



ombudsman

už 20 let pomáháme bez rozdílu

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA
Typ zařízení:	klinika fakultní nemocnice
Kapacita:	50 lůžek
Datum návštěvy:	10. až 11. června 2019 a 9. září 2019
Datum vydání zprávy:	27. ledna 2020
Návštěvu provedli:	MUDr. Josef Blažek, Mgr. Štěpán Jílka, Mgr. Martin Klumpar, PhDr. Božena Lányová, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský

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



Obsah:

Úvodní informace	3
Shrnutí	8
Zjištění a doporučení ochránkyň	9
1. Bezpečí pro pacienty i personál	9
2. Pojistky v průběhu hospitalizace.....	15
3. Personální otázky	20
4. Soukromí	21
5. Materiální podmínky	25
6. Režim a pravidla	26
7. Otázky péče	29
8. Používání omezovacích prostředků	31
Přehled opatření k nápravě	41



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, vykonávám činnost národního preventivního mechanismu, v jehož rámci provádím **systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě**. Důvodem omezení na svobodě je rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo závislost osoby na poskytované péči. Cílem systematických návštěv je posílit ochranu osob omezených na svobodě před všemi formami špatného zacházení.¹ Psychiatrická oddělení fakultních nemocnic 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.² Pracovníky jsou právníci, lékaři a další zdravotníci. Šetření spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, 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 nepopisuje praxi zařízení, která odpovídá dobrým standardům zacházení. Proto může působit negativním dojmem. Prosím čtenáře, aby zprávu četli s tímto vědomím a nepovažovali mé závěry za nedocnění náročné práce zařízení.

Zprávu zašlu zařízení a vyzvu je, aby se k mým zjištěním a navrženým opatřením vyjádřilo.⁴ Jsem připravena zabývat se předloženými argumenty. Navržená opatření k nápravě jsou zpravidla různá svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Při jejich formulaci navrhuji také termín realizace, přičemž očekávám, že zařízení jej buď respektuje, anebo odůvodněně navrhne jiný termín. Pro snazší orientaci poskytuji v závěru zprávy jejich přehled.

1 Špatným zacházením se rozumí jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost a dosahuje určitého stupně závažnosti (samo o sobě, nebo při kumulativním účinku jednotlivých zásahů). Ve zdravotnických zařízeních může mít špatné zacházení například podobu nezajištění bezpečí, nerespektování lidské důstojnosti, práva na soukromí, posilování závislosti na poskytované péči, nerespektování sociální autonomie, práva na spoluúčast při rozhodování o léčebném postupu, anebo podobu neodůvodněného používání omezovacích prostředků.

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.

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



- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Je-li jejich realizace náročná, je třeba je provést v nejkratší možné době. Za bezodkladná pokládám opatření, která považuji za naléhavá a 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 je pak vysvětlení zjištěných pochybení, doložení navržených opatření k nápravě či hodnověrný příslib jejich realizace.

Neshledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným, vyrozumím o tom nadřízený úřad (případně vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁵ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

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

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

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. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

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



Charakteristika zařízení

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol (dále také jako „zařízení“ nebo „klinika“) se nachází v samostatné budově v areálu Fakultní nemocnice v Motole (dále jen „FN Motol“). Zabývá se diagnostikou a terapií duševních poruch u dětí a dospívajících. Zařízení poskytuje komplexní ambulantní i lůžkovou pedopsychiatrickou péči v celém diagnostickém spektru.

Zařízení je členěno na 3 oddělení a má celkovou kapacitu 51 lůžek. Na všech odděleních probíhá léčba dívek i chlapců z celého věkového spektra dohromady. Chlapci a dívky jsou na pokojích ubytováni zvlášť.

Oddělení označované dále v textu jako DPK se nachází v přízemí a má kapacitu 20 lůžek. Na oddělení DPK probíhá ve větší míře léčba pacientů s poruchami příjmu potravy, je zde však poskytována péče i pacientům s jinými diagnózami. V době návštěvy v červnu bylo na oddělení hospitalizováno 20 a v září 8 pacientů. V září zařízení nebylo plně obsazeno po letních prázdninách.

Oddělení označované dále v textu jako DPK-D se nachází také v přízemí a má kapacitu 11 lůžek. Oddělení se zaměřuje na pacienty v závažnějším zdravotním stavu. V době návštěvy v červnu bylo na oddělení hospitalizováno 10 a v září 7 pacientů.

Oddělení označované dále v textu jako DPK-1 se nachází v 1. patře budovy a má kapacitu 20 lůžek. Na oddělení DPK-1 probíhá ve větší míře léčba pacientů s poruchami autistického spektra. Oddělení DPK-1 se však stejně jako oddělení DPK věnuje i pacientům s jinými diagnózami. V době návštěvy v červnu bylo na oddělení hospitalizováno 18 a v září 13 pacientů.

V zařízení probíhá školní výuka. V prvním patře jsou 4 třídy. Jedna třída je určena pro 1. stupeň ZŠ, v další třídě probíhá výuka učiva šesté a sedmé třídy dohromady, v další třídě probíhá výuka učiva osmé třídy a v poslední třídě probíhá výuka učiva 9. třídy a středoškolských studentů.

Na každém oddělení je herna. Pro celé zařízení je společná tělocvična, dílna pro arteterapeutické aktivity a oplocená zahrada.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dvou termínech, a to 10. 6. až 11. 6. 2019 a následně 9. 9. 2019. První část návštěvy proběhla bez předchozího ohlášení. Ředitel byl o návštěvě informován prostřednictvím nemocniční ombudsmanky JUDr. Vladimíry Dvořákové. Zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“) jí předali pověření k provedení návštěvy, vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře Mgr. Štěpán Jílka, Mgr. Martin Klumpar, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský. Na první části návštěvy se též podíleli pověřeni experti z oboru, a to MUDr. Josef Blažek a PhDr. Božena Lányová. Šetření provedli na všech odděleních. Hovořili s lékaři, psychologem, ošetrovatelským personálem



a s pacienty, pozorovali poskytování zdravotních služeb a studovali relevantní dokumentaci včetně zdravotnické.

První část návštěvy byla předčasně ukončena dne 11. 6. 2019 poté, co vedení nemocnice rozhodlo, že nebude umožněno provádění rozhovorů s nezletilými pacienty bez předchozího souhlasu jejich zákonných zástupců. **Bez možnosti hovořit bezprostředně s osobami umístěnými v zařízení nelze efektivně provádět systematické návštěvy.** Proto byla návštěva přerušena.

Informovala jsem neprodleně Ministerstvo zdravotnictví a žádala zjednání nápravy, neboť je závazkem České republiky umožnit výkon mandátu národního preventivního mechanismu. Ministerstvo zdravotnictví se přiklonilo k mému názoru, že pověření zaměstnanci Kanceláře jsou oprávněni v rámci systematické návštěvy provádět šetření spočívající v rozmluvě s osobami umístěnými v zařízeních, a to bez přítomnosti jiných osob, i když se jedná o nezletilé osoby nebo osoby s omezenou svéprávností, a to bez potřeby předchozího souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka.

Následně zařízení souhlasilo s dokončením návštěvy včetně rozhovorů s nezletilými pacienty. Druhá část návštěvy již byla předem ohlášena, a to z důvodu zajištění přítomnosti pracovníků, s nimiž nebyly vedeny rozhovory v rámci první části návštěvy, zejména primáře kliniky.

Na místě zastižený personál poskytl veškerou 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.⁸ Takové závažnosti mohou při hospitalizaci dosáhnout (i) špatné podmínky a režim, pokud by byla překročena nevyhnutelná míra strádání vždy spojená se zbavením svobody, (ii) nezajištění péče nebo podrobení některým léčebným postupům bez souhlasu či použití fyzické síly, které by nebylo nezbytně nutné v důsledku jednání osoby, (iii) neprofesionální jednání nebo dokonce násilí ze strany pečujících a (iv) nezajištění ochrany před ublížením nebo zneužitím ze strany třetích osob.

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

⁸ Psychiatrické zařízení zřizované Ministerstvem zdravotnictví a oprávněné ze zákona k realizaci opatření, jako je i nedobrovolná hospitalizace a léčba, je třeba ve světle judikatury Evropského soudu pro lidská práva považovat za veřejnou instituci, jejíž postup je přičitatelný státu. [Viz např. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2) ze dne 19. února 2015, č. 75450/12, bod 99. Přiměřeně viz rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice ze dne 18. října 2012, č. 37679/08, bod 77.] Úkony či nečinnost zaměstnanců mohou zakládat odpovědnost státu za porušení zákazu špatného zacházení. Svůj přístup tedy opírám o výklad závazků plynoucích státu z článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb., dále jen „Úmluva“).



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, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška o minimálním personálním standardu“),
- vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška o zdravotnické dokumentaci“).

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“).⁹

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

- EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT)*, CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 20. 11. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>,
- EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé*. Výňatek z 16. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 20. 11. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>.

⁹ 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.



Shrnutí

Systematickou návštěvu Dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Motole jsem zaměřila na témata prevence špatného zacházení a pojistek proti němu. Zpráva z návštěvy tedy nepředstavuje celkový obraz poskytované péče, ale pojednává o vybraných bodech, které v praxi představují nebo mohou představovat problém.

Dílčí komplikaci při realizaci návštěvy představoval právní názor FN Motol, že zaměstnanci Kanceláře nemohou provádět rozhovory s dětmi bez předchozího souhlasu zákonných zástupců. Akceptace tohoto názoru by znamenala znemožnění realizace systematických návštěv. Vítám proto, že se tento názor podařilo překonat a návštěva mohla být dokončena.

Na všech odděleních panovala klidná atmosféra s respektem dospělých k dětem a také naopak. Zaznamenala jsem pouze vstřícné jednání personálu s pacienty při respektu k jejich důstojnosti. Nejistila jsem nic, co bych považovala za špatné zacházení. Vnímám však prostor pro rozvoj opatření k jeho prevenci.

V oblasti bezpečnosti prostředí vnímám jako riziko zejména havarijní stav oken v zařízení, čehož si je zařízení podle evidence nežádoucích událostí vědomo. Očekávám proto, že se v dohledné době podaří zajistit jejich výměnu.

Za důležité považuji, aby zařízení kladlo větší důraz na vůli nezletilého pacienta a obecně pak jeho participaci na rozhodování o záležitostech, jež se ho týkají. V době návštěvy byl v zařízení např. souhlas nezletilého s hospitalizací vždy nahrazen souhlasem jeho zákonných zástupců, ačkoliv právní úprava předpokládá postupný rozvoj schopnosti nezletilého rozhodovat sám o sobě.

Ve zprávě dále upozorňuji na nízkou úroveň soukromí. **Za problematické považuji intenzivní používání kamer a dále to, že kamery pořizují záznam.** Stávající praxi považuji za rozpornou s právní úpravou.

Pozitivně hodnotím relativně nízkou četnost používání omezovacích prostředků, ale i zde však shledávám prostor pro rozvoj. **Nemohu akceptovat, že FN Motol se rozhodla nenaplnovat svou zákonem stanovenou povinnost vést centrální evidenci omezení,** a za velmi důležité také považuji zavedení pravidelného školení personálu v používání omezovacích prostředků.



Zjištění a doporučení ochránkyně

1. Bezpečí pro pacienty i personál

1.1 Standard

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

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

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

1.2 Úroveň bezpečí v zařízení zjištěná na základě evidence nežádoucích událostí

Za účelem zjištění úrovně bezpečí v zařízení jsem si vyžádala evidenci nežádoucích událostí za roky 2017 až (září) 2019. Za tuto dobu bylo na klinice evidováno 27 nežádoucích událostí:

- 4 se týkaly sebepoškozujícího jednání pacientů či pokusu o ně,
- 2 se týkaly jedné situace, kdy došlo k intimnímu styku mezi pacienty,
- 1 se týkala útěku pacientky,
- 6 se týkalo konfliktu personálu s jinými osobami než pacienty (rodiče, známí atd.),
- 2 se týkaly zranění pacienta pacientem,
- 3 se týkaly administrativních problémů např. s e-receptem,
- 4 se týkaly agrese pacientů vůči personálu nebo vybavení zařízení,
- 2 se týkaly intoxikace pacientů v průběhu vycházky,
- 2 se týkaly pronesení nebezpečného předmětu,
- 1 se týkala poškození okna.

Z počtu nežádoucích událostí vyplývá, že ke konfliktním událostem v zařízení dochází, nejedná se však zdaleka o události časté a nezjistila jsem žádnou událost, která by vedla k vážnému poškození zdraví pacienta nebo k pracovní neschopnosti personálu. Evidence



nežádoucích událostí tak nevede k závěru o tom, že by prostředí v zařízení bylo pro pacienty nebo personál ohrožující, což je konzistentní s pozorováním zaměstnanců Kanceláře i se zjištěními z rozhovorů s pacienty a personálem.

1.2.1 Postup zařízení při řešení nežádoucích událostí

Zaměřila jsem se i na postup zařízení při řešení nežádoucích událostí, ten je v zařízení upraven *organizační směrnici č. IOS_24/2007-5 Hlášení nežádoucích událostí ve fakultní nemocnici v Motole*.

Nezískala jsem poznatek o tom, že by ve studované zdravotnické dokumentaci byly obsaženy záznamy o událostech, které nebyly řešeny jako nežádoucí událost, ačkoliv naplňují její definici.

V reakci na nežádoucí události jsou v protokolech o nich navržena opatření k prevenci jejich opakování. Některá z navrhovaných opatření již byla realizována, zde se jedná např. o navýšení počtu sester navrhované v protokolu o nežádoucí události ze dne 23. 9. 2018, jiná opatření doposud na realizaci čekají, zde se jedná např. o výměnu oken v zařízení zmiňovanou v protokolu o nežádoucí události ze dne 28. 5. 2019.

Na základě získaných informací se přístup zařízení k řešení nežádoucích událostí jeví jako dostatečně pečlivý.¹⁰

1.3 Bezpečnostní opatření

Zaměřila jsem se i na to, jaká opatření zařízení využívá za účelem zvýšení bezpečnosti.

1.3.1 Dohled nad pacienty

V zařízení **nejsou používány standardizované stupně dohledu**, které by stanovily, v jakých intervalech má být pacient v určitém stupni dohledu kontrolován a jak často má být např. prováděn záznam o stavu pacienta. U každého pacienta stanovuje lékař případná rizika, na která se má ošetrovatelský personál zaměřit, a dohled je pak prováděn podle tohoto individuálního zadání.

V jiných zařízeních jsem se setkala se standardizovanými stupni dohledu. Nezjistila jsem však, že by systém zvolený zařízením působil komplikace, individualizaci přístupu naopak hodnotím kladně. **Domnívám se však, že stávající způsob zajištění dohledu je umožněn masivním používáním kamer, kdy jsou všichni pacienti podrobeni téměř absolutnímu a nepřetržitému dohledu.** Jestliže se zařízení rozhodne postupovat podle mnou níže předkládaného opatření č. 12 a omezit používání kamer, tak doporučuji revidovat zavedenou praxi (a případně i zvážit vhodnost zavedení standardizovaných stupňů dohledu).

10 Za možný problém považuji zpracování stejné nežádoucí události na dvou protokolech. Jedná se o událost ze dne 22. 1. 2018 týkající se agresivního jednání ze strany pacientky. Tato událost je evidována paralelně na protokolu o nežádoucí události č. HMUD_023327/2018 a protokolu č. HMUD_023330/2018. Protokoly byly založeny různými zaměstnanci. Zařízení tak navrhuji zhodnotit, zda je zaměstnancům vždy zřejmé, kdo je zodpovědný za oznámení nežádoucí události. Dvojí vykázaní zkresluje statistiku. Problémem by nicméně bylo, pokud by událost pro nejasnost kompetencí nevykázal nikdo.



Kontrola pacientů je prováděna i v průběhu noci, zdravotnický personál prochází pokoje s baterkami. V rámci rozhovorů někteří pacienti noční kontroly s baterkou hodnotili jako velmi rušivé a zmiňovali také, že se obtížně spí při rozsvíceném **nočním světle**, kterým jsou vybaveny všechny pokoje.

Kvalitní spánek vnímám jako důležitý pro duševní pohodu. Za situace, kdy jsou pokoje vybaveny nočním světlem a kamerou s nočním viděním, se kontrola všech pacientů s baterkou bez ohledu na stupeň ohrožení jeví jako nadbytečná. V případě, že stávající podoba nočních kontrol je nezbytná pro zajištění bezpečí některých pacientů, je namísto nabízet pacientům spací masky za účelem zkvalitnění spánku.

Opatření:

1) Omezit míru vyrušování pacientů v průběhu noci (do 1 měsíce).

Oslovený personál uvedl, že noční kontroly probíhají přibližně v hodinových intervalech. **Stanovení intervalu nočních kontrol ani způsobu této kontroly jsem nenašla v žádném vnitřním předpisu.** Navrhuji zařízení zvážit doplnění, například do dokumentu *Provozní pokyny*, který představuje přílohu č. 4 *Provozní řád pracoviště Dětská psychiatrická klinika*.

1.3.2 Kontroly věcí

Domácí řád Dětské psychiatrické kliniky 2 LF a Fakultní nemocnice Motol (dále jen „*Domácí řád*“) stanovuje povinnost zdravotní sestry kontrolovat osobní věci pacientů při příjmu a návratu z propustek a po návštěvě. *Domácí řád* také opravňuje zdravotní sestru provádět **kontrolu osobních věcí** pacientů kdykoliv v průběhu hospitalizace. S ohledem na to, že podle evidence nežádoucích událostí do zařízení pronikají nebezpečné předměty a od pacientů jsem nezjistila, že by tyto kontroly probíhaly nedůstojným způsobem, nekritizuji široce nastavenou úroveň kontroly osobních věcí pacientů.

V zařízení je zaveden **zákaz holítek**, a to z důvodu prevence sebepoškození pacienta břitkem. Při návštěvě si dívky na zákaz stěžovaly a jedna z pacientek se svěřila, že holítko v zařízení tajně má a ukrývá ho na místě, které nesdělila. Doporučuji zařízení zvážit, zda je naprostý zákaz holítek vhodným preventivním opatřením. Mám za to, že zejména dívky pod vlivem sociálního tlaku budou o holení usilovat i přes zákaz a holítko budou do zařízení tajně pronášet. Za vhodnější opatření, které povede k minimalizaci výskytu různě ukrytých holítek, považuji jejich uložení na sesterně a vydávání jen na dobu nezbytně nutnou a případně použití pouze pod dohledem, a to pouze pacientům, u nichž není zvýšené riziko sebepoškození jednání.

Opatření:

2) Zhodnotit, zda zákaz holítek paradoxně nevede k jejich skrytému pronikání na oddělení, a tím i k menší míře kontroly nad jejich výskytem (do 1 měsíce).

1.3.3 Kamery na oddělení

Celý prostor oddělení je intenzivně monitorován **kamerovým systémem**. Např. na oddělení DPK je 12 kamer, a to 1 na jídelně, 2 na chodbě, 1 v herně, 2 na čtyřlůžkovém pokoji a 1 na každém dalším pokoji. Kamery nepřenášejí zvuk. Na toaletách a sprchách nejsou kamery, ale **pohybová čidla a čidla kouře**. Obraz z kamer je přenášen na monitory



na sesternách. Ačkoliv kamery umožňují zařízení mít dokonalý přehled o dění na všech pokojích, tak intenzivní používání kamer vnímám jako nepřiměřený zásah do práva pacientů na soukromí, čemuž se blíže věnuji v kapitole č. 4 této zprávy.

1.3.4 Možnost přivolat podporu z jiných oddělení

Personál je vybaven náramkem s tlačítkem, které umožňuje přivolat pomoc z jiných oddělení. Při aktivaci se na sesternách na všech odděleních rozsvítí nápis „napadení“. Díky nedávnému navýšení počtu personálu jsou vždy na každém oddělení přítomni alespoň dva pracovníci, a jeden z nich tak může oddělení opustit a pomoci kolegům. Tato opatření považuji za adekvátní zohlednění standardu bezpečnosti.

1.3.5 Možnost přivolat ostrahu

V zařízení působí jednak ostraha přímo na klinice (dále jen „ostraha kliniky“), a jednak také ostraha, která působí pro celou fakultní nemocnici (dále jen „celonemocniční ostraha“). Podle záznamů o nežádoucích událostech dochází k situacím, kdy je nutné přivolat pomoc ostrahy, pouze ojediněle. Zásah ostrahy je popsán v protokolu nežádoucích událostí například ze dne 25. 5. 2018 a dne 6. 8. 2018. V obou případech zasahovala jak ostraha kliniky, tak celonemocniční ostraha.

Ostraha kliniky je napojena na alarm na odděleních. Celonemocniční ostrahu lze přivolat telefonicky a o jejím přivolání rozhodují zdravotníci.

Jako ostraha kliniky pracuje vždy jeden muž, který je zaměstnancem externího subjektu. Jeho pracovní náplní je činnost vrátného, vedení knihy návštěv (nefiltruje ale, kdo může vstoupit), v noci pochůzky mimo oddělení. Na požádání zdravotnického personálu pracovník ostrahy přidrží pacienta; zdravotnický personál však podporu ostrahy zařízení potřebuje jen zřídka. Ostraha zařízení nemá žádné speciální vybavení pro zvládání agresivního chování pacientů.

Celonemocniční ostraha zasahuje v zařízení pouze zřídka, na zavolání dorazí vždy dva pracovníci, dle oslovených zdravotníků pracovníci ostrahy vždy postupují podle jejich instrukcí. To je jediná správná varianta. Mám za to, že primárně má být chování pacientů zvládáno silami zdravotníků. Proto lze praxi v zařízení akceptovat jen s tím, že zásah ostrahy je zjevně výjimečný.

Dle rozhovoru se zdravotníky se jako nežádoucí událost vyhodnocují pouze situace, kdy je přivolána pomoc celonemocniční ostrahy. **Jsem přesvědčena, že jako nežádoucí událost by měla být evidována každá událost, kdy je ke zvládnutí pacienta nutná podpora nezdravotnického personálu, a to zejména pokud dojde k fyzickému kontaktu mezi pacientem a pracovníkem ostrahy např. ve formě úchopu.**

Opatření:

- 3) **Zaznamenávat jako nežádoucí událost každou událost, kdy dojde k fyzickému kontaktu mezi pacientem a pracovníkem ostrahy [jak kliniky, tak celonemocniční] za účelem zvládnutí chování pacienta (průběžně).**

Zaměřila jsem se i na to, zda jsou **pracovníci ostrahy školeni pro jednání s pacientem s duševním onemocněním.**



Požadavek na to, aby personál v psychiatrických zařízeních byl vyškolen v používání verbálních i manuálních technik zvládání neklidných nebo násilných pacientů, vyplývá ze standardů CPT,¹¹ přičemž z pohledu záruk pro bezpečí pacienta není rozhodné, zda je člen personálu přímým zaměstnancem zařízení, ale je rozhodné to, že zařízení pracovníkovi umožňuje pacienta omezovat. Zařízení se tak nemůže zprostit své odpovědnosti vůči pacientům tím, že část svých aktivit deleguje na externí subjekt.

Zjistila jsem, že pracovníci ostrahy zařízení jsou jednou ročně školeni o svých pravomocích. Toto školení však neobsahuje nácvik spolupráce se zdravotníky a nejeví se jako příliš podrobné, co se týká bezpečnosti fyzické interakce s pacientem (potažmo dítětem). Požadavek na školení pracovníků ostrahy zařízení pro jednání s agresivním pacientem vyplývá i z protokolu o nežádoucí události ze dne 6. 8. 2018.

Opatření:

- 4) Zajistit, aby pracovníci ostrahy potenciálně zasahující na klinice byli proškoleni v komunikaci s osobou s duševním onemocněním a v používání verbálních i manuálních technik zvládání neklidných nebo násilných pacientů a aby pravidelně probíhal nácvik použití omezení spolu se zdravotníky (do 6 měsíců).**

Nezjistila jsem situace, kdy by vůči pacientům na oddělení musela zasahovat policie, natož aby ji zdravotníci příliš často přivolávali. Při nežádoucí události ze dne 6. 8. 2018 policie asistovala při přemístění pacienta do Psychiatrické nemocnice v Bohnicích.

1.4 Atmosféra na odděleních

Žádné z dětí, s nimiž byly vedeny rozhovory, neprojevovalo k pobytu na oddělení odpor. Atmosféra byla klidná s respektem dospělých k dítěti, což velmi vítám.

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

Nebyly zaznamenány žádné tendence šikanování a děti neměly špatnou zkušenost ani z minula. Nezjistila jsem však, že by v rámci školení personálu byla věnována pozornost možnosti výskytu šikany mezi dětmi. **Navrhuji zařadit do průběžného vzdělávání ošetrovatelského personálu téma rizika šikany a postupů její primární a sekundární prevence.**

11 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních Výňatek z 8. obecné zprávy CPT, publikované v roce 1998. CPT/Inf(98)12-part [online]. Štrasburk: CPT, 1998 [cit. 10. 11. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>.



1.5 Rizikové prvky v prostředí

1.5.1 Standard

Zařízení musí přijímat kroky k tvorbě takového prostředí, které je pro pacienta, při respektu k jeho autonomii, co nejméně ohrožující. 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.

1.5.2 Okna v zařízení jsou v havarijním stavu

Rámy oken na všech odděleních jsou ve velmi špatném stavu. Na pokojích lze otevírat vždy jen jedno křídlo okna, to je v této části kryto mříží. O špatném stavu oken svědčí kromě pozorování pracovníků Kanceláře i nežádoucí událost ze dne 28. 5. 2019, která se týkala samovolného poškození okna, jež následně viselo na jediném pantu, přičemž hrozil pád okna na pacienty. Okno následně bylo napevno přivrtáno, takže je nebylo možné otevřít a místnost dostatečně vyvětrat.



Obrázek 1: Okno na pokoji oddělení DPK



Obrázek 2: Okno na pokoji oddělení DPK-D

Zastaralost oken považuji i za příčinu umístění mříží v těch částech oken pokojů, které lze otevřít. Moderní okna umožňují otevření na ventilaci, přičemž mám za to, že pokud takto budou otevřena všechna křídla okna na pokoji, bude jej možné dostatečně větrat a nebude nutné, být na části oken, používat mříže. Jsem přesvědčena, že **mříže do zdravotnických zařízení, a to zejména do moderních zdravotnických zařízení pro dětské pacienty, nepatří.**

Reflektuji, že výměna oken je finančně i provozně náročná. Stávající situaci však považuji již za tolik závažnou, že dochází k ohrožení pacientů.

Opatření:

- 5) Zajistit výměnu oken v zařízení a odstranit z nich mříže (do 1 roku).



2. Pojistky v průběhu hospitalizace

Šetření jsem zaměřila i na to, do jaké míry je respektována vůle pacienta, dále na to, jak se nezletilý pacient může domáhat přezkumu postupu zařízení vůči němu a jaké kroky činí zařízení k prevenci špatného zacházení.

2.1 Názor nezletilého pacienta na hospitalizaci a souhlas s ní

2.1.1 Standard

Podle § 35 zákona o zdravotních službách je „*při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.*“

Z § 95 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, vyplývá, že „*nezletilý, který není plně svéprávný, může v obvyklých záležitostech udělit souhlas k zákroku na svém těle také sám, je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku a jedná-li se o zákrok nezanechávající trvalé nebo závažné následky.*“

Na základě uvedených ustanovení jsem přesvědčena, že pacient, který se blíží ke zletilosti, může být hospitalizován i na základě svého souhlasu, a to zejména pokud se jedná o již déle probíhající léčbu a zákonní zástupci jsou nedostupní.

Celkově na základě zákonných ustanovení docházím k tomuto standardu:

- Poskytovatel individuálně posuzuje, zda je dítě způsobilé poskytnout souhlas s hospitalizací. Pokud se jeví, že ano, vychází z jeho právního jednání. To nevylučuje, aby zaznamenal také postoj zákonných zástupců nebo jiných zástupců nebo osob odpovědných za výchovu dítěte.
- I pokud v daném případě dítě způsobilé k poskytnutí (ne)souhlasu není, poskytovatel zajistí, aby – nakolik je to možné – bylo vhodným způsobem do poskytování souhlasu s hospitalizací zapojeno; mimo jiné přitom také realizuje povinnost zjistit jeho názor. Běžným způsobem je připojení podpisu na formulář, případně se zaznamenáním podrobností jeho stanoviska. Podoba formuláře souhlasu s hospitalizací nezletilých by pro tuto situaci měla být uzpůsobena.
- Poskytovatel způsobem provádění příjmu dítěte do nemocnice usiluje o získání jeho důvěry a souhlasu.

2.1.2 Zjištěná praxe

V zařízení se pro dokumentování souhlasu používá formulář *Souhlas zákonného zástupce s hospitalizací*. Ten neobsahuje kolonku pro zachycení názoru dítěte. Např. formulář týkající se hospitalizace 17leté pacientky č. 1, která byla hospitalizována od 27. 5. 2019, podepsal pouze ředitel dětského domova, z něž byla pacientka přijímána. Nezachycení názoru



nezletilého pacienta na jeho hospitalizaci na formuláři o souhlasu zákonného zástupce s jeho hospitalizací představuje v zařízení běžnou praxi.

Z toho nedovozuji, že by názor dítěte nebyl vůbec zjišťován (v některých příjmových zprávách byl zjištěn). Nicméně za nevhodné považuji používání formuláře, který vůbec nepočítá s možností udělení souhlasu nezletilým svéprávným pro tento úkon. A dále i u nezletilých nesvéprávných v této oblasti by mělo být možností „připodepsání“ vstupních formulářů jako nástroj umožnění jejich participace na rozhodování o tak závažném zásahu do jejich integrity.

Opatření:

- 6) Individuálně posuzovat, zda je dítě způsobilé poskytnout souhlas s hospitalizací (průběžně).**
- 7) Nakolik je to jen možné, zapojovat děti do procesu poskytování souhlasu s hospitalizací, a i když v individuálním případě dítě není způsobilé souhlas poskytnout, nabízet možnost podepsání formuláře (průběžně).**
- 8) Formulář souhlasu s hospitalizací používaný při příjmu pacientů mladších 18 let upravit tak, aby počítal s vyjádřením dítěte (do 3 měsíců).**
- 9) Připravit pro lékaře psychiatrické kliniky metodickou pomůcku, jak dostat všem právním nárokům při příjmu dítěte na psychiatrické oddělení (do 6 měsíců).**

Obávám se, že se zde jedná o širší problém nedostatečného zajištění participace dítěte na rozhodování o záležitostech, jež se ho týkají (čl. 12 odst. 1 Úmluvy OSN o právech dítěte). I v jiných záležitostech, kde zařízení žádá souhlas rodičů, nepadla v rozhovorech, a to i s vedením, zmínka o tom, že by některé děti mohly být k něčemu svéprávné.

Dále mohu jako příklad uvést souhlas s dítěte s dílčím zákrokem. I zde by názor nezletilého pacienta měl být v co nejširší míře zjišťován a některé děti budou rovněž (podle povahy zákroku) způsobilé samy rozhodnout. Nicméně v praxi zařízení není souhlas či nesouhlas nezletilého pacienta s poskytovanými zdravotními službami ze zdravotnické dokumentace vždy zřejmý. Např. u pacientky č. 2 není na formuláři, zachycujícím souhlas zákonného zástupce s podstoupením elektrokonvulzivní terapie (dále jen „EKT“), uveden souhlas pacientky, ačkoliv v době poskytnutí dovršila 15 let, a ani z její zdravotnické dokumentace jsem nezjistila, jaký byl její názor a zda nebylo možné s ní plánovanou léčbu probrat.

2.1.3 Hospitalizace nezletilého pacienta, který s hospitalizací nesouhlasí

Občanský zákoník v § 100 uvádí, že „*má-li být zasaženo do integrity nezletilého, který dovršil čtrnáct let, nenabyl plné svéprávnosti, a který zákroku vážně odporuje, třebaže zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. To platí i v případě provedení zákroku na zletilé osobě, která není plně svéprávná.*“ Omezení osobní svobody člověka pobytem ve zdravotnickém zařízení proti jeho vůli přitom představuje závažný zásah do jeho osobní integrity.

To znamená, že pacientům, kteří dovršili 14 let, a nejsou sami svéprávní k poskytnutí (ne)souhlasu, lze zdravotní služby (představující zásahy do integrity) poskytnout v případě jejich vážného nesouhlasu pouze v situaci, když se k tomu (s předstihem) vyjádří soud.



Uvedeným není dotčena možnost poskytnout zdravotní služby bez souhlasu (pacienta i zákonného zástupce) podle § 38 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Hospitalizaci pacienta bez souhlasu pak musí zařízení hlásit soudu do 24 hodin.

Podle § 76 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů, může každý pacient (i nezletilý, i konkrétně pacient mladší 14 let), který byl do zdravotnického zařízení převzat bez svého souhlasu, žádat o ochranu soud, v jehož obvodě se nachází zdravotnické zařízení. Soud poté prověří přípustnost hospitalizace. Zařízení má podle § 45 odst. 1 zákona o zdravotních službách vytvořit podmínky k zajištění uplatňování práv pacientů. **Je tak namístě pacienta být nezletilého, a to i mladšího 14 let, který se svou hospitalizací nesouhlasí, poučit o možnosti obrátit se na soud a vysvětlit mu, jak a kam může zaslat písemnost.**

V době návštěvy nebyl žádný pacient v režimu nedobrovolné hospitalizace. Dle zjištění z rozhovorů se zdravotníky nedochází k hlášení hospitalizací i u téměř zletilých pacientů, kteří s hospitalizací nesouhlasí, pokud souhlas vyslovil zákonný zástupce. K zahájení detenčního řízení se podle sdělení zdravotníků aktuálně přistupuje nejčastěji v případě, že rodiče nejsou dostupní pro podpis souhlasu s hospitalizací. V žádných informačních materiálech dostupných dětem není informace o možnosti obrátit se na soud.

Zjištěná praxe tak neodpovídá právům dítěte a ani praxi zjištěné v psychiatrických nemocnicích. Například v nedávno navštívené dětské psychiatrické nemocnici běžně činí oznámení soudu v případě těch dětí, které nastupují ze zařízení ústavní výchovy, a souhlas s hospitalizací by byl zákonným zástupcem poskytnut pouze formálně. Individuální úvahu pak činí lékaři v případě dětí ve věku 14 až 18 let, pokud projevují nesouhlas se svým pobytem schváleným zákonným zástupcem.

Ačkoli většina vstupů je jistě dobrovolných, zařízení musí být připraveno v případě nedobrovolného vstupu respektovat práva dítěte.

Opatření:

- 10) U dětí starších 14 let, které nejsou způsobilé o hospitalizaci rozhodovat, v případě jejich vážného odporování nástupu na kliniku přistoupit k hospitalizaci, pouze pokud jsou naplněny podmínky pro hospitalizaci bez souhlasu, nebo až poté, co soud vyřeší rozpor mezi vůlí nezletilého a zákonného zástupce (průběžně).**

2.2 Stížnosti

2.2.1 Standard

Stížnostní mechanismus je jednou z pojistek proti špatnému zacházení s osobami zbavenými svobody. Pokud se bere vážně a jeho využívání je pacientům otevřené, pak kromě této funkce také přispívá k dobrým vztahům s personálem. Možnost dítěte podat stížnost (anebo



obecně vyjádřit připomínky k čemukoli, co se ho při pobytu v zařízení týká) je také jedním z prvků jeho práva být slyšeno.¹²

Zákon o zdravotních službách stanoví právo pacienta podat proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb stížnost, přičemž nejprve má být adresována poskytovateli a ve druhém kroku příslušnému správnímu orgánu.¹³ Jak má poskytovatel stížnostní mechanismus nastavit, už zákon nestanoví.

Nemocnice tak má volnost s tím, že musí dodržet základní zásady. Kromě zákonem explicitně uvedené zásady, že podání stížnosti nesmí být na újmu osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se týká, vyzdvihují zásady prevence špatného zacházení podle CPT: dostupnost, přístupnost, důvěrnost a bezpečnost, účinnost a doložitelnost.¹⁴ Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z duševní poruchy u pacientů psychiatrických nemocnic a zvláštních potřeb dětí.

Ze standardů CPT¹⁵ vyplývá, že poskytovatel zdravotních služeb musí přijímat kroky k tomu, aby stížnostní mechanismus byl dostupný, mimo jiné, i nezletilým pacientům. Nezletilý pacient stejně jako pacient s omezenou svéprávností může podle § 93 zákona o zdravotních službách podat stížnost na postup při poskytování zdravotních služeb i samostatně a měl by o tom být zařízením informován.

2.2.2 Přístup zařízení ke stížnostem dětských pacientů

Za roky 2017 až 2019 bylo ve FN Motol evidováno 10 stížností týkajících se kliniky. Jedna ze stížností byla hodnocena jako částečně opodstatněná (špatná domluva na termínu vyšetření, kvůli které pacient platil větší parkovné), zbytek jako neopodstatněný. Žádná ze stížností nebyla podána přímo nezletilým pacientem.

Na nástěnkách oddělení nebyly vyvěšeny informace o možnosti nezletilého pacienta stěžovat si. Na nástěnce mimo oddělení je vyvěšen dokument práva a povinnosti pacienta, kde je uvedeno, že si pacient může stěžovat na postup FN Motol při poskytování zdravotních služeb. V prostorech zařízení jsem nenalezla zveřejněný postup pro podávání stížností. Mimo oddělení se nachází schránka označená jako „Anketa“. Dotázané dítě ani sestra nevěděly, jaká platí pravidla pro podávání stížností pacientů kliniky.

Zařízení by mělo stávající cesty podání stížnosti doplnit o ty, které by byly dostupné dětem z oddělení, aniž by je musel zprostředkovávat tamní personál. Možností jsou schránky na stížnosti (musela by je vybírat třetí osoba, například administrativní pracovník nemocnice, schránka by měla být zamčena, umístěna na pacientům volně přístupném místě a opatřena informací, kdo a jak často její obsah vybírá), nízkoprahové využití e-mailu (dítě

12 Obecně je právo formulováno v článku 12 Úmluvy o právech dítěte či jako základní princip uvedeno v Doporučení Rec(2005)5 Výboru ministrů Rady Evropy.

13 Ustanovení § 93 a násl. zákona o zdravotních službách.

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

15 Ibid.



nemusí doplňovat elektronický podpis, ale pracovník pověřený agendou stížností sám proaktivně ověří totožnost stěžovatele), nabídnutí telefonního čísla s možností požádat o návštěvu pracovníkem pověřeným řešením stížností apod. Je na nemocnici, aby s ohledem na místní podmínky zvolila nejlepší řešení.

Pacientům by měly být dostupné informace o postupu řešení stížností (tedy musí probíhat vstupní ústní informování a pacientům musí být dostupné také písemné informace, připravené s ohledem na specifika cílové skupiny kliniky).

Opatření:

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

2.3 Dokumentování známek špatného zacházení

Z mezinárodního závazku chránit jednotlivce před špatným zacházením a zajistit náležitou péči osobám zbaveným svobody plyne státu povinnost věrohodně vysvětlit příčiny zranění, jež člověk v průběhu zbavení svobody utrpí. Pokud by si dotyčný stěžoval, že zranění je důsledkem špatného zacházení, a stát nemohl jeho původ objasnit, nesl by za ně odpovědnost. Psychiatrické nemocnice se tato povinnost státu dotýká tím, že v případě pacientů, nad nimiž vykonává kontrolu, je to právě ona, kdo má být schopen vznik každého zranění uspokojivě vysvětlit. To vyžaduje včasnou detekci a dobré dokumentování.

Poskytovatel zdravotních služeb, potažmo lékař, má dále důležitou úlohu v rámci prevence špatného zacházení ze strany jiných subjektů, například policie. Proto mezinárodní standard prevence špatného zacházení požaduje, aby se při vstupu do míst zbavení svobody prováděly lékařské prohlídky a systematicky se zaznamenávala případná zranění a známky napadení.

Pokud je zjištěno zranění, jehož původ může být v napadení nebo použití síly, měla by mít zpráva o ošetření kromě náležitostí daných medicínskými standardy také další obsahové náležitosti. Musí obsahovat (i) co nejpresnější popis události, zacházení a následných fyzických i psychických projevů, jak je udává vyšetřovaný; (ii) záznam o nálezů včetně barevných fotografií zranění; (iii) stanovisko lékaře, co se týká pravděpodobné souvislosti nálezů a možného špatného zacházení.¹⁶

Zařízení tedy doporučuji provádět detailní záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpených v průběhu hospitalizace; zaznamenávat všechny aspekty: vyjádření pacienta k původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezů s vyjádřením pacienta.

16 Srov. 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. 5. 11. 2019], bod 74. Dostupné z <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ccc36>.



3. Personální otázky

3.1 Počet pracovníků

Podle *Přehledu plánovaného počtu míst a obsazení* bylo v zařízení k 10. 6. 2019 obsazeno:

- 14,35 úvazku lékaře,
- 16,80 úvazku všeobecné sestry specialistky,
- 13,20 úvazku všeobecné sestry,
- 9,00 úvazku sanitáře,
- 2,00 úvazky psychologa.

V zařízení je tak při 51 lůžkách s rezervou naplněn požadavek na minimální personální zabezpečení stanovený vyhláškou o minimálním personálním standardu.

Při návštěvách se však nezaměřuji pouze na naplnění minimálního personálního standardu, ale i na to, zda je v zařízení dostatek personálu pro poskytování bezpečné a nerestriktivní péče.

Nezískala jsem poznatky o tom, že by personální situace v zařízení byla v některé oblasti nedostatečná. Oceňuji, že zařízení dokázalo přijmout kroky k tomu, aby zajistilo neustálou přítomnost alespoň 2 pracovníků ošetrovatelského personálu na každém oddělení.

3.2 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 se rozvíjí vždy, 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.¹⁷

V rámci pozorování personálu při práci byl zaznamenán pouze slušný a vstřícný přístup, zájem o pacienty a korektní vyjadřování na jejich adresu.

Podle rozhovorů s pacienty jsou sestry vnímány jako důvěryhodné, spolehlivé a pomáhající. Lékaři jsou vnímáni jako vzdálenější, příležitost k individuální a bližší komunikaci s nimi je vnímána jako spíše mimořádná, i když možná.

Vícero pacientů v rozhovorech zmiňovalo situaci, kdy sestra nedávno při úklidu lednice pacientům vyházela jídlo a křičela na ně, že je mají špatně označeno. Nic z rozhovorů však nenaznačovalo tomu, že by k obdobnému vybočení z jinak vysokého standardu přístupu k pacientům docházelo opakovaně.

17 „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.



4. Soukromí

Nedostatečný pocit soukromí se snadno stane zdrojem frustrace. Zaměřuji se proto i na úroveň soukromí v zařízení. Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že úroveň soukromí vnímají jako velmi nízkou. Jeden z pacientů uvedl, že ačkoliv má být podle dokumentu „Práva hospitalizovaného dítěte“ vyvěšeného v zařízení respektováno jeho soukromí, tak míru soukromí v zařízení hodnotí jako minimální.

4.1 Kamery a průzory

Podle článku 7 odst. 1 Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., Listiny základních práv a svobod, je možné soukromí omezit jen v případech stanovených zákonem. **Pro zdravotnická zařízení chybí zákonná úprava používání kamer při poskytování zdravotních služeb.**

4.1.1 V zařízení jsou intenzivně používány kamery

Obecně považuji za nepřijatelné použití kamer v běžných ložnicích (kde neprobíhá omezení), 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, které kamerový systém představuje.**

Používání kamer v prostorech, kde pacienti bydlí a léčí se, může vést k eliminaci veškeré intimity a nahrazování osobní péče distančním neosobním sledováním. Nejde navíc o úsporu času personálu, neboť sledování obrazu blokuje pracovníka, a protože je únavné, vyžaduje pravidelné střídání, aby bylo zabezpečeno řádně. Proto s intenzivním používáním kamer nesouhlasím a navrhuji provádět důkladnější hodnocení rizika a podle výsledků umisťovat pacienty na oddělení dobře personálně připravená pro zajištění zvýšeného dohledu.

Zařízení je intenzivně monitorováno kamerami. Např. na oddělení DPK je celkem 12 kamer, z toho je 1 na jídelně, 2 na chodbě, 1 v herně, 2 na čtyřlůžkovém pokoji a 1 na každém dalším pokoji. Kamery nepřenášejí zvuk, umožňují ale snímání i v noci.

Podotýkám, že absenci zákonného zmocnění nelze v případě kliniky a tamního velmi širokého použití kamer řešit souhlasy pacientů (zákonných zástupců), protože pokud by i zákonný zástupce jednoho pacienta nesouhlasil, bylo by komplikované zajistit jeho soukromí a zároveň snímat ostatní pacienty. Nemluvě o tom, že podle § 35 zákona o zdravotních službách by měl být zohledňován názor nezletilého pacienta na používání kamer.

Opatření:

- 12) Odstranit kamery z běžných ložnic [tj. nikoli ložnic zvýšeného dohledu] a dále ty kamery, které nejsou bezpodmínečně nutné k zajištění bezpečnosti pacientů (do 6 měsíců).**

S obdobně intenzivním používáním kamer na ložnicích pacientů jsem se nesetkala v žádném z doposud navštívených zdravotnických zařízení pro dětské pacienty, a to včetně oddělení pro děti se závažnými poruchami chování.



4.1.2 Pořizování kamerového záznamu bez souhlasu snímaných je v rozporu se zákonem

Podle § 84 občanského zákoníku lze podobu člověka tak, aby podle zobrazení bylo možné určit jeho totožnost, zachytit pouze s jeho svolením.

V zařízení je používán kamerový systém se záznamem. Záznamy se uchovávají po dobu 7 dnů. Do záznamů z kamer nemají zdravotníci přístup, musí být přivolán technický pracovník, který záznamy zpětně zpřístupní. Do záznamů z kamerových systémů není vstupováno často. Byla zmíněna situace z minulého roku, kdy se kamerový záznam použil ke zjištění toho, kdo kouřil v herně.

Informace o pořizování kamerového záznamu však není uvedena v žádném z dokumentů, které zařízení předkládá pacientům nebo jejich zákonným zástupcům. Je tak zřejmé, že v rozporu s § 84 občanského zákoníku je pořizován záznam podoby osoby bez jejího souhlasu. Zde zdůrazňuji, že kamerový záznam neslouží k zajištění dohledu, ale ke zpětnému vyšetřování událostí na oddělení, přičemž pro takový postup chybí jakýkoliv zákonný podklad.

Za vhodné řešení nepovažuji zařazení souhlasu s pořizováním záznamu do materiálů, jež jsou poskytovány pacientům nebo jejich zákonným zástupcům, a to ze stejných důvodů jako u intenzivního používání kamer výše.

Opatření:

- 13) Přestat s pořizováním záznamu z kamer na oddělení, ponechané kamery používat pouze bez záznamu (bezodkladně).**

4.1.3 Pokoje mají ve dveřích velké průzory

Průzory umožňují kontrolovat dění v pokoji bez nutnosti do pokoje vstoupit, představují však výrazný zásah do soukromí pacienta. Za vhodné považuji, aby průzory byly vybaveny pouze pokoje, kde jsou umístěni pacienti, u nichž je zvýšené riziko náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo sebepoškození. Tyto průzory by navíc do pokoje neměly směřovat ze společných prostor, ale ze zázemí personálu.

V zařízení jsou průzory ze společné chodby vybaveny všechny ložnice, značná část plochy dveří do ložnic je nahrazena nezaclonitelným plexisklem.



Obrázek 3: Průhledy ve dveřích do ložnic

Reflektuji, že ve stávajících prostorách není výše uvedený standard plně dosažitelný. I za stávajícího stavu však lze na základě individuálního hodnocení rizika zaclonit průzory do těch pokojů, kde jsou umístěni pacienti, nad nimiž není nutný nepřetržitý či zvýšený dohled. Zaclonění nemusí být trvalé, a pokud se zdravotní stav pacienta změní, nebo zde bude umístěn jiný pacient, lze clonu odstranit. To, že zaclonění průzoru do pokoje je technicky možné, vyplývá ze zaclonění průzoru do pokoje, kde v době návštěvy pobývala matka jako doprovod dítěte.

Opatření:

- 14) Na pokojích, kde jsou hospitalizováni pacienti, jejichž zdravotní stav nevyžaduje nepřetržitý či zvýšený dohled, zaclonit průzory z chodby (do 3 měsíců).**

4.2 Soukromí ve sprchách a na toaletách

Na každém oddělení jsou toalety a koupelna. Na DPK-D je koupelna společná pro chlapce a dívky, na zbylých odděleních jsou koupelny samostatné. Toalety mají vždy dvě kabinky, vstupuje se do nich z předsíňky, z níž se vstupuje i do koupelny. V koupelně je sprchový kout, vana a umyvadla. Dveře do kabinek od toalet nemůže pacient uzamknout, stejně tak nelze uzamknout dveře do koupelen.

Soukromí pacienta používajícího toaletu či koupelnu tak může narušit někdo další, kdo si nevšimne, že je obsazena. Za vhodné řešení považuji vybavení toalet knoflíkem, který umožní uzamčení zevnitř, přičemž personál může dveře zvenku klíčem vždy otevřít.¹⁸

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



Alespoň částečné odstranění tohoto rizika vidím v umístění cedulky „Vždy klepejte“ na dveře toalet.

Opatření:

15) Přijmout kroky ke zvýšení soukromí pacientů ve sprchách a na toaletách (do 3 měsíců)

V rozhovorech pacientky zmiňovaly, že by ocenily, pokud by měly na toaletách k dispozici koše na hygienické pomůcky při menstruaci.

4.3 Možnost uložit si osobní věci

Považuji za standard, že pacient dostane k používání noční stolek, skříň a nějaký uzamykatelný prostor; jednak to odpovídá současným kulturním podmínkám, a jednak jde o předpoklad pocitu bezpečí a autonomie pacienta.¹⁹ Standardem by mělo být, že i nezletilý pacient má k dispozici uzamykatelnou skříňku, přičemž způsob využívání se může lišit s ohledem na věk a vyspělost dítěte (klíč je u personálu nebo jej má dítě u sebe). Nejde zde o cennosti, ale o soukromí věcí běžné potřeby, jež mají spíše osobní hodnotu. Řada hospitalizovaných dětí je už starších a měly by mít tuto možnost.

Na většině pokojů v zařízení jsou neuzamykatelné skříně a neuzamykatelné šuplíky. Tam, kde jsou skřínky uzamykatelné, od nich pacienti neměli klíč. Pacient v rozhovoru zmiňoval, že má zkušenost s tím, že mu jiní pacienti brali věci. Některé předměty (jako např. mobilní telefony nebo hygienické potřeby) mají pacienti v zamčené skříni spravované sestrami.

Opatření:

16) Vybavit pokoje dětí nějakým uzamykatelným úložným prostorem a zapůjčovat klíč na základě individuálního posouzení schopností dítěte (do 6 měsíců).

Význam uzamykatelného prostoru vzroste, když zařízení přistoupí k odstranění kamer, protože v prostoru totálního a nepřetržitého dohledu na pokojích je každá ztráta či poškození předmětu snadno řešitelná. Děje se tak však na úkor soukromí pacientů.

4.4 Možnost setkání s návštěvou v soukromí

V zařízení chybí návštěvní místnost. Před vstupními dveřmi na oddělení je prostor se stolem a židlemi, kde mohou děti sedět s návštěvou. Prostor poskytuje minimum soukromí, protože tudy prochází každý, kdo vstupuje na oddělení.

¹⁹ EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních Výňatek z 8. obecné zprávy CPT, publikované v roce 1998. CPT/Inf(98)12-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 10. 11. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>. Bod 34.



Obrázek 4: Místo, kde se mohou pacienti setkávat s návštěvami

Návštěvy – samy o sobě emočně i organizačně náročné pro všechny zúčastněné – bez adekvátního zázemí nemohou probíhat hladce a s maximálním prospěchem pro pacienta. Respektuji, že stávající stavební rozložení zařízení neumožňuje zřízení samostatné návštěvní místnosti. **Vyzývám tak zařízení, aby hledalo možnosti, jak v co nejširším rozsahu umožnit setkání pacienta s návštěvou v soukromí, a to např. formou návštěvy na pokoji nebo v herně na oddělení.**

5. Materiální podmínky

5.1 Standard

Prostředí psychiatrického oddělení má být terapeutické a přizpůsobené dětem (dostatek prostoru a pomůcek pro hru, studium a odpočinek). Musí být vytvořeny podmínky pro oddělování dětí tak, aby se vzájemně nerušily nebo nedráždily. Odkazují zcela na požadavek Charty práv dětí v nemocnici, která je v zařízení vyvěšena jako dokument *Práva hospitalizovaného dítěte „děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti“.*

5.2 Ubytování se zohledněním potřeby soukromí dítěte

Na oddělení DPK a DPK-1 jsou ložnice se shodným rozmístěním lůžek, a to 1 čtyřlůžková ložnice, 4 třílůžkové ložnice a 2 dvojlůžkové ložnice. Na oddělení DPK-D jsou 2 čtyřlůžkové ložnice 1 dvojlůžková a 1 jednolůžková ložnice.

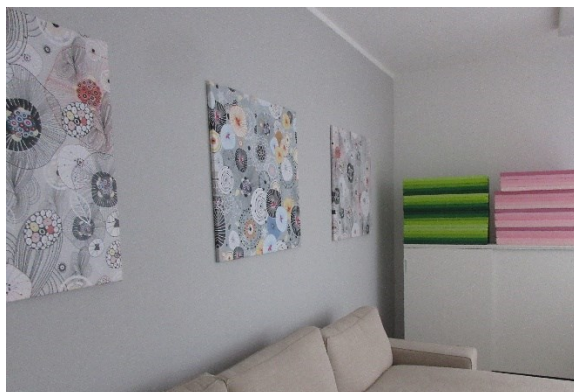
Žádný předpis nelimituje počet lůžek na pokoji, nicméně mnohalůžkové pokoje již nevyhovují současným standardům terapeutického prostředí. Neposkytují pacientům dostatečné soukromí a klid, a mohou tak mít i protiléčebný účinek. Duševní stav nebo specifická zranitelnost některých pacientů, dle mého soudu, vyžaduje dokonce individuální ubytování, má-li být minimalizováno riziko zasahování do práv jejich nebo jiných pacientů.



Obecně doporučuji, aby na pokojích byla maximálně 4 lůžka, tento standard zařízení naplňuje. Za ideální považuji stav, kdy je většina ložnic dvojlůžkových a konkrétní pacienty je možné uložit i samostatně. Reflektuji však, že tento stav je ve stávajících prostorech zařízení jen stěží dosažitelný.

5.3 Terapeutický a důstojný ráz prostředí

Co se týká estetiky vnitřního prostředí, může mít terapeutický význam (vizuální stimulace), ale jde také o to, aby se děti v nemocnici cítily co nejlépe a neumocňovalo se napětí a trauma z hospitalizace. V době návštěvy byly vnitřní prostory oddělení světlé, čisté, barevné a atmosférou přizpůsobeny dětem. Při návštěvě v září byla nově vybavena herna na oddělení DPK.



Obrázek 5: Herna na oddělení DPK



Obrázek 6: Jidelna na oddělení DPK

Terapeutický ráz prostředí narušují mříže v oknech na ložnicích. Jsem přesvědčena, že po výměně oken nebude nutné mříže dále používat.

6. Režim a pravidla

Poskytovatel zdravotních služeb má možnost stanovit vnitřní pravidla zařízení. Rozsah, ve kterém tak může činit, však má rámec stanovený právními předpisy.

Možnost poskytovatele zdravotních služeb vytvářet ve formě vnitřního řádu pravidla, podle nichž se musejí řídit pacienti, jimž poskytuje zdravotní služby, vyplývá ze zákona o zdravotních službách. Z § 46 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách vyplývá, že **vnitřní řád nesmí do práv pacienta zasahovat více, než je nezbytně nutné pro zajištění řádného chodu zařízení** (zde se bude jednat např. o stanovení doby návštěv; omezení používání mobilů, tak aby nebránilo školní přípravě) **nebo pro respektování práv ostatních pacientů** (zde se bude jednat např. o zákaz poslechu hlasité hudby na pokoji; zákaz mít u sebe nabíječku s dlouhým kabelem v situaci, kdy se na oddělení nachází jiný pacient v akutním riziku sebevraždy apod.).



6.1 Pravidla v zařízení

6.1.1 Obsah pravidel

Na klinice není zaveden žádný systém pravidel, jež by formalizoval hodnocení chování dětí (bod apod.) či zakládal nějaká privilegia. Praxi v zařízení, kdy je prováděno individuální slovní hodnocení založené na vztahu mezi dítětem a pečující osobou, považuji za správnou.

Pravidla, kterými se pacienti na oddělení mají řídit, jsou obsažena v *Domácím řádu*, další pravidla lze nalézt v dokumentu *Důležité informace pro rodiče a rodinné příslušníky* a další jsou vyvěšena na nástěnkách oddělení, kde byl např. vyvěšen rozpis jednotlivých dnů v týdnu včetně času večeře a budíčku.

Obsažení pravidel ve více dokumentech vede k riziku vzniku rozporů. Rozpor jsem zaznamenala např. u pravidla označování vlastních potravin pacientů v lednicích na odděleních. K tomuto pravidlu v *Domácím řádu* chybí jakákoliv informace, na nástěnce DPK-D je uvedeno, že potraviny mají být označeny jménem pacienta a v dokumentu *Důležité informace pro rodiče a rodinné příslušníky* je uvedeno, že vlastní potraviny musejí být označeny jménem a příjmením pacienta. Ačkoliv se rozpor může zdát jako triviální, tak byl zdrojem konfliktu, který pacienti popisovali tak, že sestra jim vyházela potraviny z lednice a křičela na ně, že je nemají označeny jménem a příjmením. Oslovená pacientka vnímala jako příkoří, že jí to bylo vyčítáno, ačkoliv měla potraviny označeny jménem; o pravidlu označování příjmením nevěděla.

Další drobný rozpor jsem zjistila ve vztahu k pravidlu o používání mobilních telefonů v dokumentech na nástěnce mimo oddělení. Jeden dokument vyvěšený na nástěnce uvádí možnost používat telefon ve vybrané dny od 18:00 do 19:00 hodin a druhý dokument po přepsání od 18:15 do 19:15 hodin. Druhý údaj je shodný s údajem obsaženým v dokumentu *Důležité informace pro rodiče a rodinné příslušníky*.

NÁVŠTĚVY	
St,Pá,So,Ne	14:00-17:00
MOBILY	
Po,Út,ČT	18:00-19:00
V době návštěv	15:45-16:45

Obrázek 7: informace o možnosti používat telefon 1

Denně je ke svačině k dispozici ovoce, ovocný čaj nebo šláva, proto je potřebné myslet na přiměřené přinesené množství jídla, které musí být uloženo v lednici ke tomuto účelu určené. Kofeinové přípravky (např. Coca-Cola) jsou zakázány.
12. Po dohodě s ošetřujícím lékařem mohou pacienti používat soukromý mobilní telefon a to v pondělí, v úterý a ve čtvrtek v době 18:00 18:15 hod. a ostatní dny v době návštěv. 18:15 - 19:15
13. Na oddělení kliniky je zakázáno fotit a natáčet!
14. Klinika neručí za ztrátu, či poškození cenných věcí, které má pacient/-ka u sebe.
15. Pacient/-ka se zavazuje, že se bude chovat ohleduplně a nebude úmyslně poškozovat zařízení kliniky. V opačném případě se rodiče zavazují, že uhradí škody způsobené jejich dětmi.

Obrázek 8: informace o možnosti používat telefon 2

Reflektuji, že na různých odděleních mohou platit různá pravidla, mělo by však být vždy zřejmé, jaká pravidla platí v celém zařízení a jaká jen na určitém oddělení. **Zařízení by mělo dokumenty sjednotit, co se týká v nich obsažených pravidel.**

Žádný z přístupných dokumentů nepoučuje děti o jejich právech, možnosti podat stížnost (srov. kap. 2.2.2), osobách připravených jim pomoci, možnosti obrátit se na soud (pokud nesouhlasí s pobytem v zařízení, srov. kap. 2.1.3). To je chyba.



Opatření:

- 17) Poskytnout dětem informace o jejich právech a možnosti jejich realizace např. revidováním stávajících dokumentů a nástěnek, anebo novým způsobem (do 6 měsíců).**

6.1.2 Informování pacientů o pravidlech

Pacienti jsou o pravidlech poučováni a *Domácí řád* podepisují spolu se zákonnými zástupci a je jim předkládán hned na počátku hospitalizace.

Za příklad dobré praxe považuji postup zjištěný na oddělení DPK-D, kde je každý den v 7:30 hodin „komunita“, tedy setkání, které formálně vede některé z dětí, probíhá vítání nových pacientů a řeší provozní věci, existuje tak dobrá platforma pro řešení nejasností a problémů. Na komunitě se každé úterý čtou pravidla, která na oddělení pacienti mají dodržovat.

6.2 Kontakt s vnějším světem

Zvláštní pozornost věnuji tomu, jaké jsou dány podmínky pro kontakt nezletilých pacientů s vnějším světem, rodiči či dalšími blízkými osobami. Jednak se tím snižuje strádání nezletilého pacienta z odloučení, a jednak jde o pojistku při případném špatném zacházení, protože dítě může kontaktovat někoho, kdo se ho může zastat.

Návštěvy mohou v zařízení probíhat ve středu, pátek, sobotu, neděli a ve státní svátky vždy od 14:00 do 17:00 hodin. Žádný z pacientů si nestěžoval na nedostatečný kontakt s blízkými a primář zařízení uvedl, že v individuálních případech jsou ochotni umožnit návštěvu i v jiný čas. Vybízím zařízení, aby aktivně zjišťovalo, zda limitovaný čas návštěv nepředstavuje pro některého z pacientů překážku v kontaktu s jeho blízkými (např. z důvodu odpoledních směn v zaměstnání rodičů) a hledalo cesty, jak setkávání umožnit i těmto pacientům.

Děti mohou používat **vlastní mobilní telefon** ve vyhrazenou dobu, a to v případě, že nemají návštěvu, tak v její době, a ve dny, kdy návštěvy nejsou, tedy v pondělí, úterý a čtvrtek od 18:15 do 19:15 hodin; jinak jsou uloženy na sesterně. Při omezování telefonování na určité časy je vždy nutné mít na zřeteli i případná časová omezení druhé strany, aby zákazem telefonovat v určitý čas nepřišel pacient o jedinou možnost, kdy může kontaktovat blízkou osobu. Spoléhám na nemocnici, že by byl čas pro používání telefonu individuálně nastaven jinak.

V zařízení však mohou pobývat i pacienti bez mobilních telefonů, nezjistila jsem, jak je těmto pacientům zajištěna možnost telefonického kontaktu s blízkými.

Zařízení by mělo umožnit pacientům, kteří si to přejí, avšak nemají s sebou v nemocnici vlastní mobilní telefon, a nikdo jim netelefonuje, s určitou četností zatelefonovat osobě blízké (např. rodiči, sourozenci nebo vychovateli z dětského domova). Nemajetným pacientům by na všech odděleních měly být zajištěny alespoň odchozí hovory k udržení vazeb s blízkými a komunikaci s úřady. Majetní pacienti bez vlastních mobilních telefonů by měli mít možnost odchozích hovorů na vlastní náklady.

- 18) Zajistit majetným pacientům bez mobilních telefonů možnost odchozích hovorů za vlastní peníze (do 6 měsíců).**



19) Umožnit v nějaké míře odchozí hovory také nemajetným pacientům (do 3 měsíců).

6.3 Možnost pobývat venku

Současný evropský standard pro psychiatrickou a sociální péči je zajistit denní přístup na vzduch, s požadavkem na zajištění dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytné, a náhradního oblečení a obuvi, pokud pacient nemá vlastní.²⁰ Omezit pravidelný přístup pacientů na vzduch lze jen v individuálních případech, omezení může být opodstatněno aktuálním zdravotním stavem pacienta, ale nikoli uzavřeností oddělení. Nelze opomíjet psychohygienické hledisko pobytu venku a elementární potřebu provětrat se.

Psychiatrická klinika má oplocenou zahradu, není na ni však přístup přímo ze žádného oddělení. Pacienti se na ni nebo do jiných venkovních prostor nemusejí dostat každý den, a to z organizačních důvodů.

Zaměstnanci zařízení sdělili, že pobyt pacientů venku ovlivňuje to, zda je únosné, aby jedna sestra opustila s pacienty oddělení a zůstala tam jen jedna. V praxi si někdy vypomohou s jinými odděleními. Podle osloveného pacienta se v březnu moc nechodilo ven; obecně pacienti sdělili, že se chodí ven, když se to stihne, rozhodně ne denně.

Opatření:

20) Zajistit denní pobyt na vzduchu dětem, které nemají zdravotní kontraindikaci (průběžně).

Speciálně je upraven pobyt na oddělení u pacientů s poruchami příjmu potravy a je provázán s přibýváním na váze. Oslovená pacientka uvedla, že pacient v režimu poruch příjmu potravy se ven na vzduch nemusí dostat i 3 týdny.

Respektuji odůvodnění zdravotníků, že za omezením pobytu venku stojí snaha zabránit pacientům cvičit nebo se intenzivně pohybovat, protože je nutné zajistit jejich přibývání na váze. **Mám však za to, že vycházku na zahradu lze provést i za dohledu personálu tak, aby pacienti nemohli vykonávat aktivity rozporné s individuálním léčebným plánem.**

7. Otázky péče

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

7.1 Program léčby a aktivit

Ve studované zdravotnické dokumentaci pacientů bylo vždy obsaženo vyšetření psychiatrem hned první den hospitalizace. Stejně tak je ve zdravotnické dokumentaci uveden plán péče o pacienta.

20 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.



Příležitostí pro setkání s lékařem a pro upřesnění programu léčby je vizita, která probíhá každý všední den. Vizita probíhá individuálně mezi ošetřujícím psychiatrem a dítětem tak, že psychiatr si stručně, či obsáhleji s dítětem popovídá v individuálním rozhovoru na oddělení. Jednou týdně probíhá na každém oddělení vizita za přítomnosti primáře a i tato vizita probíhá individuálně.

Na klinice jsou celkem 2 psychologové. Nepracují se všemi dětmi, nýbrž dle zadání psychiatra, a to jak ve smyslu diagnostiky, tak i psychoterapie individuální či skupinové. Pacienti uvedli, že by rádi častěji využívali individuální pohovory s psychology. Aktuálně k dostupnosti psychologa pacientka uvedla, že „svého psychologa“ viděla 2x až 3x za měsíc. Jiný pacient uvedl, že po intervenci rodičů dosáhl intenzivnější frekvence setkávání s psychologem. **Navrhují zařízení zhodnotit, zda je kontakt s psychologem v zařízení dostatečně dostupný.**

Ve zdravotnické dokumentaci pacientů byla uváděna individuální psychoterapie i skupinová psychoterapie a u těchto činností jsou uvedeny konkrétní aktivity, a to např. muzikoterapie, relaxace, práce s papírem, arte-mandaly, herní terapie. Z rozhovoru se zdravotníky vyplynulo, že činnost uvedená pod kolonkou „psychoterapie“ může být vedena i zdravotní sestrou, a nejde tedy vždy o psychoterapii, kterou by prováděl psychoterapeut či psychiatr.

Aktivity pro pacienty jsou zajišťovány i subjekty mimo zařízení. V červnu probíhala akce Indiánské prázdniny ve FN Motol, skládala se ze 14 programů, které probíhaly převážně v odpoledních hodinách. Ve čtvrtek pravidelně do zařízení přicházejí zdravotní klauni, a to i na oddělení DPK-D, kteří mohou vzít pacienty ven. Ve FN Motol je dobrovolnické centrum, které pro zařízení pravidelně zajišťuje aktivity, jedná se například o canisterapii nebo divadlo.

7.2 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Elektrokonvulzivní terapie (dále „EKT“) je uznávanou formou léčby některých těžkých nebo na léčbu rezistentních duševních nemocí. Má omezené indikační spektrum, přičemž podle okolností případu může jít o léčbu život zachraňující. V Česku se EKT aplikuje ročně u zhruba 1 000 pacientů (hospitalizovaných i ambulantních) u 26 poskytovatelů zdravotních služeb.²¹

Pacientům zařízení se EKT poskytuje na oddělení urgentního příjmu FN Motol, kam za tím účelem docházejí. Nezdá se, že by EKT bylo využíváno často, oslovená lékařka si vybavila jen 2 případy použití EKT. Použití EKT však není centrálně evidováno.

Poznatek o nevedení centrální evidence není platný pouze pro navštívené zařízení, ale jedná se o rozšířený jev, což vyplývá ze závěrů výzkumu, který provedli čeští psychiatři v roce 2015.²² Důsledkem je, že neexistuje národní databáze nebo jiný zdroj souhrnných poznatků o použití EKT a většinou nemají o praxi lékařů přehled ani jednotliví poskytovatelé. Uvedený výzkum dále zjistil, že praxe na jednotlivých pracovištích se liší, co do rozsahu péče

21 KALIŠOVÁ, Lucie, et al. Electroconvulsive Therapy in the Czech Republic. J ECT. 2018 Jun;34(2): 108–112. ISSN 1095- 0680.

22 Tamtéž.



(somatických vyšetření) před zákrokem, způsobu aplikace EKT a sledování jejího účinku. Výzkum praxi hodnotil sice jako harmonizovanou a celkově odpovídající národním doporučeným postupům, ale také konstatoval nesledování nejnovějších vědeckých poznatků.

Požadavek na centrální evidenci EKT vyslovilo i CPT.²³

Uvážím-li, že přetrvává stigma této metody, tak docházím k závěru, že citelně chybí data – celonárodně i na úrovni poskytovatelů – o tom, v jaké míře je EKT používána, z jaké indikace, zda se souhlasem, či bez souhlasu pacienta a s jakým léčebným efektem, případně komplikacemi (nežádoucími účinky).

Opatření:

- 21) Vést a pravidelně vyhodnocovat evidenci o EKT zákrocích s cílem ověřovat naplňování právních standardů v případech, kdy lékaři postupovali bez souhlasu (do 3 měsíců).**

7.3 Péče o specificky zranitelné skupiny pacientů

Při návštěvách se zaměřuji i na to, jakou pozornost zařízení věnuje specificky zranitelným skupinám pacientů, a to zejména pacientům s mentálním postižením a odlišnou sexuální identitou.

U pacientů s mentálním postižením a poruchami autistického spektra se zařízení, podle svého vyjádření, snaží zajišťovat hospitalizaci spolu s rodičem, což odpovídá pozorování pracovníků Kanceláře při červnové návštěvě.

Pacienty s odlišnou sexuální identitou se podle vyjádření ošetřovatelského personálu snaží v zařízení ubytovat samostatně. Po posouzení lékařem pacienty oslovují podle jejich přání.

Z pozorování ani ze zdravotnické dokumentace nevyplynulo, že by v zařízení byli pacienti ze specificky zranitelných skupin vystaveni zvýšenému ohrožení.

8. 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.²⁴ 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.

23 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). *Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních. Výňatek z 8. obecné zprávy CPT*, CPT/Inf(98)12-part [online]. Štrasburk: CPT, 1998 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>, body 39 a 41.

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



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 konkrétního pracoviště. Limitem pro úsilí zařízení je to, že taková opatření nesmějí pro ně představovat neúnosné břemeno.

8.1 Standard

Kromě naplnění základního účelu, kterým je odvrácení vážného nebezpečí, mají omezovací prostředky často nežádoucí účinky (způsobení bolesti, zranění, ponížení, narušení terapeutického vztahu, dokonce hrozí i náhlá úmrtí). Proto je jejich používání podrobeno přísným pravidlům (včetně náročnějšího povolovacího procesu, dokumentování a rozboru případu s pacientem).²⁵

Aby v realitě poskytování péče skutečně platilo, že omezení je až krajní opatření a personální, materiální a organizační podmínky na daném pracovišti je naopak nevynucují, má být používání omezovacích prostředků centrálně sledováno a má být usilováno o jeho minimalizaci. Nesmí se připustit použití jako výchovné opatření nebo jako kompenzace nedostatku ošetřujícího personálu a nevhodnosti prostředí poskytování péče. Součástí tématu tak jsou také mírnější alternativy k odvrácení hrozícího nebezpečí, opatření ke snížení nezbytnosti používat omezení, systematické úsilí nemocnice o naplňování zásady co nejmenšího omezení.²⁶

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

Ve svých zprávách přejímám nedávný postoj CPT, tedy doporučuji zásadně u dětí mladších 16 let nepoužívat jiné prostředky než úchop²⁷ a usilovat o zajištění dohledu v úrovni

25 Vycházím z § 39 zákona o zdravotních službách, metodického doporučení ministerstva a doporučených postupů psychiatrické péče. 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 z roku 2017 a doplňkově v 16. obecné zprávě CPT z roku 2006.

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

27 „Děti mladší 16 let by neměly být v zásadě nikdy vystaveny omezení. Rizika a důsledky, které v souvislosti s omezením hrozí, jsou s přihlédnutím k jejich zranitelnosti vážnější než u starších pacientů. V krajních případech,



přítomnosti u pacienta v omezení. Čím delší je omezení a čím mladší je pacient, tím se musí stupňovat snaha omezení ukončit, a také o to musí být pečlivější hodnocení skutečné nezbytnosti omezení.

8.2 Vnitřní předpis o omezovacích prostředcích v zařízení

V zařízení byl v době návštěvy účinný vnitřní předpis č. IIMP-NLPP_3/2014-1 *Používání omezovacích prostředků u neklidných pacientů* ze dne 1. 9. 2014 (dále jen „vnitřní předpis o omezovacích prostředcích“).

V bodě 6 vnitřní předpis o používání omezovacích prostředků vyjmenovává, které prostředky lze použít k omezení v celé FN Motol, přičemž uvádí tyto prostředky:

- popruhy,
- farmakoterapii,
- umístění v izolační místnosti (většinou neobsazený pokoj pro pacienty),
- ochranné rukavice,
- měkké dlahy,
- složenou plenu nebo prostěradlo,
- jiné šetrné mechanické pomůcky.

První tři omezovací prostředky jsou prostředky předvídané § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách, není mezi nimi však uveden úchop.

Zbýlé omezovací prostředky zákon o zdravotních službách neobsahuje. Sdílím názor, že „zákonem nepředvídané prostředky, které omezují volný pohyb pacienta takovým způsobem, že pacient není schopen např. z důvodu svého zdravotního stavu omezení překonat, by poskytovatel měl používat, jen pokud je přesvědčen, že se jedná o mírnější alternativu k omezovacím prostředkům předpokládaným zákonem, které by jinak bylo nutné použít“.²⁸

Postup pro používání těchto zákonem nepředvídaných prostředků by měl být upraven vnitřním předpisem. Pacient, který je takto omezen, by také měl mít možnost důstojně si přivolat pomoc, a zejména by měl být zjišťován a zaznamenáván jeho názor na použitý ošetřovatelský postup.

Za problematické považuji vnitřním předpisem o používání omezovacích prostředků zmiňované **používání neobsazeného pokoje jako izolační místnosti**. Zde upozorňuji na to, že místností určenou k bezpečnému pohybu, jak tento omezovací prostředek označuje

v nichž je fyzický zásah nezbytný, aby se zabránilo pacientovi v poškození sebe nebo jiných, je jediným přijatelným fyzickým zásahem úchop pacienta a držení jej, dokud se neuklidní.“ CPT. *Zpráva pro finskou vládu o návštěvě Finska, kterou vykonala Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 22. září až 2. října 2014*, CPT/Inf (2015) 25 [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 24. 4. 2019]. Dostupná z: <https://rm.coe.int/1680695f70>.

28 STŘÍTESKÝ, Matěj. *Právní odpovědnost v procesu Reformy péče o duševní zdraví*. Analýza realizovaná v rámci projektu Deinstitucionalizace. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2019, s. 36–37.



zákon o zdravotních službách, nemá být jakýkoliv pokoj, ale právě pokoj k tomu určený a upravený tak, aby vněm nebyly prvky, které pro pacienta představují ohrožení. Tím se výrazně zužuje okruh pacientů, u nichž bude naplněna indikace podle § 39 odst. 2 zákona o zdravotních službách, a zároveň budou v uzavřené ložnici v bezpečí.

Verze vnitřního předpisu, která mi byla předložena, byla ve znění z roku 2014. Vychází tak z již neplatného metodického doporučení ministerstva z roku 2005 a nereflexuje novelizaci vyhlášky o zdravotnické dokumentaci z roku 2018, která do § 1 odst. 2) písm. k) vyhlášky zavedla povinnost, aby ze zdravotnické dokumentace vyplývalo, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků. Odchýlení od standardu, obsaženého v metodickém pokynu ministerstva, jsem zjistila např. v oblasti zajištění dohledu nad pacientem v omezení, kdy metodické doporučení ministerstva požaduje v čl. 1 odst. 11 mimo jiné u pacientů omezených pásy v lůžku nepřetržitý dohled, zatímco vnitřní předpis zařízení frekvenci kontrol umožňuje v rozpětí až 1 hodiny.

Opatření:

22) Aktualizovat vnitřní předpis o používání omezovacích prostředků (do 6 měsíců).

8.3 Předchozí souhlas zákonného zástupce s omezením

Z § 40 odst. 1 písm. b) a § 40 odst. 2 zákona o zdravotních službách vyplývá, že pokud je pacient, který byl přijat na základě souhlasu, omezen ve volném pohybu, a pokud do 24 hodin od začátku omezení neposkytne oprávněná osoba s tímto omezením svobodný souhlas, tak zařízení musí informovat soud.

V zařízení je zákonným zástupcům pacientů při nástupu předkládán formulář k zaznamenání jejich informovaného souhlasu s hospitalizací. Součástí tohoto formuláře je i předběžné vyslovení souhlasu s použitím omezovacích prostředků. Formulář neumožňuje vyslovit souhlas s hospitalizací a zároveň neudělit souhlas s použitím omezovacích prostředků do budoucna (např. formou odškrtnutí jednotlivých položek). Zákonný zástupce je tak stavěn do situace, kdy zdánlivě musí souhlasit s použitím omezovacích prostředků, pokud chce v zařízení nechat léčit své dítě.

Takovéto předběžné vzdání se práva na osobní svobodu považuji za nepřípustné. Ve vztahu k osobám, které nejsou plně svéprávné, nemohu takovýto předchozí souhlas použitím omezovacího prostředku považovat za řádné hájení zájmů zastupovaného.

Za vhodné řešení stávající situace nepovažuji rozšíření dosavadního formuláře o informovaném souhlasu o možnost vyslovit nesouhlas s používáním omezovacích prostředků. Jako vhodné řešení naopak vnímám individuální zjišťování souhlasu zákonných zástupců (a pokud souhlas s hospitalizací udělil nezletilý pacient, tak i jeho) s každým použitím omezovacího prostředku. Pokud tento souhlas nebude udělen



do 24 hodin od počátku omezení, tak musí zařízení postupovat podle § 40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách a dodatečné omezení oznámit soudu.

Opatření:

- 23) Odstranit předchozí souhlas s omezením z formuláře o informovaném souhlasu s hospitalizací a zjišťovat souhlas s každým použitím omezovacího prostředku (do 3 měsíců).**

8.4 Evidence používání omezovacích prostředků

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 potřeby jejich používání.²⁹

Z § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách vyplývá povinnost poskytovatele zdravotních služeb vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť. Zákon dále stanoví, že identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí.

Ve FN Motol není centrální evidence vedena, což zařízení odůvodňovalo přesvědčením, že povinnost bude zrušena novelou zákona o zdravotních službách. Nicméně na klinice, konkrétně na oddělení DPK-D, fakticky je evidence vedena, byť částečná, jak níže vysvětlují.

Souhlasím, že stávající úroveň centrální evidence požadovaná zákonem neumožňuje propojení záznamu s konkrétním pacientem ani konkrétním oddělením, a pokud je vedena v minimálním zákonném rozsahu, nepřináší informace, které by mohly vést k dalšímu zkvalitňování praxe, a jde o pouhou administrativní zátěž. S odkazem na výše uvedený standard prevence špatného zacházení však považuji vedení sofistikované evidence za důležitý nástroj sledování správného postupu při použití síly vůči pacientům a dosahování kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Sešit „Evidence omezujících prostředků“ vedený na DPK-D se týká pouze omezení kurty v lůžku. Evidence pro další omezení chybí a, co se týká kurtování, není zcela kompletní. **V sešitě jsem nezjistila záznam o omezení pacientky č. 3 pásy, ke kterému došlo dne 13. 6. 2018 na DPK-D.** Sešit tak nemohu považovat za zcela přesný záznam četnosti kurtace ani na oddělení DPK-D. Z rozhovorů s pacienty ani ze studované zdravotnické dokumentace však nevyplývá, že by ke kurtaci docházelo výrazně častěji, než je uvedeno v sešitě, chybějící záznam o kurtaci pacientky č. 3 tak považuji za ojedinělost.

²⁹ 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.“



Na odděleních DPK a DPK-1 a jsou záznamy o použití omezovacích prostředků obsaženy pouze ve zdravotnické dokumentaci konkrétních pacientů (patrně proto, že zásahy jako úchopy či podání rychle působících tlumících léků nejsou vnímány jako omezení, viz níže).

Opatření:

- 24) Evidovat použití všech typů omezovacích prostředků, a to tak, aby evidence vypovídala o době trvání omezení, počtu přerušení omezení a výskytu případných nežádoucích událostí s omezením spojených a bylo možné z ní dohledat dokumentaci konkrétního pacienta (do 6 měsíců).**

8.5 Zjištěná praxe používání omezovacích prostředků v zařízení

V zařízení jsem zjistila používání těchto omezovacích prostředků: úchop, omezení v lůžku pásy (kurtace) a farmakologické omezení. Naopak jsem nezjistila používání místnosti určené k bezpečnému pohybu, síťového lůžka nebo ochranného kabátku, tyto omezovací prostředky nejsou na klinice k dispozici. Podotýkám, že s ohledem na nedokonalou či spíše chybějící evidenci jsem nemohla získat celkový obrázek o praxi používání omezovacích prostředků.

8.5.1 Omezení pásy v lůžku

K omezování pacientů pásy v lůžku dochází jen na oddělení DPK-D. Pouze na tomto oddělení jsou lůžka, na nichž lze omezování pásy provádět. Dle vyjádření osloveného personálu dochází k omezování pacienta v lůžku i za přítomnosti pouze 3 proškolených zdravotníků, což představuje minimální standard.³⁰ Za účelem zvýšení bezpečnosti pacienta, ale i zdravotnického personálu provádějícího omezení, **doporučuji, aby pokud je to možné, bylo omezení prováděno ve větším počtu zdravotníků.** Prostor pro navýšení počtu zdravotníků při omezení vnímám ve vyjádření středního zdravotnického personálu, že pouze někteří lékaři asistují při provádění omezení.

Ze sešitu, v němž jsou na DPK-D vedeny záznamy o omezení pacienta v lůžku pásy, jsem zjistila následující četnost omezení:

- za rok 2019 bylo do června v sešitě 0 záznamů,
- za rok 2018 bylo v sešitě 13 záznamů (5 záznamů se týká dvou pacientů),
- za rok 2017 byly v sešitě 4 záznamy,
- za rok 2016 byly v sešitě 3 záznamy.

Zařízení navrhuji prověřit, co vedlo k nárůstu počtu omezení v roce 2018. V rámci šetření jsem nezjistila situace, kdy by k omezení pacienta došlo v rozporu s § 39 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách, tedy v situaci kdy omezení nesledovalo odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.

30 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.



Ze studované zdravotnické dokumentace jsem zjistila maximální dobu trvání omezení pásy v lůžku tři hodiny. Většina omezení však trváním nepřesahovala hodinu.

Ve vztahu k trvání omezení upozorňuji na omezení čtrnáctileté pacientky č. 4, u níž kurtace trvala 2,5 hodiny. Omezení bylo zahájeno ještě v sanitce, pacientka dokonce měla i pouta od policie a v době přijetí byla agresivní. Ze záznamů sester vyplývá, že kurtování horních končetin probíhalo déle než hodinu ve stavu, kdy pacientka pospávala a neměla agresivní projevy. Záznam ve formuláři o použití omezovacích prostředků z 18:15 hodin uvádí „*klidná spí, ruce prokrvené*“. K ukončení omezení však došlo až v 19:15 hodin. Vnímám tak rozpor s § 39 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách, že omezení nesmí trvat déle, než trvá bezprostřední ohrožení, které bylo důvodem pro jeho zahájení. U jiných případů omezení jsem nejasnosti ohledně trvání nezjistila.

8.5.2 Farmakologické omezení

Jsem si vědoma toho, že definice farmakologického omezovacího prostředku je předmětem debat, přičemž znění zákona³¹ 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, bez ohledu na to, zda je účelem podání rovněž léčba onemocnění pacienta bez jeho souhlasu. Rozhodující tak, dle mého názoru, není forma podávání léčiva, ačkoliv injekční podání léčivého přípravku bude typickým způsobem, jak je léčivo silou podáváno.

Z rozhovorů s personálem vyplynulo, že podání léků za účelem zvládnutí chování pacienta, byť by k němu došlo za podání síly či s jejím donucením, nepovažují za omezení.

Opatření:

- 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 (průběžně).**

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. U omezení pak zákon³² 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, aby zhodnotil stav pacienta a případně nařídil další postup (realizaci fakultativní ordinace). Pouze ve výjimečných případech, kdy lékař není dostupný

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

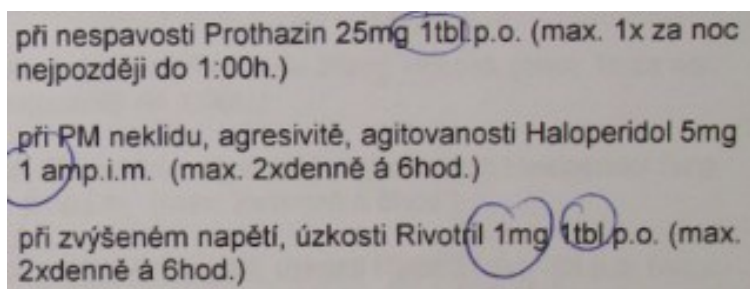
32 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.



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. Některé se týkaly situací, které mohly mít souvislost s omezením pohybu – viz např. předpis k podání léku (haloperidol 5 mg. 1 amp. i. m. max. 2 denně.) pacientce č. 3 ze dne 13. 6. 2018 „bude-li brachiálně agresivní vůči sobě či svému okolí“. Lék byl na základě předpisu podán, ale ze zápisů není zřejmé, zda musel být podán silou, a nelze tak rozhodnout, zda se jednalo o omezovací prostředek. K tomuto podání také není žádný záznam lékaře, jen sestry. Doporučuji psát záznamy o podání fakultativní medikace podrobněji, aby bylo jasné, zda pacient s podáním léčiva souhlasil, či zda bylo nutné použít sílu, a zda byl lékař přítomen osobně, nebo byl na telefonu.

Oslovená sestra uvedla, že podle předpisů obdobných uvedenému je oprávněna lék podat sama. Podotýkám, že vymezení „agresivita, agitovanost“, která jsou používána v dokumentaci pacientky č. 3 např. dne 19. 4. 2018, jsou velmi vágní a fakticky přenášejí rozhodnutí o farmakoterapii na sestru. Na základě takových předpisů by sestry samy lék bez konzultace s lékařem podávat neměly.



Obrázek 9: výňatek ze zdravotnické dokumentace pacientky č. 3 ze dne 16. 4. 2018

Opatření:

- 26) Stanovit ve vnitřních předpisech jasná pravidla používání fakultativní medikace s tlumícím účinkem a zajistit, aby změnu stavu pacienta mohl zásadně řešit ošetřující nebo sloužící lékař (do 6 měsíců).**

8.5.3 Úchopy

Oslovený personál uvedl, že úchopy jako omezovací prostředek nepoužívají, a nezjistila jsem ani informace svědčící o jejich intenzivním používání. Mám však za to, že k užití úchopu při poskytování péče v psychiatrickém zařízení dochází. V rozhovoru se zdravotníky bylo použití úchopu zmíněno např. v situaci, kdy dítě naráží hlavou do stěny – následně se buď podaří deeskalace, nebo je nezbytné např. podat medikaci.

Úchop představuje omezovací prostředek předpokládaný § 39 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách a podle § 39 odst. 3 písm. e) má být každé použití omezovacího prostředku, včetně důvodu jeho použití, zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Podle odst. 4 mají být úchopy obsaženy v centrální evidenci. Podle čl. 3 metodického doporučení ministerstva by pracovníci provádějící úchopy měli být v jejich



používání proškolení a svou kompetenci v jejich používání by si měli obnovovat pravidelnými nácviky. Uvedené pojistky k bezpečnému omezování pacientů úchopy nemohou být realizovány za situace, kdy na pracovišti nejsou úchopy za omezení považovány.

Opatření:

27) Pracovat s úchopem jako omezovacím prostředkem (průběžně).

8.6 Dokumentování průběhu omezení

Ve studované zdravotnické dokumentaci byly záznamy o průběhu omezení obsaženy v dekurzu, záznamu ošetřovatelské péče i na zvláštním listě zdravotnické dokumentace označeném *Použití omezovacích prostředků*. Ke kvalitě záznamů nemám výhrady, kladně hodnotím jejich četnost, kdy se záznamy sester objevují v 15minutových intervalech.

8.7 Zpětný rozbor omezení s pacientem

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.*“³³

Vnitřní předpis o omezovacích prostředcích v čl. 9 k debriefingu uvádí: „*Po zklidnění pacienta mu ošetřující lékař vhodnou formou vysvětlí důvody a smysl použití omezovacího prostředku.*“ Ze studované zdravotnické dokumentace patientek č. 3 a č. 5 zjišťuji, že po omezení na toto téma proběhl rozhovor s lékařem. Provádění debriefingu vítám a apeluji na uplatňování plného rozsahu rozhovoru, jak je popsán ve standardu CPT.

8.8 Školení personálu o používání omezovacích prostředků

Podle čl. 3 metodického doporučení ministerstva by personál používající omezovací prostředky měl být pravidelně proškolen v jejich používání, a to při nástupu na pracoviště a pak pravidelně nejméně 1 ročně.

V zařízení jsem zjistila pouze provádění vstupního školení o používání omezovacích prostředků.

Shodně s výborem CPT³⁴ požadavek na pravidelné školení adresuji vůči všem pracovníkům, kteří se na omezení mohou podílet, nejen tedy vůči střednímu zdravotnickému personálu, ale např. i vůči lékařům a pracovníkům ostrahy. Školení by nemělo mít pouze teoretickou

³³ Viz bod 46 v 16. všeobecné zprávě CPT.

³⁴ EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních Výňatek z 8. obecné zprávy CPT, publikované v roce 1998. CPT/Inf(98)12-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 10. 11. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>.



povahu, ale mělo by obsahovat např. i nácvik bezpečného a šetrného provedení úchopů a kurtování.

Opatření:

- 28) Vedle vstupního školení pravidelně [alespoň 1 ročně] školit personál, který se podílí na omezování pacientů, o používání omezovacích prostředků (do 6 měsíců).**



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• Přestat s pořizováním záznamu z kamer na oddělení, ponechané kamery používat pouze bez záznamu (opatření č. 13).
Do 1 měsíce	• Omezit míru vyrušování pacientů v průběhu noci (opatření č. 1). • Zhodnotit, zda zákaz holítek paradoxně nevede k jejich skrytému pronikání na oddělení, a tím i k menší míře kontroly nad jejich výskytem (opatření č. 2).
Do 3 měsíců	• Formulář souhlasu s hospitalizací používaný při příjmu pacientů mladších 18 let upravit tak, aby počítal s vyjádřením dítěte (opatření č. 8). • Zpřístupnit na oddělení stížnostní pravidla, formulovaná způsobem vstřícným k dětem, a zajistit nezletilému pacientovi možnost samostatně podat stížnost ředitelství, jež by nemusela procházet rukama pracovníků oddělení (opatření č. 11). • Na pokojích, kde jsou hospitalizováni pacienti, jejichž zdravotní stav nevyžaduje nepřetržitý či zvýšený dohled, zaclonit průzory z chodby (opatření č. 14). • Přijmout kroky ke zvýšení soukromí pacientů ve sprchách a na toaletách (opatření č. 15). • Umožnit v nějaké míře odchozí hovory také nemajetným pacientům (opatření č. 19). • Vést a pravidelně vyhodnocovat evidenci o EKT zákrocích s cílem ověřovat naplňování právních standardů v případech, kdy lékaři postupovali bez souhlasu (opatření č. 21). • Odstranit předchozí souhlas s omezením z formuláře o informovaném souhlasu s hospitalizací a zjišťovat souhlas s každým použitím omezovacího prostředku (opatření č. 23).
Do 6 měsíců	• Zajistit, aby pracovníci ostrahy potenciálně zasahující na klinice byli proškoleni v komunikaci s osobou s duševním onemocněním a v používání verbálních i manuálních technik zvládnutí neklidných nebo násilných pacientů a aby pravidelně probíhal nácvik použití omezení spolu se zdravotníky (opatření č. 4). • Připravit pro lékaře psychiatrické kliniky metodickou pomůcku, jak dostát všem právním nárokům při příjmu dítěte na psychiatrické oddělení (opatření č. 9). • Odstranit kamery z běžných ložnic [tj. nikoli ložnic zvýšeného dohledu] a dále ty kamery, které nejsou bezpodmínečně nutné k zajištění bezpečnosti pacientů (opatření č. 12). • Vybavit pokoje dětí nějakým uzamykatelným úložným prostorem a zapůjčovat klíč na základě individuálního posouzení schopností dítěte (opatření č. 16).



	• Poskytnout dětem informace o jejich právech a možnosti jejich realizace např. revidováním stávajících dokumentů a nástěnek, anebo novým způsobem (opatření č. 17). • Zajistit majetným pacientům bez mobilních telefonů možnost odchozích hovorů za vlastní peníze (opatření č. 18). • Aktualizovat vnitřní předpis o používání omezovacích prostředků (opatření č. 22). • Evidovat použití všech typů omezovacích prostředků, a to tak, aby evidence vypovídala o době trvání omezení, počtu přerušení omezení a výskytu případných nežádoucích událostí s omezením spojených a bylo možné z ní dohledat dokumentaci konkrétního pacienta (opatření č. 24). • Stanovit ve vnitřních předpisech jasná pravidla používání fakultativní medikace s tlumícím účinkem a zajistit, aby změnu stavu pacienta mohl zásadně řešit ošetřující nebo sloužící lékař (opatření č. 26). • Vedle vstupního školení pravidelně [alespoň 1 ročně] školit personál, který se podílí na omezování pacientů, o používání omezovacích prostředků (opatření č. 28).
Do 1 roku	• Zajistit výměnu oken v zařízení a odstranit z nich mříže (opatření č. 5).
Průběžně	• Zaznamenávat jako nežádoucí událost každou událost, kdy dojde k fyzickému kontaktu mezi pacientem a pracovníkem ostrahy [jak kliniky, tak celonemocniční] za účelem zvládnutí chování pacienta (opatření č. 3). • Individuálně posuzovat, zda je dítě způsobilé poskytnout souhlas s hospitalizací (opatření č. 6) • Nakolik je to jen možné, zapojovat děti do procesu poskytování souhlasu s hospitalizací, a i když v individuálním případě dítě není způsobilé souhlas poskytnout, nabízet možnost podepsání formuláře (opatření č. 7). • U dětí starších 14 let, které nejsou způsobilé o hospitalizaci rozhodovat, v případě jejich vážného odporování nástupu na kliniku přistoupit k hospitalizaci, pouze pokud jsou naplněny podmínky pro hospitalizaci bez souhlasu, nebo až poté, co soud vyřešil rozpor mezi vůlí nezletilého a zákonného zástupce (opatření č. 10). • Zajistit denní pobyt na vzduchu dětem, které nemají zdravotní kontraindikaci (opatření č. 20). • 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. 25). • Pracovat s úchopem jako omezovacím prostředkem (opatření č. 27).