v noci) potřebuje pomoc personálu, musí křičet nebo jinak ukazovat, že něco potřebuje, a je odkázán na to, jestli je jeho volání slyšet a gestikulování vidět na kameru, nebo je zrovna čas pravidelné obchůzky noční služby.

Opatření:

- 7) Zajistit pacientům se sníženou mobilitou možnost přivolat si pomoc jinak než křikem (do 3 měsíců).**

Stanice se na rozdíl od ostatních nachází v přízemí zámecké budovy. Na místnosti, kde jsou umístěny omezovací prostředky, je zřejmé, že se nejedná o místnost, která byla původně plánována k pobytu. Je pod úrovní terénu a vede do ní jen malé hluboké okno, které navíc bylo plné nečistot. Stěny místnosti byly poškozeny vlhkostí. Místnost je až na konci stanice, oddělena dvěma dveřmi od obytného prostoru stanice, člověk je tak v ponurém prostoru doslova izolován od ostatních. Pacient umístěný v síťovém lůžku nemá na rozdíl do pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu možnost využít signalizační tlačítko k přivolání pomoci.

Umísťování člověka do takovýchto prostor považuji za nedůstojné. Pokud nelze omezování pacientů v síťovém lůžku a místnosti určené k bezpečnému pohybu na stanici geronto-muži provádět jinde, tak stávající místnost je nutné vymalovat a vyčistit okno do ní.



Obrázek 8: Místnost na stanici geronto-muži, kde jsou omezováni pacienti

Opatření:

- 8) **Minimalizovat opuštěnost pacienta v odlehlé místnosti pro omezení nepřetržitou přítomností zdravotníka u omezeného pacienta (průběžně).**

2.6 Režim a vnitřní řád

2.6.1 Domácí řád

Zařízení má vypracován interní dokument nazvaný *Domácí řád*, který upravuje postavení pacienta v průběhu hospitalizace. V průběhu návštěvy byl tento dokument pozorován na odděleních a byl pacientům dostupný formou tištěného letáku. To oceňuji a jako další krok ke zvyšování obeznámenosti pacientů s jejich právy a povinnostmi **navrhuji vypracování zjednodušené verze Domácího řádu ve snadno čitelném formátu pro ty z pacientů, pro něž je obtížné porozumět delšímu textu.**

V zařízení byla na několika místech vyvěšena zarámovaná lehce odlišná verze *Domácího řádu*. Lišila se například doba nočního klidu a byla přesně stanovena doporučená doba návštěv. **Navrhuji informace sjednotit, případně výslovně uvést, že na některých stanicích platí odlišná pravidla.**

2.6.2 Dohled nad pacienty

V zařízení je vypracován vnitřní předpis *Observace nad pacienty*, který upravuje 4 stupně dohledu, a to všeobecný dohled, zvýšený dohled, distanční dohled a kontaktní dohled. Uvedený vnitřní předpis stanoví intervaly zápisů do zdravotnické dokumentace a intervaly, v nichž musí být pacient vizuálně kontrolován. Dohled nad pacienty v omezení stanoví specificky vnitřní předpis *Používání omezovacích prostředků*.

2.6.3 Uzamykání oddělení

Stanice muži 1 a stanice ženy mají otevřený režim, pokud není na oddělení přijat pacient, jehož zdravotní stav vyžaduje, aby byla stanice uzamčena. V takovém případě mohou ti z pacientů, jejichž zdravotní stav to umožňuje, stanici opouštět, pouze pokud dveře otevře zdravotník.



Za zdroj zátěže pro personál považuji nutnost manuálně otevírat dveře každému pacientovi vstupujícímu na stanici a na uzavřených stanicích i pacientům, kteří stanici opouští. Personál aktuálně nemá možnost komunikovat s osobou u dveří (například videotelefonem) a dveře otevřít dálkově. V průběhu návštěvy byla sledována situace, kdy sestra odcházela otevírat vstupní dveře, zatímco zůstala sesterna otevřena. Takto by mohlo dojít k odcizení a zneužití léků uložených v sesterně. **Navrhuji zvážit možnost dálkového otevírání dveří.**

2.6.4 Vlastní oděv

Vlastní oblečení je důležitým znakem osobní identity, proto jeho ponechání považuji za standard. Odejmutí osobního oblečení lze odůvodnit pouze rozhodnutím pacienta, případně nutností dodržení hygieny na oddělení, nebo ohrožením léčebného procesu.

Domácí řád v části *Přijetí do léčebny* uvádí možnost mít u sebe civilní oblečení. Na stanici geronto-muži a stanici geronto-ženy pacienti nosí erární oblečení. Na stanici geronto-muži se jedná o téměř uniformní oblečení. Na stanici geronto-ženy je oblečení pestřejší a jedna z pacientek má oblečení vlastní.

Erární oblečení pacientů bylo zdůvodňováno na gerontologických stanicích obavou, že by jiní pacienti pacientovi poškodili oblečení. Rozhodnutí, zda pacient bude riskovat poškození svého oblečení, by mělo náležet jemu, případně jeho opatrovníkovi, pokud je není schopen učinit pacient sám.

Ve vztahu k civilnímu oblečení jsem zjistila situaci pacientky č. 2, v jejíž zdravotnické dokumentaci je uvedeno „*odmítá se převléci do erárního pyžama, má na sobě na TI civilní oblečení, což je v rozporu s režimem stanice*“.²⁵ Z *Domácího řádu* ani z dalších materiálů, které jsem měla k dispozici, takové pravidlo nevyplývá. Záznamy o oblečení v podobném duchu jsou v její dokumentaci i v dalších dnech, kdy už nebyla omezena, ale nadále ubytována na daném pokoji č. 1, a stále musela nosit pyžamo. V případě dané pacientky záznamy neuváděly nebezpečné chování ve vztahu k oblečení, nýbrž nechť odložit vlastní oblečení a stupňování napětí kvůli tomu. Jeví se mi to jako zbytečná restriktivnost, navíc nasvědčující na zažité zvyklosti na daném oddělení.

Za standard považuji, že i v průběhu pobytu v místnosti určené k bezpečnému pohybu pacient může mít osobní oblečení, pokud to pro něj nepředstavuje riziko, což musí vyplývat z individuálního posouzení stavu pacienta, a nikoliv z režimu oddělení. Co se týká nošení pyžama přes den (například v průběhu pobytu v ložnici č. 1), upozorňuji, že pokud není indikován pobyt na lůžku, snižuje to důstojnost pacienta.

Opatření:

- 9) **Neodebírat pacientům osobní oblečení, pokud si to výslovně nepřejí, nebo pokud to není nutné k zajištění hygieny na oddělení či léčebného postupu (průběžně).**

Ve vnitřním předpisu *Observace pacientů* je uvedeno, že pacienti ve stupni dohledu všeobecný dohled a zvýšený dohled mohou mít civilní oděv, pro pacienty ve stupni dohledu distanční dohled a kontaktní dohled není stanoveno, že by civilní oděv mít nemohli. Pokud

²⁵ Záznam sestry ze dne 13. 9. 2018 v 8.14.



by vnitřní předpis měl být vykládán tak, že vlastní oděv nesmějí mít pacienti v intenzivnějším stupni dohledu, nepovažovala bych to za správné.

2.6.5 Noční klid

V celém zařízení je jednotně stanoven noční klid od 22:00 hod. do 7:00 hod. Na stanici geronto-muži jsou však někteří pacienti ukládáni ke spánku již v 17:00 hod., v lůžku tak denně tyto pacienti tráví více než 14 hodin. Zde považuji za důležité zjišťovat, co si pacienti přejí, zda jim vyhovuje trávit tolik času denně v lůžku, nebo by preferovali více času trávit například v denní místnosti.

3. Soukromí

Nedostatečný pocit soukromí se snadno stane zdrojem frustrace. Zaměřuji se proto i na úroveň soukromí v zařízení.

3.1.1 Pokoje s velkým počtem lůžek a minimem soukromí

Ubytovací komfort v mnohalůžkových pokojích je daleko za přijatelným standardem, slovy výboru CPT „je ubytování v takových prostorách stěží slučitelné se standardy moderní psychiatrie“.²⁶ Přitom nejde o podlahovou plochu připadající na jedno lůžko, ostatně některé vícelůžkové pokoje jsou relativně prostorné. Velkokapacitní ložnice jsou problematické, protože v nich pacienti nemají soukromí a jsou rušeni či rozčilováni druhými. Nedostatek soukromého prostoru a související nemožnost řídit své sociální interakce mimo jiné zvyšuje četnost použití omezovacích opatření a může působit z hlediska léčebného procesu kontraproduktivně. Navíc odpovídající rozmístění pacientů na základě individuálního posouzení rizika a potřeb se při takovém ubytování stává téměř nemožným. Duševní 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.

Tabulka 1: Kapacita všech pokojů dle stanic²⁷

	Stanice muži				Stanice muži 2										Stanice ženy					Stan. ger.ž.			Stan. ger. m.		
č. pokoje	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3
kapacita	9	8	8	7	4	2	3	6	3	6	8	7	5	3	1	5	8	5	10	5	6	7	6	7	8

²⁶ Standard CPT z roku 1998, bod 36.

²⁷ Vzájemně průchozí pokoje jsou v tabulce společně tučně ohraničeny.



Celkově je v zařízení 25 pokojů se 147 lůžky, což znamená, že v průměru na jeden pokoj připadá 5,9 lůžka. Nejvíce je na pokoji 10 lůžek. Pacienti tak v zařízení mají minimum soukromí, což se v průběhu návštěvy projevilo i tím, že někteří si v noci dobrovolně chodili lehnout do otevřeného síťového lůžka nebo místnosti určené k bezpečnému pohybu, anebo na křesla sražená k sobě umístěná na chodbě.

Pokoje jsou navíc takřka bez osobních věcí pacientů. Fakticky často nelze poznat, zda je v pokoji vůbec někdo ubytován. Všechna lůžka v zařízení působí stejně a pacienti nemají prostor, kde bydlí, individualizován. Uvedené považuji za závažné zejména proto, že pacienti tráví v takovémto anonymním prostředí i řadu let.



Obrázek 9: Ložnice na stanici geronto-ženy



Obrázek 10: Ložnice na stanici ženy



Obrázek 11: Ložnice na stanici muži 2



Obrázek 12: Ložnice na stanici geronto-muži

Zejména pro pacienty gerontopsychiatrických stanic musí být velmi složité rozpoznat, které lůžko jim patří. Doporučuji proto pacienty podporovat v individualizaci svého prostoru, může se jednat například o obrázky rodiny, nebo o předměty (třeba hodiny), na které byli zvyklí doma.



Za vhodné považuji snížit kapacitu pokojů na maximálně 4 lůžka²⁸ a zároveň zřídit několik jedno či dvojlůžkových ložnic pro ty z pacientů, kteří potřebují ještě větší úroveň soukromí.

Opatření:

- 10) Postupně snižovat počet lůžek na pokojích na maximálně 4 lůžka na jeden pokoj (průběžně).**
- 11) Na každé stanici zřídit alespoň dvě jedno či dvojlůžkové ložnice (do 1 roku).**
- 12) Vytvářet podmínky umožňující pacientům individualizovat si svůj prostor a lůžko (průběžně).**

Oceňuji, že zařízení je aktivní ve snaze postupně snižovat kapacitu, je zapojeno do deinstitutionalizace v kraji a samo zřídilo sociální službu chráněného bydlení (s kapacitou 4 lůžka). Pro dlouhodobě hospitalizované stabilizované pacienty nebo pacienty v ochranném léčení, které jiní poskytovatelé sociální služby nechtěli přijmout, tím vznikla možnost opustit zdravotní služby.

3.1.2 Možnost uložit si osobní věci

Za standard považuji, aby pacient měl možnost si věci uzamknout a sám nakládat s klíčkem k zámku. Klíč nemusí být pacientovi vydán na základě individuálního posouzení rizika, které by bylo s vydáním klíče spojeno.

Ke každému lůžku v zařízení přiléhá noční stolek. Na stanicích muži a ženy jsou noční stolky vybaveny zámek, což považuji za standard, který by měl být naplněn na všech stanicích. Dále každá stanice disponuje šatnou. Pacienti z gerontopsychiatrických stanic nemají do šatny volný přístup, věci jim spravují sestry.

Opatření:

- 13) Těm pacientům, jejichž zdravotní stav to nevylučuje, umožnit uložit si věci v uzamykatelném nepřetržitě dostupném prostoru a poskytnout jim od něj klíč (do 6 měsíců).**

3.1.3 Soukromí na toaletách a ve sprchách

Úroveň soukromí na toaletách a ve sprchách se liší mezi jednotlivými stanicemi. Na stanicích muži mají pacienti možnost se v kabině WC zamknout, přičemž personál má možnost kabinku odemknout zvenku, což považuji za správnou praxi. Naopak na stanicích ženy pacientky možnost uzamknout se na toaletě nemají, přičemž chybí předsíňka, takže se z chodby vstupuje přímo do intimního prostoru. Na stanicích muži 2 také nelze kabinky uzamknout.

Opatření:

- 14) Vybavit toalety zámky, které personál v případě potřeby může otevřít zvenčí (do 6 měsíců).**

²⁸ Číslo, jež v doporučeních používá výbor CPT.



Na toaletách na žádném oddělení nebyl toaletní papír. Zejména na gerontopsychiatrických odděleních to může představovat problém – pacient snadno může zapomenout před odchodem na toaletu si toaletní papír vyzvednout. **Toalety by měly být vybaveny dávkovači toaletního papíru.**

Co se týká dostupnosti sprch, nezjistila jsem, že by byly otevřeny pouze po omezený časový interval. Možnost sprchovat se v pacientem zvolený čas považuji za správnou praxi zajišťující větší úroveň soukromí. U níže uvedených stanic pak mám za to, že je třeba učinit další kroky k zajištění toho, aby pacient při sprchování nebyl vystaven pohledům dalších.

Na stanici muži nejsou u sprchových koutů závěsy, jeden ze sprchových koutů je alespoň částečně kryt stěnou. Zde navrhuji pořízení závěsů.

Na stanici ženy se do koupelny vstupuje přímo z hlavní chodby, bez předsíňky. Pacientky nemají možnost se ve sprše uzamknout. Běžně tak dochází k situacím, kdy v průběhu sprchování do koupelny omylem vstoupí další pacientka. Zde navrhuji vybavení dveří koupelny zámkem, který v případě potřeby může personál otevřít.

Na stanici geronto-muži pacient popisoval situaci, kdy se dva pacienti (často s podporou) sprchují a třetí se na koupání chystá, přičemž všichni tři na sebe vidí. Mám za to, že soukromí by zajistila plenta/zástěna rozdělující prostor koupelny.

Opatření:

15) Zajistit větší úroveň soukromí pacientů ve sprchách (do 6 měsíců).

3.1.4 Kamery

Obecně považuji za nepřípustné použití kamer v běžných ložnicích, toaletách, sprchách a společenských prostorech. Dohled kamerami vždy představuje velký zásah do soukromí člověka, který je takto sledován. Musí se tak zvažovat, zda je tento zásah do soukromí vyvážen zvýšením bezpečnosti, jež kamerový systém představuje.

V zařízení jsou používány kamery bez záznamu. Snímají místnosti určené k bezpečnému pohybu, na gerontopsychiatrických stanicích všechny pokoje a na zbylých stanicích pokoje určené k umístění pacientů ve zvýšeném dohledu. Snímány jsou i některé společenské prostory, například chodba s posezením na stanici muži.

V zařízení byla zjištěna situace, kdy na pokoji č. 2 na stanici ženy, který je snímán kamerou, byly ponechány nůžky. Vzniká zde tak rozpor v tom, že stav pacientek ubytovaných na tomto pokoji je na jednu stranu vnímán jako natolik závažný, že vyžaduje nepřetržité sledování kamerou, na druhou stranu je na pokoji personálem volně ponechán nebezpečný nástroj.

Opatření:

16) Odstranit ty kamery, které nejsou bezpodmínečně nutné k zajištění bezpečnosti pacientů, a to zejména kamery ze společenských prostor (do 6 měsíců).



4. Péče

Ačkoliv účelem mé návštěvy není hodnocení kvality poskytované péče, tak jsem se zaměřila na několik oblastí, u nichž obecně vnímám souvislost s rizikem špatného zacházení. Používání omezovacích prostředků, které by systémově bylo možné také zařadit do této kapitoly, řeším z důvodu rozsáhlosti tématu samostatně dále v kapitole 6.

4.1 Příjem tekutin a stravy na gerontopsychiatrických stanicích

Pacientům gerontopsychiatrických stanic je pití podáváno pětkrát denně. V mezičase má personál k dispozici pití pro pacienty a měl by jim ho aktivně nabízet. Pacientky stanice geronto-ženy u sebe přes den nemají hrnky či lahve s pitím a kromě pití v době jídla jsou odkázány na ošetřující personál. **Za standard považuji, že pacienti, jejichž zdravotní stav to nevyklučuje, mají neomezený přístup k pití bez nutnosti žádat personál.**

Ty pacienty, kterým to zdravotní stav umožňuje, vodí personál do dvou jídelen, zbytek pacientů se stravuje na stanicích.

Pacientům je jednou měsíčně kontrolována váha. Co se týče evidence skutečně přijaté potravy a tekutin, tak ze studované dokumentace nevyplývá, že by bylo zaznamenáváno, jaké množství potravy a tekutin pacienti fakticky přijali. V záznamech bylo nalezeno jen v zápisu od sestry, že pacient pije dostatečně.

4.2 Výměna inkontinenčních pomůcek

Inkontinentním pacientům jsou inkontinenční pomůcky měněny 4x denně. Na stanici geronto-muži jsou pacienti s plenami v noci ve 23:00 hod. buzení a přebalování. **Mám za to, že takovéto buzení není nutné plošně u všech pacientů, ale pouze u těch, u nichž se ukáže, že takto častou výměnu inkontinenčních pomůcek potřebují.** Pacientům by také mělo být umožněno signalizovat, že potřebují výměnu inkontinenční pomůcky i v průběhu noci.

4.3 Terapeutické aktivity a možnost odreagování a pohybu

Součástí komplexního léčebného programu mají být i činnostní terapie a rehabilitace. Pacienti v průběhu hospitalizace mají mít také přístup k aktivitám, které umožní odreagování.

4.3.1 Terapeutické a volnočasové aktivity

V zařízení je k dispozici kiosek, knihovna, internetová kavárna, fitcentrum, víceúčelové hřiště a bazén. V kulečnickovém sálu je pacientům dostupný ping-pong, stolní fotbal, kulečnick a posezení. Pacienti také mají k dispozici rozsáhlou zámeckou zahradu. Pro účely ergoterapie jsou k dispozici dílny. Pro poskytování psychiatrické rehabilitace je v zařízení zaměstnáno 11 pracovníků. Pacienti tak mají dobrou nabídku aktivit, které jim zařízení aktivně nabízí i o víkendu.

4.3.2 Aktivizace pacientů uzavřených stanic

Pacienti uzavřených stanic výše uvedenou širokou nabídku aktivit mohou využívat jen v omezeném rozsahu. Většina pacientů stanice geronto-muži trávila den sledováním televize a sezením na chodbě. Vnímám zde tak prostor pro rozšiřování nabídky aktivit pro pacienty uzavřených stanic.



Na gerontopsychiatrických stanicích působí pracovnice „animátorka volného času“, která pracuje 3 dny v týdnu, a jednou v týdnu na uzavřené stanici dochází canisterapeutka. Dále 10 pacientů z každé gerontopsychiatrické stanice každý všední den dochází na aktivizační dílnu, ale jde pouze o pohyblivé pacienty. Jsem přesvědčena, že tyto aktivity představují dobrý základ, který by mělo zařízení dále rozvíjet, a za tímto účelem zejména posílit personální obsazení stanice geronto-muži, aby pacientům, kteří nemohou stanici opouštět, byla aktivizace poskytována v podobném rozsahu jako ostatním.

V době návštěvy byli na gerontopsychiatrických stanicích hospitalizováni i pacienti s výrazně ztíženou mobilitou. Za správnou praxi považují, že i tito pacienti byli v průběhu dne posazováni do křesel a netrávili celý den v lůžku. Musím zdůraznit, že personál neměl k dispozici zvedáky, a jeho práce je tak velmi těžká.

4.3.3 Pobyť na čerstvém vzduchu

Současný evropský standard pro psychiatrickou a sociální péči je zajistit pacientům (či klientům) denní přístup na vzduch s požadavkem na zajištění dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytné, a náhradního oblečení a obuvi, pokud pacient nemá vlastní.²⁹ Nelze opomíjet psychohygienické hledisko a elementární potřebu „provětrat se“. Omezení pobytu na vzduchu může být ospravedlněno aktuálním zdravotním stavem, ale nikoli uzavřeností oddělení.

Pacienti s pohybovým omezením jsou v léčebně v přístupu na vzduch odkázáni na podporu zdravotnického personálu nebo návštěv. Personál tuto pomoc poskytuje, pokud má čas. Na gerontopsychiatrických odděleních nebyl pobyt na čerstvém vzduchu pravidelnou součástí denního programu. Pacienti uváděli, že ven chodí občas a jen při teplém počasí. Aktuálně tak standard není na gerontopsychiatrických stanicích naplňován. Reflektuji, že jeho naplnění si vyžádá posílení personálu, a to zvláště na stanici geronto-ženy (viz níže).

Opatření:

17) Zajistit, aby i pacienti s pohybovým omezením měli pravidelný přístup na čerstvý vzduch (do 3 měsíců).

Prostory zařízení jsou velmi členité, s mnoha schodišti a pouze jediným výtahem, a to z přízemí do prvního patra. Pro řadu pacientů s pohybovým omezením je nemožné se po léčebně volně pohybovat nebo vyjít ven. Uvedené je výrazné zejména u pacientek ze stanice geronto-ženy, jež je umístěna daleko od výtahu, v protilehlé části zámku. Pokud má imobilní pacientka jít na aktivity mimo oddělení, musí se projet celou stanicí ženy, kulečnickovým sálem, ředitelstvím a pak teprve výtahem do přízemí, což musí představovat zvýšenou zátěž pro personál.

Doporučuji proto zvážit, zda je možné učinit kroky, které by usnadnily pohyb pacientů po zařízení, a zmapovat překážky, jež takovému pohybu brání. Uvedené považuji

²⁹ 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.



za důležité i pro případ požáru, kdy evakuační trasy ze stanice geronto-ženy vedou přes bariérová schodiště.

5. Personální zabezpečení

Zaměřila jsem se i na počet personálu na všech stanicích, jeho vzdělání v oblasti používání omezovacích prostředků a na dostupnost supervize.

5.1 Počet zdravotnického personálu

V zařízení bylo v době návštěvy obsazeno dohromady na všech stanicích:

- 5,5 úvazků lékaře, z toho jsou 3 úvazky obsazeny lékaři se specializovanou působností v oblasti psychiatrie,
- 11 úvazků psychiatrických sester,
- 22 úvazků všeobecných sester,
- 3 úvazky praktické sestry,
- 27 úvazků sanitáře,
- 4 úvazky ošetřovatele,
- 1 úvazek klinického psychologa,
- 1 úvazek psychologa.

Ve vztahu ke stanici muži 2 nejsem přesvědčena, že se zařízení daří naplňovat minimální standard pro následnou lůžkovou péči požadovaný vyhláškou o minimálním personálním standardu.

Oddělení má 50 lůžek. Podle vzorce, který vyhláška o minimálním personálním standardu stanoví pro oddělení s více než 30 lůžky, kde je zajišťována ochranná léčba, by zde mělo být mimo jiné obsazeno:

- 0,39 úvazku psychiatra se specializovanou způsobilostí,
- 1,29 úvazku lékaře s odbornou způsobilostí,
- 0,64 úvazku klinického psychologa.

Podle informací poskytnutých zařízením je na tomto oddělení obsazeno:

- 1,0 úvazku psychiatra se specializovanou způsobilostí,
- 0 úvazku lékaře s odbornou způsobilostí,
- 0 úvazku klinického psychologa.

Opatření:

18) Sdělit, zda a jak je na jednotlivých odděleních naplněn standard stanovený vyhláškou o minimálním personálním standardu (spolu s vyjádřením ke zprávě).

19) Vyvíjet i nadále snahu o navýšení zejména lékařských úvazků (průběžně).



Oslovený lékařský personál vnímal zvýšenou zátěž, kdy uvedl, že již od roku 2016 fungují v prázdninovém režimu, což se projevuje tím, že v zařízení jsou často pouze dva lékaři na všech pět stanic a v noci pouze jeden lékař. Víkendové služby se daří zajišťovat jen s využitím externistů, kdy jsou kmenoví lékaři v dojezdové vzdálenosti. Stávající personální stav považují za udržitelný jen díky vysoké obětavosti kmenových zaměstnanců s minimální rezervou pro zvládnutí krizové situace (například nemoci několika lékařů).

Výraznou potřebu na navýšení personálního zabezpečení vnímám zejména ve vztahu ke stanici geronto-muži, kde podle poskytnutých materiálů v době návštěvy nepůsobila žádná psychiatrická sestra a jako lékař pro tuto stanici byl uveden lékař bez odborné způsobilosti, což není v souladu s vyhláškou o minimálním personálním standardu. Další personální zátěž pro gerontopsychiatrické oddělení bude představovat požadavek na pravidelný pobyt pacientů na čerstvém vzduchu.

Vyhláška o minimálním personálním standardu představuje pouze nepodkročitelnou minimální úroveň, která je navíc, podle mého názoru, i nedostačující z hlediska poskytování péče nerestriktivním způsobem. V jiném zařízení, kde rovněž dlouhodobě čelili komplikované situaci na trhu práce, přistoupili ke stanovení žádoucího počtu zdravotnického personálu a k němu pak vztahovali své úsilí a také žádosti o příspěvek zřizovatele. Bylo tím jasné, jak se skutečný stav liší od ideálního. Navrhuji léčebně se tím inspirovat.

5.2 Muži v řadách ošetrovatelského personálu

Podle plánu služeb se přítomnost mužského personálu daří zajišťovat na každé směně pouze na stanici muži 2. Muži z této stanice jsou voláni jako podpora při používání omezovacích prostředků nebo poskytování péče imobilním pacientům na jiné stanice.

Muži jsou také v řadách pracovníků psychiatrické rehabilitace. Tito 3 zaměstnanci mají kvalifikaci sanitáře, mohou tak být stavěni do směn. Kromě toho jsou v případech nouze uvedení pracovníci voláni na pomoc s příjmem či zvládáním neklidu, což se údajně děje výjimečně.

Počet mužů v personálu nedosahuje optimálního stavu, je však zřejmá snaha zařízení situaci zlepšovat a očekávám, že v této snaze bude pokračovat.

5.3 Školení o používání omezovacích prostředků

Požadavek na to, aby byl personál pravidelně školen v používání verbálních i manuálních technik zvládání neklidných nebo násilných pacientů, vyplývá z čl. 3 písm. b) metodického doporučení ministerstva. Minimem vzdělávání má být přítom frekvence jednou ročně.

Zařízení poskytlo prezenční listiny ze seminářů týkajících se používání omezovacích prostředků, jež proběhly v několika termínech v roce 2018. Požadovaný standard tak považují za naplněný. Z jiných zařízení mám zkušenost, že personál kladně hodnotí, když je do školení zahrnut i nácvik sebeobrany. Navrhuji tak zahrnout do školení i tuto oblast.



5.4 Supervize a podpora personálu

Jsem přesvědčena, že práce na psychiatrickém lůžkovém oddělení je natolik náročná, že potřeba supervize panuje na všech stanicích.

Vedení zařízení sdělovalo, že zdravotníkům je nabízena krizová a psychologická intervence. Od osloveného personálu jsem nezjistila, že by o této možnosti věděli. Z vyjádření zdravotníků nevyplývá, že by pravidelně absolvovali supervizi nebo měli možnost v rámci zařízení vyhledat podporu, pokud by například začali pozorovat příznaky vyhoření.

Zařízení tak doporučuji na možnost podpory zaměstnance intenzivněji upozorňovat.

6. Používání omezovacích prostředků

Samo použití omezovacích prostředků nepředstavuje špatné zacházení, musí však být používány pouze v nezbytných případech, kdy je účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.³⁰ Faktem je, že nezbytnost použití omezovacích prostředků je svázána s realitou poskytování péče na konkrétní stanici. V různých podmínkách poskytování péče je různě vysoko práh, při jehož překročení už je z pohledu pečujících nezbytné omezení použít.

Nezbytnost tak nechápu jako objektivní práh úrovně ohrožení, který by stanovil, že určité jednání má být vždy spojeno s omezením. Nezbytnost naopak chápu jako požadavek na úsilí dosahovat rozumnými opatřeními minimalizace používání omezení v prostředí konkrétní stanice. Limitem pro úsilí zařízení je to, že taková opatření pro ně nesmí představovat nepřiměřené nebo neúnosné břemeno.

6.1 Pravidla pro použití omezovacího prostředku v zařízení

Vnitřní předpis *Používání omezovacích prostředků* reflektuje, že omezení je až krajním řešením, když v bodě 5.7 uvádí, že omezení musí předcházet verbální snaha po zklidnění pacienta a nabídnutí medikace.

V jiné části (např. bod 5.3 pro síťové lůžko) však uvedený vnitřní předpis mezi indikacemi pro použití jednotlivých omezovacích prostředků uvádí i situace, které nejsou bezprostředním ohrožením života, zdraví nebo bezpečnosti. Jedná se o „výrazně obtěžující jednání pacienta vůči okolí“ a „projevy pacienta, které výrazně snižují jeho důstojnost“. Vnitřní předpis ani praxe zařízení nesmí jít nad rámec zákonného zmocnění.

Příkladem omezení, u něhož není zřejmé, zda byly naplněny zákonné podmínky, je omezení pacienta č. 3 ze dne 23. 1. 2018. Ve zdravotnické dokumentaci o omezení je uvedeno, že pacient na sobě trhá oblečení. Uvedený popis indikace nepovažuji za dostatečně konkrétní pro to, aby bylo možno určit, zda bylo omezení nutné k odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.

Uznávám, že situace, kdy je ohroženo zdraví, život či bezpečnost, budou často spojeny s obtěžujícím nebo důstojnost snižujícím chováním. Pro použití omezovacího prostředku je

³⁰ Ustanovení § 39 odst. 2 zákona o zdravotních službách.



však rozhodné ohrožení života, zdraví či bezpečnosti, a to musí být dokumentováno. Přičemž stávající znění vnitřního předpisu svádí k použití omezovacího prostředku v rozporu se zákonem.

Opatření:

- 20) Upravit vnitřní předpis zařízení tak, aby umožňoval použití omezovacího prostředku pouze za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob (do 3 měsíců).**

6.2 Asistence pacientů při omezování

Z rozhovorů s více pacienty vyplynulo, že v krajních případech, zejména na stanici muži a muži 2, pomáhají zdravotníkům s omezením jiných pacientů (například je vytlačí do izolační místnosti). Pacienti také někdy pomáhají s přenášením lůžka, na němž má být jiný pacient omezen pásy. Má se jednat o řídké případy, které však považuji za významný problém, který souvisí s personální situací v zařízení. Pokud by se jednalo o běžnou praxi, konstatovala bych špatné zacházení.

Opatření:

- 21) Vytvořit takové personální podmínky, aby pacienti neasistovali s omezováním jiných pacientů (bezodkladně).**

6.3 Místnost určená k bezpečnému pohybu

6.3.1 Podoba prostorů používaných k účelu omezení

V zařízení jsou používány 4 místnosti či spíše prostory určené k bezpečnému pohybu, které jsou označovány jako terapeutické izolace.

Tyto místnosti jsou na stanicích muži, muži 2 a geronto-muži vybaveny plnými posuvnými dveřmi s průhledem a posuvnými mřížovými dveřmi. Na stanici ženy se jedná o jednolůžkový pokoj s mříží v okně a i tato místnost je kromě běžných dveří vybavena i posuvnou mříží.



Obrázek 13: Prostor v rámci ložnice č. 2 na stanici muži 2 využíváný jako místnost určená k bezpečnému pohybu



Obrázek 14: Ložnice na stanici ženy využívaná také jako místnost určená k bezpečnému pohybu



Mříž nepovažuji za vhodný způsob řešení dveří do místností určených k bezpečnému pohybu. Mám za to, že mříž do zdravotnického zařízení nepatří, a to z důvodu, že evokuje vězeňské prostředí. Zdravotníci sdělili, že mříž je používána vždy spolu s dveřmi, a jeví se tak jako nadbytečná. Mříž sama o sobě také představuje rizikový prvek s množstvím závěsných bodů a pacient se může snadno poranit i nárazy do mříže. Mříž naprosto postrádá smysl u jednoho z menších prostorů na pokoji č. 2 na stanici muži 2, který podle sdělení personálu není využíván jako místnost k bezpečnému pohybu.

Opatření:

22) Odstranit mřížové dveře z místností určených k bezpečnému pohybu (do 6 měsíců).

6.3.2 Četnost a trvání pobytu v místnostech určených k bezpečnému pohybu

Zaměřila jsem se i na četnost využití místností určených k bezpečnému pohybu a na dobu trvání průměrného omezení v nich na jednotlivých stanicích.

	Stanice muži		Stanice muži 2		Stanice ženy		Stanice geronto-muži		Stanice geronto-ženy	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
četnost	24	33	45	32	30	107	20	38	0	0

Tabulka 2: Přehled četnosti omezení pobytů v místnostech určených k bezpečnému pohybu za roky 2017 a 2018

- Na stanici muži trvalo v roce 2018 omezení průměrně 36,2 hodin, nejdelší omezení trvalo téměř 180 hodin, přičemž za tu dobu bylo 55krát přerušeno.
- Na stanici muži 2 trvalo v roce 2018 omezení průměrně 12,8 hodin, nejdelší omezení trvalo téměř 65 hodin, přičemž za tu dobu bylo 16krát přerušeno.
- Na stanici ženy trvalo v roce 2018 omezení průměrně 22,9 hodin, nejdelší omezení trvalo téměř 146,5 hodin, přičemž za tu dobu bylo 38krát přerušeno.
- Na stanici geronto-muži průměrně omezení trvalo v roce 2018 téměř 12 hodin, nejdelší omezení trvalo téměř 83 hodin, přičemž za tu dobu bylo 27krát přerušeno.

Ze zjištěného vyplývá, že na stanicích muži a ženy, je místnost určená k bezpečnému pohybu využívána častěji a omezení v průměru trvá delší dobu než na zbylých stanicích. V absolutní hodnotě pak jde i u průměru o velmi dlouhé časy, uvažíme-li, že omezovací prostředek je krajní opatření, jež má trvat jen po naprosto nezbytný čas, spíše minuty než hodiny. Mám za to, že zjištěné je způsobeno tím, že uvedené stanice jsou koncipovány jako otevřená oddělení, a **chybí zde tak bezpečné prostředí, které by pacientovi umožnilo pobývat mimo omezení v situaci, kdy jeho stav není ještě dostatečně stabilizován pro pobyt na otevřeném oddělení.** Odkazují na doporučení v kapitole 1.3 a 3.1.1.

6.3.3 Bezpečí pacientky v místnosti určené k bezpečnému pohybu na stanici ženy

Místnost určená k bezpečnému pohybu má představovat prostředí, které je bezpečné a zklidňující. Na stanici ženy je tato místnost především jednolůžkovým pokojem, který obsahuje řadu rizikových prvků, o které si může pacientka v neklidu ublížit. Jedná



se například o nekryté topení, síťové lůžko, které je v místnosti umístěno, a rozbitné sklo v okně.

Opatření:

23) Odstranit rizikové prvky z místnosti určené k bezpečnému pohybu na stanici ženy a do té doby ji nevyužívat jako omezovací prostředek (do 3 měsíců).

Za nepřipustnou považuji situaci, kdy by byl pokoj č. 1 na stanici ženy využíván zároveň jako místnost určená k bezpečnému pohybu a zároveň by v něm byla umístěna další pacientka v síťovém lůžku. Taková situace mohla nastat mezi 10. 5. a 13. 5. 2018, kdy pacientka č. 4 byla umístěna v místnosti určené k bezpečnému pohybu a pacientka č. 5 v síťovém lůžku. Z dokumentace není zřejmé, zda síťové lůžko nebylo přeneseno.

6.4 Síťové lůžko

Všechny stanice kromě stanice muži jsou vybaveny síťovým lůžkem. Dohromady jsou v zařízení 4 síťová lůžka. Na stanicích muži 2, ženy a geronto-ženy jsou síťová lůžka umístěna na pokojích spolu s běžnými lůžky.

	Stanice muži		Stanice muži 2		Stanice ženy		Stanice geronto-muži		Stanice geronto-ženy	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
četnost	0	0	4	8	27	30	19	67	1	4

Tabulka 3: Přehled četnosti omezení pobytem v síťovém lůžku za roky 2017 a 2018

Apeluji na zařízení, aby vyvíjelo aktivitu k omezení nutnosti používat síťová lůžka. Za nevýhodu síťový lůžek považuji jednak to, že pacienti pobyt v nich často popisují jako pobyt v kleci, dále je zde riziko, že se pacient zraní o síť. Oslovený personál zmiňoval zklidňování pacienta v otevřeném síťovém lůžku, což považuji za nevhodné: otevřené síťové lůžko nemá být používáno k ukládání pacientů za účelem zklidnění, nýbrž pro takové situace mají být k dispozici jednolůžkové ložnice. Ukončení používání síťových lůžek opakovaně požaduje i CPT.³¹

³¹ Viz bod 3.4 standardu CPT z roku 2017.



6.5 Omezení v lůžku pomocí pásů (kurtů)

6.5.1 Četnost použití

V zařízení jsou k dispozici tři sady pásů k omezení pacienta v lůžku, a to na stanicích muži, muži 2 a ženy.

	Stanice muži		Stanice muži 2		Stanice ženy		Stanice geronto-muži		Stanice geronto-ženy	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
četnost	1	2	0	0	5	13	2	1	1	0

Tabulka 4: Přehled četnosti omezení pásy v lůžku za roky 2017 a 2018

Z dokumentace omezení pacienta č. 6 není zřejmé, kolika pásy byl dne 6. 11. 2018 v lůžku omezen, zda například byly omezeny jen horní končetiny, nebo i dolní končetiny či zda byl využit i pás přes hrudník.

6.5.2 Používání fixace z důvodu rizika pádu

Použití pásů může mít jak povahu použití omezovacího prostředku, tak i ošetřovatelského postupu směřujícího k zajištění stability pacienta. Mám za to, že pro posouzení, zda se jedná o použití omezovacího prostředku, není klíčové, jaký účel omezení sleduje, ale to, zda dochází k omezení volného pohybu pacienta. Použití pásů se stává použitím omezovacího prostředku, pokud chodící pacient není schopen sám si pás uvolnit, protože pak je volný pohyb omezen.

Fixační pásy (zařízení je odlišuje od pásů k omezení v lůžku) jsou využívány zejména na stanici geronto-muži (46 použití za rok 2018) a stanici geronto-ženy (23 použití za rok 2018)

V době návštěvy bylo na tabuli na sesterňe stanice geronto-muži uvedeno toto sdělení:

„22. 3. 2018 Fixace

- 1) Musí indikovat lékař, když fixuji z důvodu prevence pádu.
- 2) Nemusí indikovat, když fixuji z důvodu udržení stability.“

Pracovníkům Kanceláře se dostalo od vedoucího pracovníka vysvětlení, že v prvním případě jde o předem plánované intervence, zatímco ve druhém o situační reakci na nějaké náhlé ohrožení (pádem). To však z výroku na tabuli neplyne – je naopak velmi nejasný.

Samozřejmě, že součástí individuálního léčebného plánu řady pacientů je také zvládání rizika pádu a že některá ochranná opatření jsou plánovaná předem a některá jsou situační. Pokud však důsledkem opatření je omezení pacienta ve volném pohybu, má být chápáno jako omezovací prostředek.

Zjištěná praxe na gerontopsychiatrických odděleních nasvědčuje tomu, že se fixace používají bez zakotvení v lékařem stanoveném plánu a bez dostatečné dokumentace trvání. Například u pacienta č. 7 byla ve zdravotnické dokumentaci zjištěna „fixace v polohovacím křesle z důvodu špatné stability“, některé dny ale takový záznam uveden nebyl a sestra uvedla



„někdy to napíšu a někdy ne“. V záznamech lékaře (denních ani v epikríze) toto opatření nebylo komentováno, takže jeho rozsah a také kompenzace z toho plynoucí imobilizace byly zcela na rozhodnutí sester v dané směně. Protože tato fixace nebyla vnímána jako použití omezovacího prostředku, nejsou ani vedeny záznamy, ze kterých by bylo zřejmé, jak dlouho pacient v křesle pobýval a zda byl uvolňován. Je dost dobře možné, že pacient je v křesle fixován po celý den, neboť s ohledem na zdravotní stav již nebyl brán na program v dílničce. Byl přitom dost pohyblivý na to, aby přešel v noci postranici.

Nezpochybňuji, že u některých osob by zanedbání rizika pádu či konkrétně neudržení stability v křesle mohlo znamenat bezprostřední vážné ohrožení zdraví, a omezení je tedy indikováno. Je však na lékaři, aby spolu s ošetrovatelským personálem stanovil jeho rozsah tak, aby byl minimální a bez rozvoje dalších hrožících problémů (vynucená inkontinence, imobilizace). Zařízení by mělo v souladu s metodickým doporučením ministerstva (čl. 1 odst. 1) vypracovávat podrobný plán zvládání rizika a ze záznamů by mělo být jasné, v jakém rozsahu k fixaci – na základě této indikace lékaře – dochází. Četnost kontrol lékaře, podle mého názoru, nemusí být taková jako v případě úplné fixace v lůžku, neboť nejde ani o trvalé, ani o úplné znehybnění.

Opatření:

- 24) Pokud si pacient nemůže pásy sám uvolnit, přistupovat k fixaci jako k použití omezovacího prostředku a náležitě dokumentovat jeho nezbytnost, rozsah a schválení lékařem; při tom lze denní záznamy kombinovat s plánem zvládání rizika (bezodkladně).**

6.6 Ochranný kabátek

V zařízení jsou k dispozici 3 ochranné kabátky. Zjistila jsem jeden případ použití kabátku, a to vůči pacientovi č. 3 dne 23. 1. 2018. Omezení trvalo 1,5 hod. a v průběhu bylo na půl hodiny přerušeno.

Podotýkám, že v některých případech mohou být vhodnou alternativou k ochrannému kabátku ochranné návlaky na ruce, které znemožní sebepoškození, například v podobě vytrhávání si stehů nebo rozškrabávání rány, ale neomezí pacienta ve volném pohybu končetinami a jejich použití nepředstavuje použití omezovacího prostředku.

6.7 Úchopy

V přehledu použití omezovacích prostředků nejsou úchopy evidovány, nezjistila jsem informace svědčící o jejich intenzivním používání. Mám však za to, že k užití úchopu při poskytování péče v psychiatrickém zařízení dochází, a podle § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách tedy má být evidováno. Zdravotníci by měli být v používání úchopů proškoleni a svou kompetenci v jejich používání by si měli obnovovat pravidelnými nácviky.

Za příklad použití úchopu jako omezovacího prostředku považuji asistenci ošetřovatele při podání depotní medikace dne 4. 4. 2018 pacientce č. 8, která s tímto podáním nesouhlasila. V přehledu použití omezovacích prostředků pro stanici ženy za rok 2018 není použití úchopu vůči pacientce č. 8 zaznamenáno, přitom přidržení pacienta za účelem podání odmítané medikace považuji za použití omezovacího prostředku.



Opatření:

25) Dokumentovat použití úchopu omezujícího volný pohyb pacienta jako použití omezovacího prostředku (průběžně).

6.8 Farmakologické omezení

Jsem si vědoma toho, že definice farmakologického omezovacího prostředku je předmětem debat, přičemž znění zákona³² je matoucí a nepomáhá ani metodické doporučení ministerstva. S ohledem na povahu omezovacího prostředku jako institutu silového či mocenského zásahu vůči pacientovi se přikláním k definici ve standardu CPT z roku 2017, kde farmakologickým omezením je myšleno „*podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta*“. Podání silou nebo pod hrozbou donucení považuji za jádro, které má poskytovatel jako omezovací prostředek chápat, a to bez ohledu na to, zda je účelem podání rovněž léčba onemocnění pacienta bez jeho souhlasu. Rozhodující tak není, podle mého názoru, forma podávání léčiva, ačkoliv injekční podání léčivého přípravku bude typickým způsobem, jak je léčivo silou podáváno.

Vnitřní předpis zařízení *Používání omezovacích prostředků* přebírá zákonnou definici farmakologického omezení uvedenou v § 39 odst. 1 písm. f) zákona o zdravotních službách.

V přehledu použití omezovacích prostředků jsem pro rok 2018 zjistila jen dvě použití farmakologického omezení. Nejsem však přesvědčena, že by v evidenci byly zaznamenány všechny případy použití farmakologického omezení jako omezovacího prostředku, protože například pacientce č. 2 byla dne 11. 9. a 14. 9. 2018 podána injekční medikace za účelem zvládnutí agresivního chování, aniž by to bylo uvedeno v přehledu používání omezovacích prostředků.

Podotýkám, že podání tlumících léků, jež může mít povahu omezovacího prostředku, může v praxi vycházet z tzv. fakultativní ordinace. Zda jde o omezení, vychází z okolností každého případu, a zákon³³ pak předepisuje zásadně postupovat až na základě rozhodnutí lékaře. Inspirována standardem CPT doporučuji, aby sestry volaly k případům lékaře i v ostatních případech realizace fakultativní ordinace. S použitím rychle působících tlumících léků se totiž pojí významné (byť ve statisticky malém procentu případů) nebezpečí pro zdraví pacienta. Doporučuji, aby sestry volaly lékaře, pokud je pacient ve stavu neklidu, který nemohou zvládnout, a ošetřující lékař (nebo sloužící lékař), aby zhodnotil stav pacienta a případně nařídil další postup (realizaci fakultativní ordinace). 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 fakultativního předpisu. I tak se má snažit alespoň telefonem získat schválení lékaře před podáním léku a lékař musí bezodkladně dorazit a sledovat reakci pacienta a řešit případné komplikace.

Ze studia zdravotnické dokumentace vyplynulo, že fakultativní ordinace nejsou používány rutinně ani zjevně velmi často. Některé se týkaly situací, které mohly mít souvislost s omezením pohybu – viz předpisy léku „při tenzi, agitovanosti, hlučných vokálních

32 Ustanovení § 39 odst. 1 písm. f) zákona o zdravotních službách.

33 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.



projevech“, „agresivita nespolupráce“. Konkrétní nesprávná podání nebyla zjištěna. Nicméně sestra uvedla, že podle takových předpisů je oprávněna lék podat sama. Podotýkám, že vymezení „agresivita, nespolupráce“ (viz obrázek) je velmi vágní, fakticky přenáší rozhodnutí o farmakoterapii na sestru a velmi pravděpodobně směřuje k omezení. Na základě takových předpisů by sestry samy lék podávat neměly.

agresivita, nespolupráce
RIVOTRIL 1MG/ML
sol 1,00 ml 1MG/ML INJ SOL 5+5X1ML
(1MG/ML)
podat: 2 amp i.m., max 2xD, int 6
hod

Obrázek 15: Záznam ze zdravotnické dokumentace pacienta č. 11 ze dne 27. 3. 2019

Upozorňuji, že ojediněle bylo možné se setkat i s ordinací formálně neúplnou, viz záznam o fakultativní medikaci pacienta č. 9 ze dne 19. 3. 2019, kde chybí údaj o intervalu mezi možnými podáními. Pokud by na základě takového předpisu podala lék sestra, přebírala by odpovědnost, která náleží lékaři.

Opatření:

- 26) Pracovat s farmakologickým omezovacím prostředkem [tj. podání tlumících léků s použitím síly (nebo její hrozbou) za účelem zvládnutí chování pacienta], tedy zajistit jeho používání zásadně z rozhodnutí lékaře a s náležitým dokumentováním včetně centrální evidence (průběžně).
- 27) Stanovit ve vnitřních předpisech jasná pravidla používání fakultativní medikace s tlumícím účinkem s využitím standardu popsaného v kapitole 6.8 a zajistit, aby změnu stavu pacienta mohl zásadně řešit lékař, ošetřující nebo sloužící (do 6 měsíců).

6.9 Soukromí pacienta v omezení

Pacient v omezení má být vizuálně oddělen od zbývajících pacientů a chráněn před ohrožením z jejich strany. Tento standard vyplývá z čl. 1 odst. 13 metodického doporučení ministerstva i z bodu 3.5 standardu CPT z roku 2017.

Omezování pacientů pásy v lůžku probíhá na pokojích, kde jsou ubytováni další pacienti, a omezovaný pacient je tak vystaven jejich pohledu a je vůči nim ve zranitelné pozici. Za dostatečnou prevenci ohrožení ze strany jiných pacientů nepovažují sledování pacienta kamerou, ale pouze osobní přítomnost zdravotníka u pacienta.

V místnostech určených k bezpečnému pohybu na stanici muži a muži 2 je pacient vystaven pohledu jiných pacientů (skrže průzor ve dveřích) a na Stanici muži 2 i kontaktu s nimi (pacienti uvedli, že si s pacientem v omezení povídají a házejí mu věci přes stropní mříž). Jednak je tak zasahováno do důstojnosti pacienta, a jednak je ohrožen ze strany jiných pacientů, vůči kterým je ve zranitelném postavení.



Pacienti v síťovém lůžku jsou pohledu jiných pacientů vystaveni na stanici muži 2 a geronto ženy. Typickým příkladem nedostatečného soukromí pacienta v omezení je pokoj č. 2 na stanici muži 2, který je průchozí, je zde síťové lůžko a místnost určená k bezpečnému pohybu a další dvě běžná lůžka.

Opatření:

28) Neomezovat pacienta pásy v lůžku na ložnici, kam mají volný přístup jiní pacienti, pokud není zajištěna nepřetržitá osobní přítomnost zdravotníka u omezeného pacienta (bezodkladně).

29) Zajišťovat vizuální oddělení pacientů v omezení od ostatních pacientů (průběžně).

6.10 Dohled, signalizace a rozbor

6.10.1 Dohled nad pacientem v omezení a záznamy o něm

Výbor CPT prosazuje jako standard, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod dohledem přítomného pracovníka.³⁴ Vedle zajištění bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta a zabránění pocitu opuštěnosti. Národní standard obsažený v metodickém pokynu ministerstva³⁵ je méně náročný, když požaduje obecně nepřetržitý dohled nad pacientem omezeným v lůžku pásy, umístěným v síťovém lůžku, nebo v místnosti pro bezpečný pohyb.

Všechny místnosti určené k bezpečnému pohybu, místnosti, kde jsou umístěna síťová lůžka, i místnosti, kde probíhá omezení pacientů v lůžku pásy, jsou vybaveny kamerami bez záznamu. Upozorňuji, že dohled kamerou představuje trvalý dohled jen tehdy, když je některý z pracovníků vyčleněn pro sledování obrazovky (což je činnost velmi únavná, a nemůže být vykonávána dlouho). Rozhodně takový dohled nemůže nahradit osobní přítomnost zdravotníka. Chápu, že přítomnost pracovníka je podmíněna uvolněním jednoho pracovníka. Standard CPT však představuje cíl, ke kterému by péče měla směřovat. **Když to personální situace dovolí, doporučuji zajišťovat dohled ve formě osobní přítomnosti zdravotníka u pacienta v omezení, ve smyslu standardu CPT.**

34 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.“

35 Viz čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva.



6.10.2 Signalizace

Pacient v omezení má mít možnost přivolat si důstojným způsobem pomoc.

Za příklad dobré praxe považuji vybavení všech místností určených k bezpečnému pohybu v zařízení tlačítka k přivolání personálu. Tlačítka k přivolání zdravotnického personálu však nejsou u sítových lůžek.

Opatření:

- 30) Zajistit pacientům v omezení možnost signalizace k přivolání personálu (do 3 měsíců).**

6.10.3 Zpětný rozbor situace

CPT k rozhovoru s pacientem po skončení omezení uvádí: „*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 atakům agresivity a následnému použití omezovacích prostředků.*“³⁶

Personál sdělil, že s pacientem o důvodech omezení komunikuje v jeho průběhu. Protože přejímám standard CPT, domnívám se, že komunikace s pacientem o jeho omezení by se neměla omezovat pouze na průběh omezení a na důvody tohoto opatření. Personál má totiž usilovat o zachování dobrého terapeutického vztahu s pacientem, což vyžaduje i následný rozhovor s cílem nejen znovu omezení vysvětlit, ale také dát pacientovi prostor pro jeho vyjádření a společné hledání preventivních opatření do budoucna.³⁷ Podotýkám, že dva z dotázaných pacientů přímo mluvili o špatném zážitku z omezení, což by právě rozhovor měl minimalizovat.

Vnitřní předpis *Používání omezovacích prostředků* vyžaduje v bodě 5.11 pohovor s pacientem, který byl v omezení, jen u pacientů, kterým nebylo možné předat informace v průběhu omezení. Mám za to, že rozhovor po skončení omezení by měl probíhat se všemi pacienty.

Opatření:

- 31) Provádět s pacientem ve vhodném čase po ukončení omezení rozhovor s cílem nejen jej informovat, proč bylo z pohledu zdravotníků nezbytné omezovací prostředek použít, ale také vyslechnout jeho pohled a společně hledat alternativní opatření do budoucna; toto pojetí zakotvit ve vnitřním předpisu (do 6 měsíců).**

³⁶ Viz bod 46 v 16. všeobecné zprávě CPT.

³⁷ Srov. čl. 1 odst. 5 metodického doporučení ministerstva doporučující podat informace formou terapeutického pohovoru, kromě případů, kdy pacient byl urgentně přeložen.



6.11 Dokumentování průběhu omezení

Průběh omezení má být přehledně dokumentován, tak aby ze záznamů bylo možno zpětně rekonstruovat důvod a průběh omezení a také aby bylo zajištěno předávání informací mezi zdravotníky. Ze záznamů o průběhu omezení má být podle § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci zřejmé, proč nebylo možné využít mírnější alternativy omezení, na základě čeho se zdravotníci domnívali, že je namístě v omezení pokračovat, a jaký byl zdravotní stav pacienta v průběhu omezení.

Podotýkám, že uvedený vnitřní předpis neupravuje povinnost zaznamenat, proč nepostačovalo použít mírnější alternativy.

Opatření:

- 32) Upravit vnitřní předpis tak, aby v záznamu o použití omezovacího prostředku bylo uvedeno, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků (do 6 měsíců).**

6.11.1 Frekvence záznamů o zhodnocení zdravotního stavu pacienta lékařem

Vnitřní předpis zařízení *Používání omezovacích prostředků* stanoví v bodě 5.8 intervaly pro záznamy sester o průběhu omezení; považuji je za rozumné.

Uvedený předpis však neupravuje intervaly záznamů lékaře o přezkoumání zdravotního stavu pacienta. U pacienta č. 6, který byl omezen pásy v lůžku, jsou záznamy lékaře 6. 11. 2018 ve 20:53 hod. a poté až 7. 11. 2018 v 8:43 hod., tedy téměř po 12 hodinách, což je v rozporu s čl. 1 odst. 10 metodického doporučení ministerstva. Přes den jsou záznamy v intervalu předpokládaném metodickým doporučením ministerstva, tedy jednou za 3 hodiny.

Opatření:

- 33) Ve vnitřním předpisu stanovit intervaly záznamů lékaře o zdravotním stavu pacienta a zajistit jejich dodržování i v noci (do 6 měsíců).**

6.12 Kontrola somatického stavu pacientů v omezení

Pokud se pacient v průběhu omezení nachází v závažném somatickém stavu, tak by zařízení mělo bedlivě sledovat jeho vývoj a činit záznamy o všech krocích podniknutých k jeho zlepšení.

U pacientů č. 8 a č. 10 byla v průběhu omezení zjištěna hypoglykemie. Ze zdravotnické dokumentace není zřejmé, jaké kroky byly zvoleny k jejímu odstranění, zda například byly podány nápoje, či diabetická strava.

Opatření:

- 34) U pacienta v závažném somatickém stavu, tím spíše pak v omezení, pravidelně sledovat a dokumentovat jeho vývoj a činit záznamy o krocích podniknutých k jeho zlepšení (průběžně).**



6.13 Dokumentace bezprostředně navazujících omezení

Při studiu přehledu použití omezovacích prostředků pro jednotlivé stanice jsem zjistila omezení stejného typu, která na sebe těsně navazují a jsou evidována jako samostatná omezení. Např. pacientka č. 4 byla v místnosti určené k bezpečnému pohybu od 20. 4. 2018 09:34 hod. do 20. 4. 2018 21:30 hod., pak následovalo další omezení od 20. 4. 2018 21:30 hod. do 21. 4. 2018 09:30 hod., pak následovalo další omezení od 21. 4. 2018 9:30 hod. do 22. 4. 2018 21:30 hod. a poté následovalo další omezení od 22. 4. 2018 9:30 hod. do 25. 4. 2018 10:15 hod. V přehledu použití omezovacích prostředků jsou tato 4 omezení uvedena jako samostatná omezení a přitom na sebe bezprostředně navazují. Evidence bezprostředně navazujících omezení samostatně snižuje její využitelnost pro komparaci mezi stanicemi i zařízeními.

Opatření:

- 35) Neevidovat omezení, která na sebe bezprostředně navazují, jako samostatná omezení, ale jako trvajících omezení (průběžně).**

7. Pojistky a kontrola

7.1 Kultura přístupu k pacientům

Je úkolem vedení usilovat o určitou úroveň organizační kultury. Do tohoto úsilí je zapotřebí zapojovat vedoucí pracovníky všech úrovní, protože organizační kultura vznikne v každém zařízení a aktivní přístup vedoucích pracovníků může zajistit její pozitivní ráz. Je povinností vedení zajistit, že v kontextu náročné péče a permanentního tlaku na pečující personál nesklouzne přístup k pacientům k dehumanizaci či atmosféře moci.³⁸

V rámci pozorování personálu při práci byl zaznamenán pouze slušný a vstřícný přístup, zájem o pacienty a korektní vyjadřování na jejich adresu. Přestože struktura pacientů je riziková, nebyly zaznamenány známky vyhoření či profesionálního cynismu.

Z rozhovorů s pacienty však bylo zjištěno, že dochází k vybočení z této jinak vysoké úrovně přístupu k pacientům. Pacientky na stanici ženy uváděly, že slyšely personál křičet na jinou pacientku kvůli porušení režimu a také že pracovnice řekla pacientce „neser mě“.

Takováto sdělení pacientů je jen velmi těžké ověřit beze svědků, a proto nehodnotím, zda jsou pravdivá, ale předávám je vedení zařízení jako podnět ke bdělosti. Vedení musí usilovat o to, aby se neuctivé jednání ze strany personálu vůči pacientům nevyskytovalo. Za vhodné kroky považuji označení personálu jmenovkami, tak aby byla jmenovka viditelná při komunikaci tváří v tvář, a dále připomínání personálu, že se očekává korektní vystupování i v náročných situacích a urážky pacientů nebudou tolerovány.

³⁸ „Nezdravá organizační kultura představuje pro zdravotnické zařízení jedno z největších rizik dlouhodobého, vážného selhání.“ ŠKRLA, Petr a Magda ŠKŘLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8, s. 81.



7.2 Centrální evidence omezení

Ve svých doporučeních dlouhodobě poukazují na nutnost vedení zvláštní evidence, která by přehledně podchycovala případy použití omezovacích prostředků a umožňovala zařízení mít přehled o četnosti využívání restrikcí, sledovat trend a provádět efektivně vnitřní kontrolu. Praxi používání omezovacích prostředků by mělo zařízení pravidelně vyhodnocovat za účelem cíleného snižování jejich používání.³⁹

Informační systém zařízení umožňuje získat informace o omezení, z nichž je zřejmý počátek a konec každého omezení, počet přerušení omezení a omezení je propojitelné s konkrétním pacientem.

Používání omezovacích prostředků je prozatím sledováno v rámci porad, systematické vyhodnocování doposud není zavedeno. Vedení zařízení sdělilo, že se chystá s vyhodnocováním začít v nejbližší době. Za jev, na který je možné se při centrálním vyhodnocování omezení zaměřit, považují například trojnásobný nárůst počtu využití síťového lůžka na stanici geronto-muži mezi roky 2017 a 2018.

Opatření:

- 36) Na úrovni vedení v rámci pravidelného auditu provádět vyhodnocování záznamů v evidenci použití omezovacích prostředků za účelem snížení četnosti jejich použití (průběžně).**

7.3 Stížnosti

Možnost pacienta podat stížnost a povinnost poskytovatele zdravotních služeb stížnost vyřídit vyplývá ze zákona o zdravotních službách. Jde o jednu z pojištění proti špatnému zacházení s osobami zbavenými svobody. Stížnosti kromě toho považují za důležitý zdroj zpětné vazby pro zařízení.

Vnitřní předpis zařízení *Vyřizování stížností* umožňuje podání stížnosti osobně, písemně i elektronicky. V zařízení je umístěno několik schránek, a to schránka ve vestibulu (označená jako schránka důvěry) a na všech stanicích kromě stanice geronto-muži, kde zaměstnanci Kanceláře schránku na stížnosti nezjistili.

Z části *Domácího řádu* věnované stížnostem není zřejmé, zda lze do schránek vhazovat pouze anonymní stížnosti, nebo zda jsou určeny pro všechny stížnosti, což vyplývá z dokumentu *Vyřizování stížností*. **Navrhují zařízení na každé stanici vyvěsit grafické znázornění stížnostního mechanismu, jež má zpracováno na webových stránkách.**

Vítám používání schránek jako jeden ze způsobů, jak mohou pacienti snadno podat písemnou stížnost, přičemž u pacientů v uzavřeném režimu tím může být zajištěno podání

³⁹ Bez tohoto úsilí nebude splněna zásada, že omezení je až krajním opatřením. Ohledně významu evidence se opírám o standard CPT, viz bod 11.1 standardu CPT z roku 2017: „Zkušenosti ukazují, že podrobné a přesné záznamy o případech použití omezovacích prostředků mohou vedení nemocnice poskytnout přehled o rozsahu jejich používání a případně umožnit, aby byla přijata opatření ke snížení míry jejich používání. Za tímto účelem by měla být zřízena zvláštní evidence (angl. specific register) na zaznamenávání všech případů použití omezovacích prostředků (včetně chemických), a to vedle záznamů obsažených ve zdravotnické dokumentaci pacienta.“



stížnosti bez zprostředkování ze strany personálu, což je zvláště důležité. Problém však je, že na uvedených schránkách není vždy uvedeno, že se jedná o schránky na stížnosti a ani kdo a kdy je vybírá. Z vnitřního předpisu zařízení *Vyřizování stížností* vyplývá, že schránky vybírá pověřený zaměstnanec sekretariátu. V předpisu však není uveden interval, v jakém se tak děje. Informaci o tom, že schránku vybírá někdo, kdo přímo nepůsobí na stanici, považuji za velmi podstatnou. Měla by být uvedena přímo na schránce.

Opatření:

- 37) Vybavit všechny stanice schránkami pro podání stížností a na schránce uvést, že se jedná o schránku na stížnosti a kdo a kdy schránku vybírá (do 3 měsíců).**

Za rok 2018 zařízení evidovalo pouze 2 stížnosti, k jejich vyřízení nemám výhrady. Za příklad dobré praxe považuji pravidelné konzultační hodiny pro pacienty s ředitelem zařízení probíhající každé pondělí od 15:00 hod. do 17:30 hod.

8. Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení

Poskytovatel zdravotních služeb (lékař) má důležitou úlohu v rámci prevence nepostižitelnosti špatného zacházení ze strany policie a jiných subjektů, a to prostřednictvím zaznamenávání zranění. Psychiatrická léčebna také přebírá pacienty, kteří jsou do zařízení dopraveni policií. Lékař by měl v případě přijetí zraněného pacienta provést detailní záznam, který obsahuje pacientovo vyjádření k utrženým zraněním a k okolnostem, které s ním souvisely. Dále by záznam měl detailně popisovat objektivní lékařský náález, vyplývající z vyšetření provedeného lékařem, a jeho subjektivní hodnocení souvislostí mezi tvrzením pacienta a objektivním lékařským náleznem. Takto sepsaný záznam by měl pacient na požádání obdržet.

Nyní nepojednávám o povinnosti formulované přímo v zákoně o zdravotních službách, ale o důsledku mezinárodního závazku České republiky chránit osoby (nejen) omezené na svobodě před špatným zacházením. Bez objektivizovaného popisu známek zranění je, konkrétně v případě osob omezených na svobodě, pro orgány státu velmi těžké unést důkazní břemeno, že zranění nevzniklo jejich zaviněním nebo nedbalostí. Právě v případě osob omezených na svobodě je i postup psychiatrické nemocnice přičitatelný státu.⁴⁰

Ze záznamů o nežádoucích událostech je zřejmé, že k vážným úrazům dochází i v zařízení. Viz například nežádoucí událost č. 2018/00005, ze dne 8. 7. 2018, kdy si pacientka zlomila krček stehenní kosti, nebo nežádoucí událost č. 2017/00126, ze dne 21. 12. 2017, kdy si pacient způsobil zranění skokem přes zábradlí.

⁴⁰ Standard toho, jak má vypadat záznam o zjištěných zraněních použitelný pro případné budoucí vyšetřování špatného zacházení, vyplývá z OSN Istanbulského protokolu z roku 1999 (Zásady pro účinné vyšetřování a dokumentaci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání) a je obsažen ve standardu CPT: Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Pořizování záznamů a podávání zpráv o lékařských zjištěních o špatném zacházení. Výňatek z 23. všeobecné zprávy CPT, publikované v roce 2013. [online]. Francie. © Council of Europe. [cit 23. 7. 2018], bod 74. Dostupné z <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ccc36>.



Opatření:

- 38) Důsledně provádět detailní záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpěných v průběhu hospitalizace; zaznamenávat všechny aspekty: vyjádření pacienta k původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (průběžně).**

Zařízení by mělo zavést používání fotoaparátu (nebo tabletu) pro příjmová a další vyšetření a zvážit používání formuláře pro zaznamenávání všech důležitých údajů, který by zdravotníkům zjednodušil práci.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně

- Kontaktovat příslušný orgán památkové péče za účelem nalezení takového řešení zábradlí u schodiště na stanici muži 2, které bude respektovat jak památkovou, tak zdravotnickou povahu zařízení (opatření č. 1).
- Přijmout opatření k minimalizaci rizika záměny pacientů (opatření č. 5).
- Zajistit, aby síťové lůžko ani lůžko/matrace v místnosti určené k bezpečnému pohybu nebylo počítáno do kapacity oddělení (opatření č. 6).
- Vytvořit takové personální podmínky, aby pacienti neasistovali s omezováním jiných pacientů (opatření č. 21).
- Pokud si pacient nemůže pásy sám uvolnit, přistupovat k fixaci jako k použití omezovacího prostředku a náležitě dokumentovat jeho nezbytnost, rozsah a schválení lékařem; při tom lze denní záznamy kombinovat s plánem zvládání rizika (opatření č. 24).
- Neomezovat pacienta pásy v lůžku na ložnici, kam mají volný přístup jiní pacienti, pokud není zajištěna nepřetržitá osobní přítomnost zdravotníka u omezeného pacienta (opatření č. 28).

Do 3 měsíců

- Buď zajistit, aby se pepřový sprej v zařízení nepoužíval, nebo vnitřním předpisem stanovit pravidla pro jeho použití ve smyslu zásad uvedených v kapitole 1.4 (opatření č. 3).
- Zajistit pacientům se sníženou mobilitou možnost přivolat si pomoc jinak než křikem (opatření č. 7).
- Zajistit, aby i pacienti s pohybovým omezením měli pravidelný přístup na čerstvý vzduch (opatření č. 17).
- Upravit vnitřní předpis zařízení tak, aby umožňoval použití omezovacího prostředku pouze za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob (opatření č. 20).
- Odstranit rizikové prvky z místnosti určené k bezpečnému pohybu na stanici ženy a do té doby ji nevyužívat jako omezovací prostředek (opatření č. 23).
- Zajistit pacientům v omezení možnost signalizace k přivolání personálu (opatření č. 30).
- Vybavit všechny stanice schránkami pro podání stížností a na schránce uvést, že se jedná o schránku na stížnosti a kdo a kdy schránku vybírá (opatření č. 37).



Do 6 měsíců	• Těm pacientům, jejichž zdravotní stav to nevyklučuje, umožnit uložit si věci v uzamykatelném nepřetržitě dostupném prostoru a poskytnout jim od něj klíč (opatření č. 13). • Vybavit toalety zámky, které personál v případě potřeby může otevřít zvenčí (opatření č. 14). • Zajistit větší úroveň soukromí pacientů ve sprchách (opatření č. 15). • Odstranit ty kamery, které nejsou bezpodmínečně nutné k zajištění bezpečnosti pacientů, a to zejména kamery ze společenských prostor (opatření č. 16). • Odstranit mřížové dveře z místností určených k bezpečnému pohybu (opatření č. 22). • Stanovit ve vnitřních předpisech jasná pravidla používání fakultativní medikace s tlumícím účinkem s využitím standardu popsaného v kapitole 6.8 a zajistit, aby změnu stavu pacienta mohl zásadně řešit lékař, ošetřující nebo sloužící (opatření č. 27). • Provádět s pacientem ve vhodném čase po ukončení omezení rozhovor s cílem nejen jej informovat, proč bylo z pohledu zdravotníků nezbytné omezovací prostředek použít, ale také vyslechnout jeho pohled a společně hledat alternativní opatření do budoucna; toto pojetí zakotvit ve vnitřním předpisu (opatření č. 31). • Upravit vnitřní předpis tak, aby v záznamu o použití omezovacího prostředku bylo uvedeno, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků (opatření č. 32) • Ve vnitřním předpisu stanovit intervaly záznamů lékaře o zdravotním stavu pacienta a zajistit jejich dodržování i v noci (opatření č. 33).
Do 1 roku	• Na každé stanici zřídit alespoň dvě jedno či dvojlůžkové ložnice (opatření č. 11).
Průběžně	• Nepřijímat pacienty v takovém zdravotním stavu, který v kombinaci rizikovými prvky v prostředí oddělení představuje již nepřiměřené riziko (opatření č. 2). • Při řešení napadení nabízet podporu napadenému pacientovi (opatření č. 4). • Minimalizovat opuštěnost pacienta v odlehlé místnosti pro omezení nepřetržitou přítomností zdravotníka u omezeného pacienta (opatření č. 8). • Neodebírat pacientům osobní oblečení, pokud si to výslovně nepřejí, nebo pokud to není nutné k zajištění hygieny na oddělení či léčebného postupu (opatření č. 9). • Postupně snižovat počet lůžek na pokojích na maximálně 4 lůžka na jeden pokoj (opatření č. 10). • Vytvářet podmínky umožňující pacientům individualizovat si svůj prostor a lůžko (opatření č. 12).



- Vyvíjet i nadále snahu o navýšení zejména lékařských úvazků (opatření č. 19).
- Dokumentovat použití úchopu omezujícího volný pohyb pacienta jako použití omezovacího prostředku (opatření č. 25).
- Pracovat s farmakologickým omezovacím prostředkem [tj. podání tlumících léků s použitím síly (nebo její hrozbou) za účelem zvládnutí chování pacienta], tedy zajistit jeho používání zásadně z rozhodnutí lékaře a s náležitým dokumentováním včetně centrální evidence (opatření č. 26).
- Zajišťovat vizuální oddělení pacientů v omezení od ostatních pacientů (opatření č. 29).
- U pacienta v závažném somatickém stavu, tím spíše pak v omezení, pravidelně sledovat a dokumentovat jeho vývoj a činit záznamy o krocích podniknutých k jeho zlepšení (opatření č. 34).
- Neevidovat omezení, která na sebe bezprostředně navazují, jako samostatná omezení, ale jako trvající omezení (opatření č. 35).
- Na úrovni vedení v rámci pravidelného auditu provádět vyhodnocování záznamů v evidenci použití omezovacích prostředků za účelem snížení četnosti jejich použití (opatření č. 36).
- Důsledně provádět detailní záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpěných v průběhu hospitalizace; zaznamenávat všechny aspekty: vyjádření pacienta k původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (opatření č. 38).

Spolu s vyjádření
ke zprávě

- Sdělit, zda a jak je na jednotlivých odděleních naplněn standard stanovený vyhláškou o minimálním personálním standardu (opatření č. 18).