



ombudsman
veřejný ochránce práv

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Jihlavská 20, 625 00, Brno
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	MUDr. Roman Kraus, MBA
Typ zařízení:	Psychiatrické oddělení fakultní nemocnice
Kapacita:	104 lůžek
Datum návštěvy:	8. – 9. ledna 2019
Datum vydání zprávy:	12. června 2019
Návštěvu provedli:	Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Martin Klumpar, Ph.D., PhDr. Božena Lányová, Mgr. Marie Lukasová, MUDr. Dagmar Pilcová, Mgr. Matěj Stříteský

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



Obsah

Obsah.....	2
Úvodní informace	4
Systematická návštěva a její cíl	4
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	4
Charakteristika zařízení	5
Průběh návštěvy	6
Zaměření na problematiku omezovacích prostředků	6
Relevantní pravidla a předpisy	7
Shrnutí	9
Charakteristika navštívených oddělení	11
Omezení až jako krajní opatření.....	13
1. Předběžná indikace omezení	13
2. Bezpečnost na oddělení	13
3. Působení policie a pracovníků ostrahy uvnitř zařízení.....	17
4. Sledování nežádoucích událostí	19
5. Prostředí a režim	21
6. Předpoklady pro alternativní zvládání rizikového chování	29
7. Personální zabezpečení.....	29
Používání omezovacích prostředků.....	31
8. Izolace – uzamčení v místnosti určené k bezpečnému pohybu	31
9. Omezení v lůžku pomocí pásů (kurtů).....	33
10. Farmakologické omezení	34
11. Sítové lůžko	35
12. Dohled, signalizace a rozbor	36
13. Dokumentování průběhu omezení	37
Pojistky a kontrola	40
14. Děťští pacienti	40
15. Centrální evidence omezení.....	41
16. Evidence elektrokonvulzivní terapie	42
17. Přehlednost zdravotnické dokumentace o medikaci.....	43
18. Stížnosti	44
19. Kultura přístupu k pacientům	44



20. Výzkum, jehož se účastní pacienti uzavřených oddělení	45
21. Postavení nedobrovolně hospitalizovaných pacientů	47
22. Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení	48
Přehled opatření k nápravě	49



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, vykonávám činnost národního preventivního mechanismu a provádím **systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě**. Důvodem omezení na svobodě je rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo závislost osoby na poskytované péči.

Cílem systematických návštěv je posílit ochranu osob omezených na svobodě před všemi formami špatného zacházení.¹ Psychiatrická oddělení stejně jako psychiatrické nemocnice představují zařízení ve smyslu § 1 odst. 4 písm. a) a c) zákona o veřejném ochránci práv.

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

Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“).² Pracovníky jsou právníci a odborníci z oblasti lékařství a ošetrovatelství. Šetření spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucími a řadovými zaměstnanci a pacienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.³ Charakter návštěv je **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování psychiatrické péče v České republice.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

Z každé systematické návštěvy pořizují zprávu, jejíž součástí mohou být návrhy opatření k nápravě. **Ze systematické návštěvy Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno budou vypracovány dvě samostatné zprávy, a to tato zpráva zaměřená na oddělení pro dospělé a dále zpráva zaměřená na dětské pacienty.** Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k prevenci nebo odstranění špatného zacházení. Zpráva se podrobně nevěnuje oblastem, v nichž nebylo riziko špatného zacházení pozorováno. Proto může působit negativním dojmem. Zpráva každopádně není celkovým hodnocením poskytované péče.

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

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

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



Prosím čtenáře, aby zprávu četli s tímto vědomím a nepovažovali mé závěry za nedocení náročné práce pracovníků a představitelů zařízení.

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

Jsem připravena zabývat se předloženými argumenty. Navržená opatření k nápravě jsou zpravidla různá svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Při jejich formulaci navrhuji také termín realizace, přičemž očekávám, že zařízení je buď respektuje, anebo odůvodněně navrhne jiný termín. Pro snazší orientaci poskytuji v závěru zprávy přehled všech doporučení.

- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Je-li jejich realizace náročná, je třeba je provést v nejkratší možné době. Za bezodkladná pokládám opatření, která považuji za naléhavá a přiřkládám 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 přitom je vysvětlení zjištěných pochybení, doložení navržených opatření k nápravě či hodnověrný příslib jejich realizace. **Neshledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (případně vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁵ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

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

Charakteristika zařízení

Psychiatrická klinika je součástí Fakultní nemocnice Brno (dále jen „FN Brno“) a poskytuje zdravotní služby pacientům z celého věkového i diagnostického spektra. Péče na odděleních Psychiatrické kliniky FN Brno (dále také „zařízení“ nebo „psychiatrická klinika“) probíhá na koedukovaných odděleních.

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

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

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

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



Psychiatrická klinika se nachází v samostatné budově v areálu FN Brno v Bohunicích, kde funguje již od 60. let 20. stol. V nejbližší době bude zahájena rozsáhlá rekonstrukce spojená s výstavbou nových prostor.

Zařízení má následující lůžková oddělení: oddělení 21, které má kapacitu 18 lůžek a poskytuje péči dětem a mladistvým; oddělení 22, které má kapacitu 29 lůžek a poskytuje péči pacientům převážně s afektivními onemocněními; oddělení 23, které má kapacitu 25 lůžek a poskytuje péči pacientům převážně s psychotickým onemocněním a pacientům podstupujícím detoxikaci; jednotku intenzivní psychiatrické péče (dále také jako „JIPP“) s kapacitou 5 lůžek a oddělení 24, které má kapacitu 22 lůžek, je otevřené a zaměřuje se převážně na léčbu neurotických onemocnění a léčbu poruch příjmu potravy. Dále je v zařízení krizové centrum, kde je k dispozici 10 lůžek v otevřeném režimu.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla neohlášeně ve dnech 8. a 9. ledna 2019. Zahájení spolu s předáním pověření k provedení návštěvy proběhlo bez prodlení za přítomnosti ředitele nemocnice. Posléze se zaměstnanci Kanceláře přesunuli na psychiatrickou kliniku, kde se setkali s jejím vedením.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Martin Klumpar, Mgr. Marie Lukášová, Ph.D., a Mgr. Matěj Strítěský a externí experti PhDr. Božena Lányová (psychologie se zaměřením na děti a dorost) a MUDr. Dagmar Pilcová (psychiatrie).

Systematická návštěva se zaměřila jednak na oddělení 22, 23 a JIPP jako oddělení nejexponovanější z hlediska používání omezovacích prostředků, a dále na dětské oddělení 21. Zjištěním z dětského oddělení se věnuje samostatná zpráva.⁸

V průběhu návštěvy zaměstnanci Kanceláře provedli rozhovory s přednostou, primářem, vrchní sestrou a dále s lékaři a ošetrovatelským personálem vybraných oddělení a s několika pacienty. Dále provedli prohlídku vybraných oddělení, pozorovali průběh poskytování péče, studovali otevřenou i uzavřenou zdravotnickou dokumentaci a dokumentaci nežádoucích událostí a stížností a vyžádali si související vnitřní předpisy. Na místě zastižený personál všech úrovní poskytl dobrou součinnost, za což děkuji.

Díličí komplikaci představovala náročná příprava podkladů, které si zaměstnanci Kanceláře vyžádali, a rozdílný názor můj a vedení FN Brno na oprávnění pověřených zaměstnanců Kanceláře nahlížet do zdravotnické dokumentace. Uvedené komplikace se podařilo v průběhu návštěvy překonat.

Zaměření na problematiku omezovacích prostředků

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

⁸ Tuto zprávu připravuji.



případu s pacientem). Používání omezovacích prostředků má být centrálně sledováno a má být usilováno o jeho minimalizaci. Nesmí se připustit jejich použití jako výchovné opatření nebo jako kompenzace nedostatku ošetřujícího personálu a nevhodnosti prostředí při poskytování péče.

Tato návštěva měla za cíl ověřit dodržování pravidel při používání omezovacích prostředků a to, zda v zařízení představují skutečně krajní opatření ke zvládnutí nebezpečných situací (princip nezbytnosti) a jsou dány předpoklady pro účinnost alternativních postupů (princip subsidiarity) a předcházení vzniku nebezpečných situací. 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.**⁹

Relevantní pravidla a předpisy

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

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

Ministerstvo zdravotnictví také vydalo Standard akutní lůžkové psychiatrické péče zveřejněný v roce 2016 (dále jen „Standard akutní lůžkové psychiatrické péče“).¹¹

Zdrojem uznávaného medicínského postupu při používání omezovacích prostředků jsou *Doporučené postupy psychiatrické péče II*¹² a *Doporučené postupy psychiatrické péče III*.¹³

Neoprávněné použití omezení může snadno dosáhnout intenzity nelidského či ponižujícího zacházení, které podléhá absolutnímu zákazu – podle článku 7 odst. 2 Listiny základních práv

9 Uvedené je jednou 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.

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

11 Standard akutní lůžkové psychiatrické péče byl zveřejněn v roce 2016 v 5. čísle věstníku Ministerstva zdravotnictví a je dostupný zde: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016_11835_3442_11.html.

12 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.

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



a svobod (č. 2/1993 Sb.) a článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb., dále jen „Úmluva“). Pravidla plynoucí z Úmluvy¹⁴ lze shrnout takto:

- Použití omezovacích prostředků musí být nutné ve světle okolností a jeho účelem musí být zabránění bezprostřední nebo hrozící újmě, přičemž opatření musí být přiměřené ve vztahu k tomuto cíli. Použití omezovacích prostředků nemůže být odůvodněno tím, že se osoba brání jejich použití, a je nepřijatelné jako trest.
- Aby byl omezovací prostředek skutečně až krajní možnost, musí být před jeho použitím vyzkoušeny mírnější alternativy, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí. Z možných alternativ pak musí být zvoleno to nejmírnější omezení.
- Jakmile je osobní svoboda člověka omezena, každé použití síly, které není nezbytně nutné kvůli jeho předchozímu jednání, představuje zásah do lidské důstojnosti a je v zásadě porušením práva stanoveného v článku 3 Úmluvy. Je na zařízení, aby odůvodnilo použití omezovacích prostředků na drženou osobu, tedy existenci a rozsah nebezpečí a neúčinnost mírnějších opatření.

Mezinárodní standard prevence špatného zacházení, se závazností tzv. soft law, je obsažen v dokumentech Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT), konkrétně v revidovaném standardu o používání omezovacích prostředků (2017, dále jen „standard CPT z roku 2017“)¹⁵ a doplňkově v 16. obecné zprávě (2006).¹⁶

14 Ve světle rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva, především v případech Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08, rozsudek ze dne 18. 10. 2012, a M. S. proti Chorvatsku (č. 2), stížnost č. 75450/12, rozsudek ze dne 19. 2. 2015.

15 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 23. 4. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>.

16 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé. Výňatek z 16. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 23. 4. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>.



Shrnutí

Návštěva byla zaměřena jednak na používání omezovacích prostředků na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Brno, a to zejména na uzavřených odděleních 22, 23 a JIPP, a jednak se návštěva zaměřila na dětské oddělení 21. Této oblasti je věnována samostatná zpráva.

V průběhu návštěvy jsem nezjistila špatné zacházení s pacienty. Shledávám však prostor pro rozvoj v opatřeních, která slouží jako prevence špatného zacházení.

Za možný zdroj dalšího zkvalitňování poskytované péče považuji centrální evidenci omezovacích prostředků. Stávající způsob jejího vedení neumožňuje získávat informace, které by bylo možné efektivně využít k hodnocení používání omezovacích prostředků v zařízení. Za stávajícího stavu nelze z evidence zjistit, jakého pacienta se informace obsažené v ní týkají a evidence také neobsahuje podstatné informace týkající se průběhu omezení, a to např. délku jeho trvání nebo počet přerušování omezení.

Vnitřní předpisy vydané ve zkoumaných oblastech usilují o dosažení dobrého standardu péče. Jedná se např. o pravidelné školení zaměstnanců v používání omezovacích prostředků, o požadavek aby omezení pacienta prováděl vždy zdravotnický personál a ne zaměstnanci ostrahy nebo o požadavek na nošení viditelných jmenovek personálu. Ne vždy se však tento standard daří naplňovat, na což na několika místech ve zprávě upozorňuji.

Za velmi důležitá považuji dále opatření formulovaná v oblasti práce s nežádoucími událostmi, kde jsem přesvědčena, že existuje výrazný prostor pro rozvoj v přístupu k jejich vyhodnocování a prevence jejich opakování. Jako nežádoucí¹⁷ události také nebyly vedeny některé události, které považuji za výrazné odchýlení od běžné praxe oddělení, jedná se např. o zásahy policie na oddělení či o případ selhání dohledu nad pacientem omezeným v síťovém lůžku.

Mé výhrady v oblasti používání omezovacích prostředků často pramení ze situací, které mají svou příčinu ve stávajícím stavebně-technickém řešení zařízení. Jedná se např. o nemožnost zajistit nepřetržitý dohled nad pacientem v omezení tak, aby jeho soukromí nebylo narušováno nepovolanými osobami, nebo o velmi sníženou možnost bezpečně provést mechanické omezení na oddělení 23 vůči dvěma a více pacientům najednou. Vítám proto, že byla zahájena rekonstrukce psychiatrické kliniky. Doufám však, že opatření předložená v této zprávě se podaří tam, kde je to možné, realizovat i za stávajícího stavu. Zde se jedná např. o možnost signalizace pro pacienta v omezení, či zajištění síťového lůžka proti převrhnutí.

Pracovníci Kanceláře zaznamenali pouze slušný a vstřícný přístup personálu k pacientům, zájem o ně a korektní vyjadřování na jejich adresu. Přestože struktura pacientů je riziková, nebyly zaznamenány známky vyhoření či profesionálního cynismu. Oslovení pacienti však zmiňovali, že ojediněle dochází k chování personálu, které z jinak vysokého standardu

17 Zařízení používá označení „mimořádné události“



vybočuje. Upozorňuji tak, že personálu by měla být zajištěna ještě širší podpora, než je tomu nyní, včetně průběžného školení. Zaměstnancům by mělo být připomínáno, že jakékoliv nedůstojné jednání personálu vůči pacientům bude vedení zařízení adekvátně řešit.



Charakteristika navštívených oddělení

Oddělení 22

Uváděná kapacita 29 lůžek, v době návštěvy zde bylo hospitalizováno 25 pacientů.

Oddělení je uzavřené, koedukované a poskytuje péči převážně pacientům s afektivními onemocněními.

Za rok 2018 je v centrální evidenci použití omezovacích prostředků na oddělení 22 evidováno 12 použití omezovacích prostředků,¹⁸ a to:

- 4 omezení pacienta psychofarmaky,
- 4 omezení pacienta umístěním do místnosti pro bezpečný pohyb,
- 1 omezení pacienta úchopem,
- 3 omezení pacienta pásy v lůžku.

Oddělení 23

Uváděná kapacita 25 lůžek, v době návštěvy zde bylo hospitalizováno 18 pacientů.

Oddělení je uzavřené, koedukované a poskytuje péči převážně pacientům s psychotickými onemocněními a pacientům podstupujícím detoxikaci.

Za rok 2018 je v centrální evidenci použití omezovacích prostředků na oddělení 23 evidováno 38 použití omezovacích prostředků, a to:

- 8 omezení pacienta psychofarmaky,
- 2 omezení pacienta umístěním do místnosti pro bezpečný pohyb,
- 10 omezení pacienta úchopem,
- 9 omezení pacienta v síťovém lůžku,
- 9 omezení pacienta pásy v lůžku.

Jednotka intenzivní psychiatrické péče (JIPP)

Uváděná kapacita 5 lůžek, v době návštěvy zde byli hospitalizováni 4 pacienti.

V rámci České republiky se jedná o typově unikátní oddělení, kde je poskytována péče převážně pacientům s kombinací duševního a vážného somatického onemocnění.

Za rok 2018 je v centrální evidenci použití omezovacích prostředků na JIPP evidováno 345 použití omezovacích prostředků, a to:

- 108 omezení pacienta psychofarmaky,

18 Záznam v centrální evidenci použití omezovacích prostředků nemusí odrážet celý rok 2018, protože informace o použití omezovacího prostředku musí být do evidence vložena během 60 dnů od jeho použití, přičemž návštěva v zařízení proběhla v první polovině ledna 2019.



- 2 omezení pacienta umístěním do místnosti pro bezpečný pohyb,
- 61 omezení pacienta úchopem,
- 175 omezení pacienta pásy v lůžku.

Oddělení 21

Na oddělení 21 se z důvodu, že se jedná o oddělení specializující se na děti a dorost zaměřuje samostatná zpráva.

Co se týče používání omezovacích prostředků na tomto oddělení, bylo zjištěno, že děti, vůči kterým je nutné použít omezovací prostředek, jsou překládány na jiné oddělení pro dospělé, kde mají být lepší podmínky pro omezení pacienta. Z centrální evidence za stávajícího stavu nelze zjistit, kdy bylo omezení použito vůči dětským pacientům na jiných odděleních.



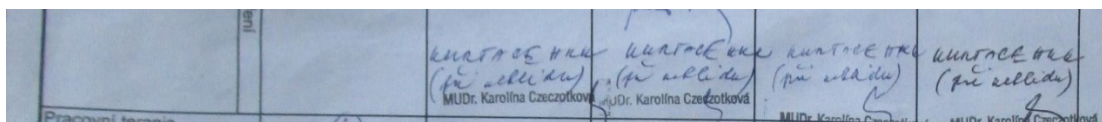
Omezení až jako krajní opatření

Faktem je, že nezbytnost použití omezovacích prostředků je svázána s realitou poskytování péče na konkrétním oddělení. V různých podmínkách poskytování péče je různě vysoko práh, při jehož překročení už je z pohledu pečujících nezbytné omezení použít. Záleží na tom, zda jsou pečujícím reálně dostupné alternativní postupy ke zvládnutí nebezpečného chování. Některá opatření pak nejsou přímo alternativami, spíše proaktivními kroky ke snížení rizika vzniku nebezpečných situací, a tím i snížení používání omezovacích prostředků (vhodné prostředí, dostatek personálu, minimalizace zdrojů frustrace a napětí, možnost pohybu a soukromí, komplexní přístup k problémovému chování).

Nezbytnost tak nechápu jako objektivní práh úrovně nebezpečnosti, 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 oddělení. Limitem pro úsilí nemocnice je to, že taková opatření nesmí pro ni představovat nepřiměřené nebo neúnosné břemeno.

1. Předběžná indikace omezení

Ve zdravotnické dokumentaci pacientky č. 1 v týdnu od 12. 11. 2018 jsem narazila na obecný záznam „kurtace HK (při neklidu)“. Takovéto rozhodnutí o použití omezovacího prostředku, které se jeví jako předběžné, považuji za nepřipustné a rozporné s podmínkou použití omezovacích prostředků pouze k odvrácení bezprostředního ohrožení života či zdraví.



Obrázek 1 výřez ze zdravotnické dokumentace „kurtace při neklidu“

O použití omezovacího prostředku má rozhodovat zásadně lékař v konkrétní situaci a nikoliv předem, rozhodnutí je tedy i nadbytečné. Z pozorované praxe zařízení ani studované zdravotnické dokumentace jsem nezjistila, že by podle takového předběžného rozhodnutí bylo postupováno. Doporučuji však takovéto záznamy nepoužívat, protože vytváří pochybnosti o tom, zda použití omezovacího prostředku proběhlo v souladu se zákonem o zdravotních službách.

2. Bezpečnost na oddělení

2.1 Stavební a technické aspekty

Limit pro bezpečnost v zařízení představuje to, že prostory psychiatrické kliniky se nacházejí v budově, která vznikla v 60. letech minulého století. Ačkoliv budova psychiatrické kliniky vznikala přímo za účelem léčby lidí s duševním onemocněním a na svou dobu poskytovala dobré materiální podmínky, tak od doby jejího dokončení došlo k posunu ve standardech



akutní lůžkové psychiatrické péče¹⁹ na takovou úroveň, která je ve stávajících prostorách bez výrazné rekonstrukce nedosažitelná (např. sociální zázemí na pokojích nebo místnosti určené k bezpečnému pohybu umožňující nepřetržitý dohled). Vítám proto přistoupení k rekonstrukci, která má být dokončena v roce 2020.

V jiných psychiatrických zařízeních jsou popisovány události, kdy se pacient oběsil na sprchové hadici nebo na klice, způsobil si vážné popáleniny nebo podpálil vybavení pokoje. I ostatní psychiatrická zařízení by na tyto situace měla reagovat a prostředím vhodným způsobem upravovat.

Na oddělení 23 jsem zaznamenala rizikové prvky, které mohou vést k sebepoškození pacientů nebo usnadnit sebevražedné jednání.

Za rizikové považuji dveře od toalet a sprch, které se otvírají do místnosti, a to zejména v situaci, kdy jsou v blízkosti takto se otevírajících dveří závěsné body.

Riziko oběšení mohou představovat i sprchové hadice. Uvedené riziko je však minimalizováno tím, že sprchy nejsou přístupné celý den, a je tedy nízká pravděpodobnost, že by se ve sprchách bez vědomí personálu ocitl někdo o samotě. Uvedené riziko by nabylo na závažnosti, pokud by obdobné sprchové hadice byly i v sociálním zázemí pokojů po rekonstrukci.

Na jednolůžkové ložnici č. 8 na oddělení 22 jsou plastové řetízky k manipulaci se žaluziemi, s ohledem na to, že pacient je na tomto pokoji sám a pokoj často bývá volen pro pacienty ve více akutním stavu, tak zde vnímám zvýšené riziko oběšení.

Pacientka na oddělení 23 uváděla, že má špatný pocit z toho, jak jsou na oddělení snadno dostupné předměty, kterými by si mohla ublížit, zmiňovala špendlíky na volně dostupné nástěnce.

Pacientům na oddělení 22 i 23 jsou ponechávány zapalovače. V rekonstruovaných prostorách doporučuji zvážit instalaci nepřenosného elektrického zapalovače na kuřárnu. Nepřenosný zapalovač umožňuje, aby si pacienti mohli cigarety zapalovat sami podle potřeby, a zároveň snižuje riziko vzniku požáru. Na oddělení 23 byly pozorovány propálené otvory v závěsech a popel od cigaret na okenním parapetu pokoje. Je tak zřejmé, že pacienti kouří i mimo kuřárnu.

Nicméně reflektuji, že riziko nelze nikdy minimalizovat úplně. Ponechávám proto na úvaze zařízení, které mnou předkládané zdroje rizika se rozhodne odstranit a u kterých dospěje k závěru, že jejich odstranění by bylo nepřiměřeně obtížné vzhledem k závažnosti rizika. V reakci na tuto zprávu očekávám, že zařízení poskytne vyjádření i k těm pozorovaným rizikovým prvkům, které se rozhodne ponechat.

Opatření:

1) Odstranit rizikové prvky na oddělení 22 a 23 (bezodkladně).

19 Viz např. Standard akutní lůžkové psychiatrické péče.



2.2 Muži v řadách ošetrovatelského personálu

Podle rozpisu směn, který zařízení poskytlo, je zřejmé, že se nedaří zajišťovat mužský ošetrovatelský personál na každé směně na všech odděleních. Podle svého vyjádření však vedení kliniky vyvíjí snahu, aby došlo ke zvýšení počtu mužského personálu. Přítomnost mužů v řadách ošetrovatelského personálu může přispět ke snížení výskytu situací, kdy je potřeba volat na pomoc bezpečnostní službu nebo policii a také zajistí, aby pacienti-muže mohla při úkonech zasahujících do intimity člověka (např. pomoc při hygieně) podporovat osoba stejného pohlaví.

Vnitřní předpis SOP R/D/00999/15/004 *Bezpečná péče a ochrana pacienta-použití omezovacích prostředků zmiňuje možnost přivolat centrální sanitáře, od pracovníků zařízení jsem o využívání této možnosti nezískala žádné poznatky.*

Za velmi důležité považuji, aby byl dostatečný počet mužského personálu zajištěn na plánované jednotce akutního psychiatrického příjmu, která vznikne v rámci rekonstrukce. Lze předpokládat, že na tomto oddělení bude častěji docházet k používání omezovacích prostředků, a měl by tak být dostupný proškolený zdravotnický personál, který bude schopen omezit pacienta bezpečně vlastními silami, bez nutnosti volání pomoci ze strany pracovníků ostrahy nebo policie. Od oslovených zdravotníků zazněla nejistota ohledně personálního zabezpečení plánované jednotky akutního psychiatrického příjmu. Považuji proto za důležité, aby vedení otázky přítomnosti mužského personálu na plánované jednotce akutního příjmu věnovalo pozornost.

2.3 Možnost personálu přivolat si pomoc

Možnost pro personál přivolat si pomoc zdravotníků z jiných oddělení je za stávající situace omezená. K přivolání pomoci lze použít pouze bezdrátový telefon, který zůstává v zázemí personálu. Zdravotníci u sebe nemají služební mobilní telefony, a pokud by se nemohli dostat k bezdrátovému telefonu, museli by si pomoc přivolat křikem.

V jiných navštívených zařízeních jsem se setkala s využíváním přenosného tlačítka, které zmáčknutím přivolá pomoc na konkrétní oddělení. Zavedení takového bezpečnostního mechanismu zmiňovali jako vhodné i dotázaní pracovníci zařízení.

Opatření:

2) Zajistit efektivní systém přivolání posil v případě nouze (do 6 měsíců).

2.4 Konflikty mezi pacienty

Soužití lidí v uzavřeném prostředí dává snadno vzniknout konfliktům, a to tím spíše, pokud se tito lidé nachází v zátěžových situacích a zdravotní krizi. Zaměřila jsem se proto i na to, zda nedochází ke konfliktům mezi pacienty.

Ze studia dokumentace o nežádoucích událostech ani ze stížností jsem nezískala dojem, že by na oddělení docházelo k mezipacientskému násilí. Násilí nezmiňovali ani oslovení pacienti. Dále pacienti uvedli, že případné konflikty personál řeší. Opakovaně byly zmiňovány krádeže (např. oblečení), zde jsem přesvědčena, že k jejich snížení dojde, pokud bude pacientům zajištěna možnost ukládat si věci do uzamykatelných skříněk na pokojích.



2.5 Plánovaná rekonstrukce

V průběhu návštěvy jsem zjistila skutečnosti, které mohou představovat riziko pro bezpečnost na oddělení nebo limit naplňování práv pacientů a jejich pohody, a jsou natolik úzce spjaty se stávajícími prostory, že jejich zlepšení je možné až v nových prostorách. Za správný postup považuji to, že zařízení při plánování rekonstrukce zjišťovalo názory zaměstnanců a reagovalo na ně.

Ve stávajících prostorách chybí možnost pobytu na čerstvém vzduchu pro ty pacienty, u nichž zdravotní stav znemožňuje opuštění uzavřeného oddělení. Dále na uzavřených odděleních nejsou k dispozici místnosti pro setkávání s návštěvami v soukromí. Zařízení je také ve stávajících prostorách limitováno v možnosti zřídit další jednolůžkové ložnice a mít observační pokoje spojené průzorem se sesternou, umožňující snadnější zajištění adekvátního dohledu nad pacientem v ohrožení nebo v omezení.

V rámci rekonstrukce mají být zachována všechna stávající oddělení a má vzniknout jednotka akutního psychiatrického příjmu s kapacitou 5 lůžek.

Z vyjádření nemocnice jsem zjistila, že v rekonstruovaných prostorách budou používány kamery, které ve stávajících prostorách používány nejsou. Zařízení sdělilo, že v nových prostorách budou kamery bez záznamu použity za účelem monitoringu pokojů neklidu, JIPP a vybraných pobytových prostor. Dohled a přístup bude mít výhradně personál kliniky. U monitoringu pobytových prostor nemám informace o tom, o jaké pobytové prostory se jedná a proč je v nich předpokládána tak vysoká míra ohrožení, že je nutné zajistit nepřetržitý dohled, žádám proto o doplnění informací. Nepřetržitý 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. Považuji za nepřijatelné použití kamer v běžných ložnicích, toaletách, sprchách a společenských prostorách.

S průběhem rekonstrukce bude spojena snížená míra komfortu jak pro pacienty, tak personál, a to např. v oblasti hluku či prašnosti. Z vyjádření zařízení jsem nabyla dojmu, že tyto otázky byly zvažovány a že rekonstrukce bude probíhat způsobem, který v jejím průběhu umožní dodržet standardy, které na lůžkové zařízení dopadají z právní úpravy. Upozorňuji, že co se týče míry hluku na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení, tak jeho maximální přípustná úroveň je omezena právním řádem.²⁰

Opatření:

- 3) Zajistit, aby v nových prostorách psychiatrické kliniky měli i pacienti, kteří nemohou opouštět oddělení, k dispozici bezpečný prostor k pobytu na čerstvém vzduchu (bezodkladně).**

20 Nařízení vlády č. 272/2011 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací, ve znění pozdějších předpisů.



- 4) **Zajistit, aby v nových prostorách psychiatrické kliniky měli i pacienti, kteří nemohou opouštět oddělení, k dispozici prostor, kde se mohou v přiměřeném soukromí setkat s návštěvou (bezodkladně).**
- 5) **Zajistit, aby v nových prostorách psychiatrické kliniky pro uzavřená oddělení byly k dispozici alespoň dva, ale nejlépe ještě více pokojů umožňujících samostatné umístění pacienta a odpovídajících standardům pro bezpečné uplatnění omezení, vč. zajištění dohledu (bezodkladně).**
- 6) **Spolu s vyjádřením ke zprávě sdělit v jakých pobytových prostorách, mimo pokojů neklidu a JIPP, budou po rekonstrukci kamery a k prevenci jakého rizika tyto kamery budou sloužit (bezodkladně).**

3. Působení policie a pracovníků ostrahy uvnitř zařízení

Za standard považuji, aby byly vytvořeny takové podmínky, v nichž zdravotníci zvládají i péči o neklidné a agresivní pacienty sami. Zásahy ostrahy či policie mají být omezeny pouze na situace, kdy ohrožení dosahuje výjimečné úrovně nebo není projevem nemoci, ale trestného jednání.

Ve FN Brno působí ostraha, kterou zajišťují interní zaměstnanci. Zabývala jsem se otázkou, zda ostraha v souvislosti s používáním omezovacích prostředků nesupluje práci zdravotníků, což by představovalo zvýšené riziko nepřiměřeného použití síly vůči pacientům.

Z přehledů zásahů ostrahy na Psychiatrické klinice FN Brno vyplývá, že v roce 2017 ostraha provedla 21 zásahů a v roce 2018 27 zásahů, které se vztahovaly k psychiatrické klinice. Většina případů se týká zásahů na krizovém centru nebo vyvedení pacienta z areálu. Mezi záznamy však figuruje i situace ze dne 6. 2. 2018, kdy ostraha asistovala sanitáři JIPP i na uzavřeném oddělení. U jiných záznamů není zřejmé, zda asistence pracovníků ostrahy končila předáním pacienta zdravotníkům na oddělení nebo pokračovala i na něm.

Na psychiatrické klinice zasahuje také Policie České republiky (dále „PČR“) a Městská policie Brno (dále „MPB“). Z dokumentů, které jsem si vyžádala od PČR a MPB, vyplývá, že za rok 2018 asistovala PČR na odděleních psychiatrické kliniky v 5 případech a MPB ve 4 případech.²¹ Asistence probíhala i na uzavřených odděleních a podle poskytnutých záznamů se týkala např. i pomoci při aplikaci injekce nebo pomoci při umísťování pacienta na pokoj.

Nenaznačuji, že by zásahy pracovníků ostrahy a policie v prostorách Psychiatrické kliniky Brno měly být okamžitě ukončeny. Jsem však přesvědčena, že lze přijímat opatření, která povedou k omezení takovýchto zásahů na nezbytné minimum. Očekávám, že pozitivním dopadem provedené rekonstrukce dojde také ke snížení počtu zásahů.

21 Výrazně častější je asistence MPB při převozu pacienta na záchrannou stanici (25 případů za rok 2018). PČR v souvislosti s psychiatrickou klinikou eviduje dalších 10 zásahů, které se však netýkají omezení pacienta, těmito případy se tedy nezabývám.



Pokud dochází k zásahům pracovníků ostrahy na psychiatrickém oddělení, je povinností zařízení zajistit, aby tito pracovníci měli vnitřním předpisem jasné stanovené kompetence a byli dostatečně proškoleni pro jednání s pacientem s duševním onemocněním a použití omezovacích prostředků. Musí být zřejmé, že o průběhu zásahu vždy rozhoduje zdravotník.

Vnitřní předpis S/CV/0603, který upravuje činnost vrátných a strážných ve FN Brno stanoví: „Zaměstnanci vykonávající činnost ochrany života zdraví a majetku nejsou pro tuto činnost vybaveni žádnými jinými prostředky, než kterýkoliv jiný občan nebo zaměstnanec.“ Z předpisu dále vyplývá, že pracovníci ostrahy nesmí používat jakékoliv soukromé zbraně.

Souhlasím s tím, že pracovníci ostrahy nemají vůči pacientům žádná specifická oprávnění, na druhou stranu se pracovníci ostrahy budou pravděpodobně častěji než běžný občan dostávat do situací, v nichž se oni nebo jiní lidé ocitnou v ohrožení. Je proto vhodné, aby pracovníci ostrahy měli dobré povědomí o tom, jaké nástroje právní řád umožňuje využít k odvrácení závažného ohrožení, jedná se zejména o nutnou obranu, krajní nouzi a omezení osobní svobody osoby, která byla přistižena při trestném činu nebo bezprostředně poté. Vnitřní předpis s uvedenými pojmy nepracuje a je zde riziko, že dojde k intuitivnímu použití síly vůči člověku v situaci, kdy to zákon neumožňuje.

Na otázku, zda pracovníci ostrahy podstupují školení za účelem efektivní asistence zdravotníkům při používání omezovacích prostředků, případně v komunikaci s osobou s duševním onemocněním, zařízení sdělilo, že pracovníci jednají výhradně podle pokynů školeného personálu na pracovišti. Z vnitřního předpisu S/CV/0603 také nevyplývá, že by pracovníci ostrahy podstupovali školení. Jsem přesvědčena, že každý pracovník, který potenciálně asistuje při omezování pacienta, by za tímto účelem měl být proškolen. Školení např. umožní osvojit si dovednost správně držet pacienta, u nějž probíhá kurtace, případně umožní osvojit si takové metody komunikace, které minimalizují riziko rozvoje agrese.

Ačkoliv z rozhovoru s vedením zařízení i z vnitřního předpisu SOP R/D/00999/15/004 *Bezpečná péče a ochrana pacienta-použití omezovacích prostředků* bylo zjištěno, že pracovníci ostrahy nesmí mít s pacientem v průběhu omezení fyzický kontakt, tak z popisů událostí zásahů ostrahy na psychiatrické klinice je zřejmé, že ne vždy se tento zákaz podaří realizovat. Viz např. záznam o zásahu ostrahy na krizovém centru ze dne 10. 2. 2018, kde je uvedeno: „Následně nás personál požádal o přikurtování jiného neklidného pacienta, ve spolupráci se strážníkem MP přikurtován.“ Požadavek na školení pracovníků ostrahy v pomoci při používání omezovacích prostředků tak je za stávající situace opodstatněný.

Ze záznamů o nežádoucích událostech vyplývá, že může docházet ke konfliktům v komunikaci mezi pracovníky psychiatrické kliniky a pracovníky ostrahy. Viz nežádoucí události MU/2016/0187 a MU/2016/0326. Obě nežádoucí události jsou již staršího data. Považuji však za důležité, aby vedení zařízení usilovalo o to, aby pracovníci, kteří spolu v krizových situacích postupují vůči pacientovi, měli dobrou představu o svých kompetencích a důvěřovali si.

Požadavek na to, aby personál v psychiatrických zařízeních byl vyškolen v používání verbálních i manuálních technik zvládnutí neklidných nebo násilných pacientů vyplývá



ze standardů CPT.²² Pokud pracovníci ostrahy byt i pod dohledem zdravotníků zasahují proti pacientům, dopadá tento požadavek i na ně.

Opatření:

- 7) **Zajistit, aby pracovníci ostrahy potenciálně zasahující na psychiatrické 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 (do 6 měsíců).**

4. Sledování nežádoucích událostí

Zařízení má vypracován vnitřní předpis S/FN Brno/1254 *Hlášení mimořádné události/havárie ve FN Brno*. V jiných zařízeních jsem se setkala s označením obdobných událostí za nežádoucí a nikoliv mimořádné, což odpovídá *metodice sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče*.²³ Za účelem lepší srozumitelnosti v této kapitole dále pracuji s pojmem mimořádná událost, tak jak je používán v praxi zařízení. Navrhuji však zařízení zvážit aktualizaci svého vnitřního předpisu podle metodiky Ministerstva zdravotnictví.

Použití omezovacího prostředku samo o sobě nepředstavuje mimořádnou událost, která by byla sledována podle vnitřního předpisu S/FN Brno/1254. Mezi sledovanými mimořádnými událostmi jsou však ty, které mohou být bezprostředním důvodem konkrétního použití omezovacího prostředku nebo přispívat k podmínkám na oddělení, jež celkově tlačí na restriktivnější přístup v péči (napadení pacientů nebo personálu, útěky, zranění, pády). Z toho důvodu jsem se zaměřila i na studium mimořádných událostí v zařízení, za účelem zjištění případných komplikovaných situací, které jsou řešeny použitím omezovacího prostředku.

Za roky 2016, 2017, 2018 bylo na psychiatrické klinice evidováno 40 mimořádných událostí. Zařízení poskytlo vyhodnocení, v němž je sledována četnost mimořádných událostí za roky 2016 - 2018. Vyhodnocení mimořádných událostí je převážně kvantitativní (nárůst či naopak pokles četností).

I přesto, že vnitřní předpis S/FN Brno/1254 definuje mimořádné události široce jako vše, co se vymyká běžnému provozu ve zdravotnickém zařízení, tak jsem mezi mimořádnými událostmi nenalezla některé události, o nichž jsem se dozvěděla z jiných zdrojů informací a které považuji za podstatné.

Jak jsem zmínila výše, mezi mimořádnými událostmi nebyly uvedeny všechny zásahy policie či pracovníků ostrahy. Např. dne 10. 2. 2018 došlo podle informací poskytnutých ostrahou

22 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. 23. 4. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>.

23 Metodické doporučení bylo zveřejněno v roce 2012 v 8. čísle Věstníku Ministerstva zdravotnictví a je dostupné zde: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html.



na krizovém centru k zásahu, kdy musel jednoho pacienta omezit strážník pouty a druhého pacienta strážník spolu s pracovníkem ostrahy přikurtoval.²⁴ Obdobně zdravotníci na oddělení 23 uvedli, že v listopadu roku 2018 měla na oddělení zasahovat Policie ČR, tuto událost jsem mezi mimořádnými nežádoucími událostmi také nenašla. Situace, v nichž byl stav pacienta natolik závažný, že k jeho zvládnutí bylo nutné přivolat externí nezávodnickou podporu, považuji za mimořádné události.

Jako mimořádná událost nebyla řešena ani situace, kdy pacientka č. 2 rozpletla dne 5. 2. 2018 síť síťového lůžka a odešla sama na toaletu. S ohledem na to, že z jiných zařízení jsou známy případy, kdy se pacient na rozpletené síti oběsil, je namístě zkoumat, zda byl nad pacientkou vykonáván dostatečný dohled.

Prostor pro rozvoj shledávám také v hledání příčin mimořádných událostí a ve snaze po jejich odstranění. Například mimořádná událost č. MU/2016/0326/ se týkala pacienta, který na pokoji JIPP přetrhl magnetický kurt, hodil židli po zdravotnickém personálu a poté židlí rozbil okno a vyskočil nejdříve na střechu a poté skočil ze střechy dolů, čímž si způsobil zranění. V průběhu události došlo k problému v komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pracovníky ostrahy, což zkomplikovalo zásah složek integrovaného záchranného systému. Uvedenou událost jsem nezkoumala detailně a nehodnotím tedy, zda zařízení při této události nějak pochybilo, jsem však přesvědčena, že bylo namístě zkoumat, zda nelze zabránit opakování obdobné události do budoucna. Na základě popsané mimořádné události nebylo podle záznamu o ní navrženo ani provedeno žádné opatření.

Obdobně po mimořádné události MU/2017/0937, kdy si pacient do krku vrazil kovovou výztuž z textilní skříně, nebylo podle dostupných materiálů vyhodnoceno, zda kovová výztuž není snadno lámatelná a zda by neměly být pořízeny jiné skříně. Textilní skříně byly na oddělení 22 i v době návštěvy.

Každá mimořádná událost, která má za následek ohrožení zdraví a života pacientů nebo personálu by měla vést k internímu šetření za účelem zhodnocení možnosti zmírnění rizika opakování takové události. Z poskytnutých podkladů o řešení mimořádných událostí jsem nenabyla dojmu, že by takové šetření probíhalo v dostatečné intenzitě.

Opatření:

- 8) Přistupovat ke všem událostem, které se vymykají běžnému chodu zařízení a při nichž dojde k ohrožení zdraví či života pacienta (včetně zásahu PČR a MPB vůči pacientovi) nebo personálu, jako k mimořádným událostem a při jejich vyhodnocování hledat opatření, kterými by šlo předejít jejich opakování (průběžně).**

24 Tuto mimořádnou událost jsem v seznamu mimořádných událostí nedohledala, ačkoliv jiné mimořádné události s kódem 1715, který se vztahuje ke krizovému centru, v seznamu figurovaly.



5. Prostředí²⁵ a režim

Pacienti mají právo na pobyt v co nejméně omezujícím²⁶ a zároveň bezpečném prostředí, které bude umožňovat důstojný pobyt a respektovat jejich soukromí.²⁷

Navštívené prostory pro poskytování péče byly udržovány v čistotě a byly dobře prosvětlené. Nezjistila jsem poškození vnitřních prostor nebo vybavení, které by přímo ohrožovalo bezpečnost pacientů. Souhlasím však se zařízením, že technický stav budovy a vybavení vyžaduje rekonstrukci.



Obrázek 2 Arteterapeutická dílna na oddělení 23



Obrázek 3 Průhled z chodby na pokoj na oddělení 23

25 Velká holandská studie doložila vliv prostředí na psychiatrickém oddělení na četnost používání izolace. Riziko izolace zvyšovala mj. přítomnost speciálních bezpečnostních opatření (zámky a alarmy na dveřích a druh komunikačního zařízení pacient-personál) a velké množství pacientů v budově. Znaky, které riziko snižovaly, byly soukromý prostor pacienta, vyšší míra komfortu a větší přehlednost oddělení. Soukromý prostor je významný tím, že nabízí pacientům možnost kontroly, pocit něčeho vlastního, identitu a důstojnost a možnost řídit své sociální interakce. Naopak nedostatek komfortu a možnosti mít pod kontrolou své prostředí může vést k tísní a bezmocnosti. SCHAAF, van der P. S. et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use or seclusion. The British Journal of Psychiatry. Feb 2013, 202 (2), s. 142–149, také [online, cit. 25. 4. 2019], dostupné z <http://bjp.rcpsych.org/content/202/2/142.full-text.pdf+html>.

26 § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách.

27 § 28 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách.



Obrázek 4 Společenské prostory na oddělení 22



Obrázek 5 Kužárna na oddělení 22

5.1 Oddělení 22

Oddělení 22 je koedukované oddělení s kapacitou 29 lůžek. V době návštěvy zde bylo hospitalizováno 25 pacientů, z toho 6 mužů. Pokoje jsou maximálně čtyřlůžkové, dva jsou jednolůžkové a tři dvoulůžkové. Dveře pokojů jsou vybaveny nezaclonitelnými kruhovými průzory z chodby.

Jednolůžkové pokoje jsou používány pro umístění pacientů v závažnějším stavu. Obě ložnice jsou podle sdělení personálu využívány jako místnosti určené k bezpečnému pohybu ve smyslu § 39 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách.

Oddělení 22 má k dispozici kužárnu s kapacitou 9 židlí. Kužárna je v průběhu dne otevřena v sedmi intervalech, každou druhou hodinu. První interval trvá od 7:00 do 8:00 h a poslední interval trvá od 21:00 do 23:00 h. V době oběda je kužárna otevřena dvě hodiny od 11:00 do 13:00 h. Nejistila jsem, že by byl nějak omezován počet osob na kužárně. V kužárně je možné otevřít okno na ventilaci a k dispozici je i větrák.

Na oddělení je také dílna pro činnostní terapii. Ve společenských prostorách je jídelna a další společenský prostor s gaučem, židlemi, knihovnou, televizí, šachovým stolem, rotopedem, ribstoly a žíněnkami. Společenské prostory na oddělení jsou vzájemně propojeny, není zde tak samostatný prostor, který by poskytoval možnost soukromého rozhovoru s návštěvou. Návštěvy na oddělení nemají povolen vstup do kužárny ani na pokoje.

Pokoje na oddělení nemají samostatné sociální zázemí. Oddělení 22 má oddělené toalety pro muže a ženy, společné sprchy, v nichž je v průběhu dne vyhrazen čas zvlášť pro sprchování mužů (7:00 – 8:00 h a 20:00 – 21:00 h) a žen (6:00 – 7:00 h a 18 – 20:00 h). Pacienti uvedli, že se dokáží ve sprchách vystřídat, byla zmíněna možnost individuálního přístupu do sprch mimo stanovené časy.

Za pozitivní považuji to, že zařízení dokáže na oddělení 22 zajistit péči pro muže i ženy různého věku. Společný pobyt mužů a žen různého věku považuji za správný, protože se tím



zařízení přibližuje běžnému prostředí. Zároveň jsem nezjistila přítomnost negativních jevů, které mohou být s koedukací spojeny.

5.2 Oddělení 23

Oddělení je koedukované, s kapacitou 25 lůžek. V době návštěvy zde bylo hospitalizováno 18 pacientů, z toho 9 mužů. Pokoje jsou čtyři čtyřlůžkové, čtyři dvoulůžkové a jedno lůžko je na pokoji určeném k bezpečnému pohybu, kde bylo v době návštěvy umístěno síťové lůžko.

Od zdravotníků jsem nezískala jednotné informace o tom, zda je jako lůžko pro běžné uložení pacienta využíváno také síťové lůžko, které je na jednolůžkovém pokoji běžně, nebo zda je na něj přemístěno lůžko z pokoje, kde se provádí ECT. Jeden z pacientů však uvedl, že byl svědkem toho, jak bylo v situaci obsazenosti oddělení síťové lůžko využíváno jako běžná postel.

Oddělení 23 tak aktuálně nedisponuje jednolůžkovou ložnicí, kterou by šlo využít bez nutnosti přesouvat síťové lůžko. Tento nedostatek považuji za zdroj možného ohrožení v situaci, kdy by bylo nutné použít mechanické omezení (mimo úchop) vůči dvěma pacientům najednou. Pokud by na oddělení např. jeden pacient měl být umístěn v síťovém lůžku a druhý zároveň omezen pásy v lůžku, tak za plné obsazenosti oddělení nemá situace řešení souladné s aktuálním standardem, že pacient v omezení nemá být vystaven zraku jiných pacientů.

Jsem přesvědčena, že na oddělení je kromě místnosti, kde je umístěno síťové lůžko, potřebné zřídit jednolůžkovou ložnici a zároveň v ní zajistit takovou úroveň dohledu, aby v ní mohl pacient být omezen v lůžku pásy.

Všechny pokoje mají stejně jako na oddělení 22 dveře vybaveny nezaclonitelnými kruhovými průzory z chodby.

Pacienti v akutnějším stavu jsou hospitalizováni na pokojích blíže sesterny, kde se také nachází pokoj, v němž je umístěno síťové lůžko. Přes tuto část oddělení se také vstupuje na JIPP a musí tudíž projít i návštěvy pacientů JIPP.

Oddělení 23 má k dispozici kuřárnu. Z režimu oddělení nevyplývá, že by pobyt na kuřárně byl nějak časově omezován. Režimem je však omezen maximální počet pacientů na kuřárně na tři pacienty. Větrání kuřárny zajišťuje čistička vzduchu a možnost otevření okna na ventilaci.

Na oddělení je také dílna, která však není volně přístupná. Dílna je dobře vybavena potřebami pro umělecké činnosti a je v ní knihovna, z níž si pacienti mohou půjčovat knihy i mimo dílnu. Společenské prostory nejsou stejně jako na oddělení 22 děleny. K dispozici je jídelna s televizí, stolní fotbal a gauč v zákrytu za kužárnou. Návštěvy se mohou zdržovat pouze na jídelně, takže nelze být s návštěvou v soukromí.

Pokoje na oddělení nemají samostatné sociální zázemí. Oddělení 23 má oddělené toalety pro muže a ženy a společné sprchy, v nichž je pomocí cedulek možné vyznačit, zda je sprcha volná, nebo zda ji využívají muži či ženy. Sprchy jsou přístupné od 6:00 do 8:00 h a od 18:00 do 20:00 h. Není vymezen čas, kdy by sprchy byly určeny pouze pro ženy nebo muže.



Opět pozitivně hodnotím koedukovanost oddělení. Od zdravotníků na oddělení zaznívala rezervovanost vůči přínosnosti koedukovanosti, kterou vnímali jako možný zdroj ohrožení bezpečí a důstojnosti pacientů. Vedení zařízení koedukovanost naopak vnímalo jako přínosnou. Při studiu nežádoucích událostí a stížností jsem nezjistila, že by koedukovanost způsobovala konflikty. Koedukovanost negativně nehodnotili ani oslovení pacienti.

Opatření:

- 9) Zajistit, aby síťové lůžko být otevřené nebylo využíváno jako běžná postel pacienta (bezodkladně).**
- 10) Zřídit na oddělení 23 další jednolůžkovou ložnici, aby v ní v případě potřeby bylo možné omezit v lůžku pacienta pásy a zároveň zajistit požadovanou úroveň soukromí (do 3 měsíců).**

5.3 Režim a vnitřní řád

Navštívená oddělení mají vypracovány vnitřní řády. Vnitřní řád představuje předpis, kterým zdravotnické zařízení v rámci mantinelů stanovených zákonem upravuje práva a povinnosti pacientů. Do práv pacientů nesmí být vnitřním řádem zasahováno nad míru nezbytně nutnou pro zajištění chodu zařízení a práv ostatních pacientů. Vnitřní řád také nesmí pacientům odejmout práva založená obecně platným právním předpisem. Vnitřní řád však může práva a povinnosti pacientů konkretizovat.

Na oddělení 22 nebyl vnitřní řád vyvěšen na nástěnce, na oddělení 23 byl vyvěšen dokument *Informace pro pacienty oddělení 23*, který zčásti pokrývá obdobná témata jako vnitřní řád. Z § 28 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách vyplývá, že pacient má právo být seznámen s vnitřním řádem. Za nejlepší způsob, jak toto právo naplnit, považuji volnou dostupnost všech pravidel, která na pacienta dopadají, na nástěnce a možnost vyžádat si kompletní vnitřní řád, pokud se jeho vyvěšení na nástěnce nejeví jako efektivní. Požadavek na to, aby byly vnitřní řády oddělení dostupné na oddělení, vyplývá z bodu 4.7.1. vnitřního předpisu zařízení S/PK/0818 *Provozní řád PK*.

Jsem přesvědčena, že vnitřní řády v aktuální podobě neodráží všechna pravidla, která jsou na odděleních vyžadována. Vnitřní řád oddělení 22 neobsahuje např. informaci o tom, jaká elektronická zařízení mohou mít pacienti u sebe, kdy je musí odevzdávat či jak je to s jejich nabíjením. Dále vnitřní řád oddělení 22 neobsahuje informaci o tom, jak je to s možností praní na oddělení, což je např. na oddělení 23 vnitřním řádem zakázáno. Ve vnitřním řádu oddělení 22 také není, na rozdíl od oddělení 23, zakotveno pravidlo o omezování kávy ani pravidlo o možnosti návštěv dětí určitého věku.²⁸ Na oddělení 23 není ve vnitřním řádu zakotveno pravidlo o možnosti vyžádat si klíč od skříňky na pokoji, pravidlo o tom, kdy je kuřárna přístupná i v době nočního klidu nebo že omezení konzumace nápojů nedopadá jen na kávu ale i na některé čaje, což sdělovali pacienti.

28 Zde jsem přesvědčena, že pravidlo o návštěvách dětí nemá být formulováno obecně věkem, ale konkrétní skladbou pacientů na oddělení a podléhat individuálnímu schválení zdravotníků.



Zařízení mi písemně sdělilo, že součástí režimů a domácích řádů je i stanovení jednotlivých úrovní dohledu/dozoru. V dokumentech, které mi byly poskytnuty (režim oddělení 22, denní režim oddělení PK 23, Domácí řád na JIP PK), jsem stanovení úrovní dohledu/dozoru nenalezla. Jasně stanovené úrovně dohledu/dozoru a s nimi spojené povinnosti a omezení nejsou důležité jen z pohledu pacientů, ale i personálu, kterému z něj vyplývá povinnost dozor či dohled zajistit.

Reflektuji, že do pravidel nelze pojmout každou eventualitu. Jsem však přesvědčena, že doposud neupravené oblasti, na něž jsem upozornila výše, jsou důležité pro řadu pacientů, a proto by měly být řešeny ve vnitřních řádech, aby se předešlo možným nedorozuměním vyplývajícím z ústního předávání pravidel.

Opatření:

- 11) Zpřístupnit vnitřní řády (či výtahy z nich) pacientům na nástěnkách na odděleních (bezodkladně).**
- 12) Zhodnotit, zda vnitřní řády oddělení obsahují všechna podstatná pravidla, která jsou po pacientech vyžadována a případně vnitřní řády doplnit (do 2 měsíců).**

5.4 Soukromí

Nedostatečný pocit soukromí se snadno stane zdrojem frustrace. Jako pozitivní standard hodnotím, že v zařízení jsou pacientům na základě individuálního vyhodnocení rizika ponechávány osobní předměty, které umožňují trávit čas podle individuálních zájmů pacienta. Pacientům byla ponechána např. kytara, sluchátka nebo notebooky. V jiných oblastech však shledávám prostor pro zlepšení úrovně soukromí pacientů.

5.4.1 Průzory do pokojů z chodby

Jak jsem uvedla výše, tak na oddělení 22 a 23 jsou z chodeb průzory do všech pokojů. Průzory z chodby sice umožňují snadnou kontrolu pacientů na pokojích, na druhou stranu jsou pacienti neustále vystaveni možnému pohledu kohokoliv, kdo jde po chodbě, a to včetně pacientů a návštěv. Stojí zde tak proti sobě požadavek na bezpečí pacienta a jeho soukromí.

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.

Reflektuji, že ve stávajících prostorách tento standard není plně dosažitelný, a jeho naplnění tak očekávám od rekonstrukce. I za stávajícího stavu oddělení 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.



Opatření:

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

5.4.2 Možnost uložit si osobní věci

Na oddělení 22 a 23 pacienti běžně nemají možnost uložit si své věci do uzamykatelné skříňky. Uzamykatelné skříňky přitom považují na obdobných odděleních za standard. Klíček od skříňky má být vydán všem pacientům, u nichž to není v rozporu se zdravotním stavem. V rozhovorech pacienti uváděli, že se jim z neuzamčených skříňek ztrácejí věci, nebo z toho mají obavy.

Na oddělení 22 mají na některých pokojích pacienti k dispozici pouze textilní skříň, které nemají dvířka, na zbývajících pokojích jsou neuzamykatelné skříň. Kovovou konstrukci, která tvoří výztuž textilní skříň, lze rozlámat na kovové tyčky, které mají ostré konce, což může představovat ohrožení pacientů i personálu, o čemž svědčí nežádoucí událost MU/2017/0937, kdy si pacient takovou tyčku vrazil do krku.

Na oddělení 23 jsou k dispozici skříň, které mají zámky, klíče od skříňky jsou pacientům vydávány oproti záloze 50 Kč. V době návštěvy však klíček neměl k dispozici žádný pacient, a to přesto, že pacienti opakovaně zmiňovali, že mají obavy, že by jim jiní pacienti brali ze skříňky oblečení, a proto si z domova nenechávají dovézt více oblečení a den např. tráví v pyžamu. Pacienti jsou navíc limitováni v možnosti prádlo si sami vyprat, protože to na oddělení 23 zakazuje vnitřní řád.

Opatření:

- 14) Na odděleních 22 a 23 pořídit do pokojů pacientů nábytek zajišťující každému pacientovi uzamykatelný prostor a těm pacientům, jejichž zdravotní stav to nevyklučuje, poskytnout klíč (do 6 měsíců).**

5.4.3 Soukromí na toaletách a ve sprchách

Ačkoliv při plánované rekonstrukci mají být všechny pokoje vybaveny vlastním sociálním zázemím, tak i za stávajícího stavu vnímám prostor pro zlepšení soukromí pacientů ve sprchách. To, že pacienti nedostatek soukromí pociťují, vyplývá např. ze sdělení pacientky, která uvedla, že byla svědkem toho, jak jiná pacientka zapírala dveře do sprchy židlí, aby do koupelny někdo nevpadl.

Soukromí pacienta používajícího toaletu může narušit někdo další, kdo si nevšimne, že je obsazena. Alespoň částečné odstranění tohoto rizika vidím v pořízení cedulky „Vždy klepejte“ na dveře toalet, taková cedulka je na oddělení 22, na oddělení 23 chybí. Další možností je vybavení toalet knoflíkem, který umožní uzamčení zevnitř, přičemž personál může dveře zvenku klíčem vždy otevřít.

Co se týče sprch na oddělení 22 a 23, tak aktuálně je pacient vystaven pohledu každého, kdo je s ním v koupelně, a to i v průběhu sprchování. Sprchové kouty lze vybavit závěsy, které jsou částečně průhledné, prodyšné a nejsou pevně ukotveny ve zdi, čímž je limitováno riziko sebepoškození a zajištěna základní úroveň soukromí pacienta.



Opatření:

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

5.4.4 Možnost rozhovoru s návštěvou v soukromí

Na oddělení 22 ani 23 není k dispozici místnost, která by umožňovala setkání s návštěvou v soukromí, tedy v klidu mimo frekventované společenské prostory. Podle vyjádření pracovníků zařízení očekávám, že v rámci rekonstrukce taková místnost vznikne na každém uzavřeném oddělení.

Za stávajících podmínek alespoň doporučuji, aby personál v nejvyšší možné míře respektoval soukromí návštěv a nedotazoval se pacientů např. v průběhu návštěvy na otázky, které nejsou neodkladné a je možné je položit před nebo po skončení návštěvy. Od pacientů jsem mimo jiné obdržela informaci, že jsou personálem v průběhu návštěvy dotazováni, zda ten den byli na stoličce. Jsem přesvědčena, že tento dotaz je v rámci dne možné provést i jindy než v návštěvních hodinách.

Na oddělení 23 jsou limitovány návštěvy dětí věkem 12 let, toto omezení je uvedeno ve vnitřním řádu oddělení. Na oddělení 22 je podle sdělení personálu věková hranice stanovena na 10 let, nezjistila jsem, že by byla někde písemně uvedena. Pacienti, kteří nemohou opustit oddělení, tak mohou mít znemožněno setkání se svými dětmi. Uznávám, že pro některé děti může pobyt na oddělení představovat riziko, které by ale samostatná místnost pro návštěvy mohla minimalizovat. Uvedený absolutní zákaz návštěv dětí na oddělení nemá ani za stávajícího stavu opodstatnění. Pravidla pro návštěvy by měla být nastavena tak, že pracovníci zařízení vždy individuálně vyhodnotí, zda návštěva dítěte u konkrétního pacienta v konkrétní situaci na oddělení představuje riziko, což je například na základě telefonické domluvy realizovatelné i před návštěvou.

Opatření:

16) Dbát o soukromí pacientů v průběhu návštěv a změnit absolutní zákaz návštěv dětí do 10/12 let na pravidlo podmiňující uskutečnění návštěvy individuálním hodnocením situace (do 2 měsíců).

5.5 Možnost odreagování a pohybu

Pacienti v průběhu hospitalizace mají mít přístup k aktivitám, které umožní odreagování.

5.5.1 Pobyt na čerstvém vzduchu

Pacienti by měli mít možnost strávit během dne na čerstvém vzduchu alespoň hodinu, ale pokud možno mnohem více času. Omezení může představovat jejich aktuální zdravotní stav, ale nikoli uzavřenost oddělení.

V zařízení pacienti, kteří se nacházejí v režimu neumožňujícím opustit navštívená oddělení, nemají přístup na čerstvý vzduch. Zařízení nedisponuje venkovním prostorem, kde by bylo možné zajistit dohled, a tak pacienti, kteří mohou opouštět oddělení pouze s doprovodem, jsou v přístupu na čerstvý vzduch vázáni na návštěvu nebo personál, který je vezme na vycházku. Personál by v takové situaci měl pacientům, jimž to zdravotní stav umožňuje, nabízet možnost vycházky. Na oddělení 22 pravidelné vycházky zakotvuje vnitřní řád



oddělení (vždy po obědě od 14:30), oddělení 23 pravidelné vycházky se sestrou ve vnitřním řádu neupravuje.

Opatření:

- 17) Do doby, než bude dostupný zabezpečený venkovní prostor, zajistit dostupnost pravidelné vycházky pro pacienty, kteří z důvodu režimového opatření nemohou opouštět oddělení sami a jejichž zdravotní stav vycházku nevylučuje (průběžně).**

5.5.2 Přístup ke kávě

Na odděleních 22 a 23 mají pacienti omezen přístup ke kávě na jeden šálek denně. Vlastní kávu pacientům ve stanovený čas zalévá personál. Toto omezení konzumace kávy bylo odůvodněno vlivem kofeinu na působení léků.

Při návštěvách psychiatrických nemocnic jsem formulovala doporučení, aby pacientům byl přístup ke kávě omezován pouze v individuálních případech.²⁹

Reflektuji však, že situace na psychiatrické klinice je odlišná od situace v psychiatrických nemocnicích. Na psychiatrické klinice nedochází k situaci, kdy by zde pacient trávil několik let. Naopak na oddělení ochranných léčeb nebo na chronických odděleních, kde jsem se k omezování kávy vyjadřovala dříve, tato situace není neobvyklá. Pití kávy může pro dlouhodobě hospitalizovaného pacienta představovat jeden z mála rituálů spojujících ho s běžným životem mimo ústav. Mám za to, že omezení v běžných činnostech nabývá s dobou svého trvání na závažnosti a naopak pozbývá opodstatněnosti tím, jak dochází ke stabilizaci medikace.

Ze studia zdravotnické dokumentace pacientů jsem zjistila, že je medikace citlivě nastavována a často upravována (i denně) za účelem nalezení její optimální hladiny. Uznávám tak, že v situaci, kdy se medikace nastavuje, je důležité omezit možné vnější vlivy na její působení. Na druhou stranu zde vzniká riziko, že pacient se po propuštění vrátí ke svým obvyklým návykům pití kávy a medikace nastavená v zařízení přestane být vhodná.

Z výše uvedených důvodů a také proto, že žádný z oslovených pacientů nevnímal omezení v přístupu ke kávě jako problematické, neformuluji v této oblasti vůči zařízení opatření. Přesto však zařízení vyzývám, aby u každého pacienta individuálně posuzovalo, zda je nutné přístup ke kávě takto omezovat, a v případě, že uzná, že nikoliv a pacient o to bude stát, tak zajistit přístup ke kávě v širším rozsahu.

Za podstatné také považuji, aby pacienti byli seznámeni s důvodem omezeného přístupu ke kávě. Jako správné hodnotím, že je důvod pro omezení kávy vysvětlen ve vnitřním řádu oddělení 23. Další prostor, kde by důvod omezení pacientům mohl být sdělován, představuje tabulka s informacemi o tom, kdy se káva podává. Doplnění a přeformulování tabulky považuji za vhodné i z důvodu, že na stávající tabulce na oddělení 23 čtyři z pěti vět končí

29 Viz např. zprávu z návštěvy psychiatrické nemocnice v Opavě, dostupnou z <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4936>



vykřičníkem, což nepřispívá k utváření vlídného a bezpečného prostředí, byť s jasnými pravidly.³⁰

5.5.3 Kouření

Oddělení 22 i 23 disponuje kuřárnou. Na oddělení 22 jsou nastaveny intervaly, kdy je kuřárna uzavřena, kuřárna je nepřístupná po většinu noci. Na oddělení 23 je kuřárna přístupná pouze třem pacientům najednou. Domnívám se, že bezvýjimečné vyžadování těchto opatření může být potenciálním zdrojem napětí u některých pacientů, což je v rozporu se snahou personálu o bezpečí a klid v zařízení. Dále zde vzniká riziko, že pacienti budou kouřit tajně např. na pokoji, o čemž svědčí propálené závěsy a cigaretový popel na parapetu v pokoji na oddělení 23.

Personál by měl v rámci posouzení rizika individuálně vyhodnocovat, zda by např. v konkrétním případě umožnění pacientovi zakouřit si i v noci nepřispělo k jeho duševní pohodě a k deeskalaci případného napětí (a minimalizaci rizika vzniku požáru).

6. Předpoklady pro alternativní zvládnutí rizikového chování

Použití omezovacích prostředků by vždy měla předcházet snaha personálu zvládnout situaci jinak. Mohou být použity různé deeskalační techniky, poskytnut krátký oddechový čas (time out) v samostatné místnosti, nabídnuto podání perorální medikace. Pokusy o použití či nemožnost použití těchto postupů by rovněž podle vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška o zdravotnické dokumentaci“), měly být dokumentovány.³¹

V zařízení je za stávající situace velmi obtížné poskytnout pacientovi bezpečný prostor k pobytu o samotě, kam by se mohl uchýlit, pokud by se cítil rozrušen.

7. Personální zabezpečení

Zaměřila jsem se i na počet personálu na vybraných odděleních, jeho vzdělání v oblasti používání omezovacích prostředků a na dostupnost supervize, protože uvedené považuji za důležité prvky, které mohou ovlivnit četnost a způsob používání omezovacích prostředků.

7.1 Počet zdravotnického personálu

Na oddělení 22 je na 29 lůžek 5,82 lékařských úvazků, 10,6 úvazků zdravotních sester, 5,83 úvazků sanitářů nebo ošetřovatelů a 1,80 úvazku klinického psychologa.

Na oddělení 23 je na 25 lůžek 8,45 lékařských úvazků, 9,13 úvazků zdravotních sester, 5 úvazků sanitářů nebo ošetřovatelů a 0,55 úvazku klinického psychologa.

Na oddělení JIPP je na 5 lůžek 2,64 lékařských úvazků, 9,7 úvazků zdravotních sester, 1 úvazek sanitáře nebo ošetřovatele.

30 Obdobně intenzivně používá vykřičníky informace o pravidlech kuřárny na oddělení 22.

31 Viz § 1 odst. 2 písm. k) bod 1) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.



Zařízení tak naplňuje minimální standard požadovaný vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (dále jen vyhláška o minimálním personálním standardu). Personální zajištění se jevílo přiměřené navštíveným oddělením a ani od pracovníků nebyly zjištěny informace svědčící o opaku.

V zařízení bylo v době návštěvy vypracováno interní stanovení žádoucího počtu ošetrovatelského personálu na uzavřených odděleních, přičemž bylo neobsazeno 0,83 úvazku zdravotní sestry a 1,27 úvazku sanitáře. Vyhláška o minimálním personálním standardu představuje pouze nepodkročitelnou minimální úroveň, která je navíc podle mého názoru i nedostačující z hlediska poskytování péče nerestriktivním způsobem. Považuji proto za dobrou praxi, že má zařízení představu o optimálním personálním obsazení, aby mohlo usilovat o jeho zajištění.

7.2 Školení o používání omezovacích prostředků

Zaměstnanci nejsou podle sdělení oslovených pracovníků i vedení zařízení pravidelně školeni ve využívání omezovacích prostředků. Pravidelné školení s nejvýše ročním intervalem je doporučováno čl. 3 písm. b) metodického pokynu ministerstva i přílohou č. 5 vnitřního předpisu zařízení SOP R/D/00999/15/004 *Bezpečná péče a ochrana pacienta-použití omezovacích prostředků, která na str. 6 stanoví, že personál zařízení, kde jsou pacienti omezováni v lůžku, by měl minimálně jednou ročně být proškolen v péči o nemocného v omezení.*

Požadavek na to, aby byl personál pravidelně školen v používání verbálních i manuálních technik zvládnutí neklidných nebo násilných pacientů, vyplývá ze standardů CPT.³²

Školení považuji za podstatné i z důvodu že v prostorách zdravotnické kliniky zasahují i pracovníci ostrahy, přičemž ze záznamů o jejich zásazích je zřejmé, že se podílí i na omezování pacientů v lůžku pásy. Považuji za důležité, aby byli pravidelně proškoleni jak zdravotníci, tak pracovníci ostrahy, a to i ve vzájemné spolupráci při zásahu.

Opatření:

- 18) Pravidelně (alespoň jednou ročně) školit všechny pracovníky, kteří se mohou podílet na omezení pacienta ve využívání omezovacích prostředků (průběžně).**

7.3 Supervize a podpora personálu

Nejistila jsem, že by zdravotníci pravidelně absolvovali supervizi nebo by měli možnost v rámci zařízení vyhledat podporu, pokud by např. začali pozorovat příznaky vyhoření. Jsem přesvědčena, že práce na psychiatrickém lůžkovém oddělení je natolik náročná, že potřeba supervize panuje na všech odděleních. Navrhuji proto zvážit možnost zavedení supervizí a nabídku psychologické intervence pro zaměstnance.

32 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. 23. 4. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>.



Používání omezovacích prostředků

V zařízení jsem zjistila používání těchto omezovacích prostředků: omezení v lůžku pomocí pásů/kurtů, omezení v síťovém lůžku, uzamčení v místnosti, farmakologické omezení a úchopy.

Vnitřní předpis zařízení SOP R/D/00999/15/004 *Bezpečná péče a ochrana pacienta-použití omezovacích prostředků mezi omezovacími prostředky* uvádí i prostředky, které zákon jako omezovací prostředky nepředpokládá (prostěradlo složené na dlouhý pás, postranice, popruhy připevněné na lůžko s pouty), ale omezují volný pohyb člověka. Používání těchto prostředků jsem v zařízení nezjistila. Pokud by tyto prostředky byly používány s účelem k omezení volného pohybu pacienta silou, tak by se podle okolností mohlo jednat o používání omezovacího prostředku nebo použití omezujícího ošetřovatelského postupu. U postranic i pásu z prostěradla si dokáží představit i sledování jiného účelu než omezení volného pohybu, u lůžka s pouty jiný účel než omezení volného pohybu nenacházím.

Opatření:

- 19) Spolu s vyjádřením ke zprávě sdělit, zda a na jakém oddělení celé FN Brno je využíváno lůžko s pouty, popsat účel jeho použití a zaslat jeho fotografii (bezodkladně).**

8. Izolace – uzamčení v místnosti určené k bezpečnému pohybu

Na oddělení 22 jsou dvě jednolůžkové ložnice, a to ložnice č. 3 a č. 8. Ložnice č. 3 je využívána jako místnost určená k bezpečnému pohybu, stěny této ložnice mají změkčený povrch. Ložnice č. 8 je běžná ložnice, podle sdělení personálu i v této místnosti může být pacient uzamčen, čímž se stává omezovacím prostředkem. Ze záznamů o používání omezovacích prostředků vyplývá, že na oddělení 22 v roce 2018 byla místnost použita jako omezovací prostředek čtyřikrát.

Na oddělení 23 je jedna jednolůžková ložnice. V této ložnici je obvykle umístěno síťové lůžko. Ze záznamů o používání omezovacích prostředků vyplývá, že za rok 2018 byla místnost použita jako omezovací prostředek na oddělení 23 dvakrát. Ložnice je využívána i jako běžná ložnice, zde jsem nezískala jednotné informace o tom, zda je jako lůžko využito otevřené síťové lůžko, nebo zda je přivezeno lůžko z jiného pokoje.

8.1 Bezpečí pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu na oddělení 22

Ložnice č. 3 na oddělení 22, která je využívána jako místnost určená k bezpečnému pohybu, má změkčený povrch stěn i dveří a rohy zdí jsou chráněny lištami, v místnosti není žádný ukotvený nábytek, který by nebylo možné v případě nutnosti bez potíží odstranit. Okno místnosti je podle sdělení personálu tvořeno silným sklem, u nějž je minimální riziko rozbití.

Riziko shledávám v tom že, pokud je místnost využívána jako běžná ložnice a dojde k zabouchnutí dveří, tak pacient zevnitř sám nemá možnost si dveře otevřít. Personál si je podle svého vyjádření rizika vědom a snaží se situaci předcházet. Řešení může představovat



např. odnímatelná klika, místnost pak bude možné bezpečně využívat i jako jednolůžkovou ložnici.

Ložnice č. 8 je běžnou ložnicí, která obsahuje řadu rizikových prvků (nekryté topení, parapet s ostrou hranou, plastový řetízek od žaluzií), jsem přesvědčena, že tato ložnice by jako místnost určená k bezpečnému pohybu neměla být používána.

Opatření:

- 20) Zajistit, aby v situaci, kdy není ložnice č. 3 na oddělení 22 využívána jako místnost k bezpečnému pohybu, bylo pro pacienta možné otevřít místnost zevnitř a nepoužívat ložnici č. 8 jako místnost určenou k bezpečnému pohybu (do 3 měsíců).**

8.2 Bezpečí pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu na oddělení 23

Na oddělení 23 podle záznamů o používání omezovacích prostředků také dochází k umísťování pacientů do místnosti určené k bezpečnému pohybu, za tímto účelem je využívána místnost, kde je umístěno síťové lůžko. Za rok 2018 takto byla využita dvakrát.

Na rozdíl od ložnice č. 3 určené k bezpečnému pohybu na oddělení 22 je v této místnosti řada rizikových prvků, jako např. neodnímatelná klika na dveřích, závěsy, nekryté topení, ostrá hrana parapetu nebo trubky vedoucí od topení, které lze vytrhnout ze zdi.

Další zdroj rizika představuje síťové lůžko v ložnici, a to jak v situaci, kdy je v ložnici ponecháno s pacientem a ten např. může rozplést síť nebo ho na sebe převrhnout, tak v situaci, kdy by personál nejdříve musel síťové lůžko z místnosti vynést. Prodleva s omezením pacienta a vytížením personálu odnášejícího lůžko tímto úkolem představuje v akutní situaci ohrožení jak pro pacienta, tak personál.

Opatření:

- 21) Odstranit rizikové prvky z jednolůžkové ložnice na oddělení 23. Do doby jejich odstranění ji nevyužívat jako místnost určenou k bezpečnému pohybu (do 3 měsíců).**

8.3 Soukromí pacienta v izolaci

Do místností určených k bezpečnému pohybu na odděleních 22 i 23 lze vidět průzorem ve dveřích. Skrze průzor mohou do místnosti nahlížet i další pacienti. Není tak zajištěno soukromí pacienta. Nenavrhují okamžité zaslepení průzorů, protože by bez dalšího znamenalo riziko pro bezpečí pacienta. K zaslepení průzoru bude možno přistoupit až v situaci, kdy bude zajištěno monitorování pacienta v izolaci jiným způsobem.

Ohrožení soukromí pacienta je o to závažnější, že po chodbách se pohybují i návštěvy jiných pacientů (např. průchod z oddělení 23 na JIPP), a může tak být vystaven pohledu zcela neznámých osob.



Opatření:

- 22) Dbát na soukromí pacientů, kteří jsou v omezení, a především pak co nejvíce omezit situaci, kdy je pacient v omezení vystaven náhodnému pohledu jiných pacientů a cizích osob (průběžně).**

9. Omezení v lůžku pomocí pásů (kurtů)

Za rok 2018 došlo na oddělení 22 ke třem omezením pásy v lůžku, na oddělení 23 k devíti omezením pásy v lůžku a jednotce JIPP k 175 omezením pásy v lůžku.

9.1 Omezení v lůžku pomocí pásů na oddělení 22 a 23

Na oddělení 22 a 23 probíhá omezení na pokojích, které jsou jinak využívány jako místnosti určené k bezpečnému pohybu. Zejména na oddělení 23 je tak situace značně limitována co do možnosti paralelního využití omezovacích prostředků. Pokud např. na oddělení 23 bude hospitalizován pacient, jehož zdravotní stav bude vyžadovat umístění v jednolůžkové ložnici a zároveň u dalšího pacienta dojde k rozvoji neklidu na takovou úroveň, že vůči němu bude nutné použít mechanické omezení (mimo omezení úchopem), tak za stávající situace na oddělení (při plné obsazenosti) situace nemá vhodné řešení.

9.2 Omezení v lůžku pomocí pásů na JIPP

Na jednotce JIPP považují v této oblasti za důležité zajistit dostatečnou míru soukromí pacientům omezeným pásy v lůžku a zároveň dostatečnou míru dohledu, odpovídající jejich akutnímu stavu. Jednotka intenzivní psychiatrické péče – JIPP má kapacitu 5 lůžek. Lůžka jsou členěna do dvou pokojů po třech a dvou lůžkách. Mezi lůžky je možné natáhnout clony, které zajišťují pacientům alespoň základní úroveň soukromí. V době návštěvy byli na oddělení hospitalizováni 4 pacienti.

Oba pokoje jsou průzorem spojeny se sesternou, je tak umožněn nepřetržitý dohled. Pracovníci zařízení uvedli, že v noci, kdy je na pokojích ztlumené osvětlení, je obtížnější monitorovat dění na pokoji, aniž jsou pacienti rušeni rozsvěcením. Jako řešení pracovníci navrhli pořízení kamery s „nočním viděním“.

Na JIPP je ve srovnání se zbytkem zařízení často používáno omezení v lůžku pásy (175 omezení za rok 2018). Při omezení pásy v lůžku má být zajištěn nepřetržitý dohled nad pacientem.³³ Zároveň může být na pokoji více pacientů, v takové situaci mají být podle sdělení personálu mezi pacienty nataženy clony za účelem zajištění soukromí pacienta v omezení. Clony pak mohou blokovat i pohled zdravotníků na pacienta ze sesterny, což představuje pro pacienta ohrožení.

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



Opatření:

- 23) Zajistit nepřetržitý dohled nad pacienty JIPP omezenými pásy v lůžku i v situaci, že je přímý dohled průzorem ze sesterny limitován (do 6 měsíců).**

10. Farmakologické omezení

Jsem si vědoma toho, že definice farmakologického omezovacího prostředku je předmětem debat, přičemž znění zákona³⁴ 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 podle mého názoru není forma podávání léčiva, ačkoliv injekční podání léčivého přípravku bude typickým způsobem, jak je léčivo silou podáváno.

10.1 Pojetí farmakologického omezení v zařízení

Vnitřní předpis zařízení SOP R/D/00999/15/004 *Bezpečná péče a ochrana pacienta-použití omezovacích prostředků* uvádí mezi omezovacími prostředky léčivé prostředky.

V zařízení jsme nezískali jednotnou informaci o tom, jak se přistupuje k používání farmakologického omezení. Vedení psychiatrické kliniky sdělilo, že podávání farmak nepovažují za omezení, ale za léčbu symptomů duševního onemocnění. Z výpisu z centrální evidence omezení je zřejmé, že k farmakologickému omezování pacientů dochází zejména na JIPP (114 případů za rok 2018). Co se týče farmakologického omezování na odděleních 22 a 23, tak za rok 2018 bylo farmakologické omezení použito dohromady ve 12 případech.

Konkrétním příkladem farmakologického omezení je pacientka č. 3, která byla hospitalizována na oddělení 23 od 8. 11. 2018. Má v předpisu medikace uvedeno „inj. Haloperidol (1/2 amp.) – (1/2 amp.)“ s doplněním „při odmítání perorální medikace, při neklidu“. Z pacientčiny zdravotnické dokumentace je zřejmé, že medikace byla podávána i přes aktivní odpor pacientky, viz např. záznam ze dne 8. 11. 2018, kde se uvádí „odmítá medikaci, rozvoj neklidu, aktivní obrana, snaha o útěk, podána medikace inj.“, obdobně se situace opakovala i dne 9. 11. a 10. 11. V případě pacientky č. 3 mám za to, že zařízení k medikaci pacientky přistoupilo jako k farmakologickému omezení, protože data omezení se překrývají s daty v centrální evidenci omezení.

S použitím léků jako omezovacího prostředku úzce souvisí skryté podávání léků pacientům bez jejich souhlasu. Takovým skrytým podáváním léků může být například drcení tablet do pití, což jsem zaznamenala ve zdravotnické dokumentaci pacientky č. 2. Zde se nejednalo o skryté podávání léku, ale o postup za účelem kontroly, zda pacientka léky skutečně spolkla. Skryté podávání léků nepředstavuje použití omezovacího prostředku, protože zde chybí

34 § 39 odst. 1 písm. f) zákona o zdravotních službách.



prvek donucení, ale může představovat léčbu bez souhlasu pacienta. K takové léčbě lze přistoupit pouze v zákonem stanovených případech vyžadujících neodkladnou péči.³⁵ Ze zdravotnické dokumentace pacienta by pak mělo být zřejmé, proč zařízení k tomuto kroku přistoupilo. Skryté podávání léků může snadno narušit vztah důvěry mezi pacientem a zdravotníky.

10.2 Kdo o farmakologickém omezení rozhoduje

V případě, kdy jsou naplněny podmínky pro to, aby k medikaci bylo přistupováno jako k omezovacímu prostředku, musí být splněny požadavky, které na dokumentaci jejího použití dopadají z vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Ze záznamu tak musí být např. zřejmé, z jakého konkrétního důvodu byla medikace podána³⁶ a každé farmakologické omezení musí být schváleno lékařem.³⁷ Jméno lékaře však z některých záznamů není patrné. Není uvedeno např. jméno lékaře, který schválil podání dvou injekcí haloperidolu dne 12. 11. 2018 pacientce č. 1.

Ordinaci léků na konkrétní den v zařízení vždy podle záznamu medikace schvaluje lékař, tento lékař však není v zařízení přítomen celý den. Ze záznamu tak musí být zřejmé, zda v akutní situaci vyžadující farmakologické omezení rozhodl on, nebo jiný lékař.

Požadavek na prokazatelné schválení podání léku lékařem se vztahuje i na podávání fakultativní medikace. Ve vztahu k fakultativní medikaci jsem zaznamenala např. u pacientky č. 4 indikaci „*inj. Tiapriadal při neklidu (1 amp.)*“. Pokud by na základě takové indikace podala medikaci sestra bez schválení lékaře, jednalo by se o překročení kompetencí. Proto považuji za správnou praxi v zařízení, kterou v rámci rozhovoru popsala sestra na oddělení 22, že i v takové situaci se volá lékař. Pokud by pacientka č. 4 nesouhlasila s podáním takto předepsaného léku, a bylo by ho nutné podat silou, jednalo by se o použití omezovacího prostředku, kde požadavek na rozhodnutí lékaře vyplývá ze zákona.

Opatření:

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

11. Síťové lůžko

Na oddělení 23 je používáno síťové lůžko. Lůžko je umístěno v jednolůžkové ložnici, která je používána i jako místnost určená k bezpečnému pohybu. Podle sdělení zdravotníků došlo několikrát k převržení síťového lůžka. To, že lůžko lze poměrně snadno vychýlit z rovnováhy, ověřili i pracovníci Kanceláře. V doposud navštívených zařízeních se lůžka (byť neukotvená) jevila jako stabilnější.

35 § 38 odst. 3 a 4 zákona o zdravotních službách.

36 § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

37 § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.



Jsem přesvědčena, že převrnutí lůžka představuje riziko pro pacienta, který je v něm umístěn, a stejně tak i pro pacienta, který je v místnosti uzavřen, pokud je používána jako místnost určená k bezpečnému pohybu za situace, kdy nebylo síťové lůžko odneseno.

Domnívám se, že pokud personál psychiatrického oddělení bude mít zejména po provedené rekonstrukci k dispozici dostatečné množství jednolůžkových pokojů vhodných i k bezpečnému pohybu a dostatek personálu k zajištění dohledu, tak přechod do nových prostor představuje velkou šanci, jak odstoupit od používání síťového lůžka. Apeluji na zařízení, aby tímto směrem postupovalo. Ukončení používání síťových lůžek opakovaně požaduje i CPT.³⁸

Opatření:

25) Zajistit, aby nedocházelo k převrnutí síťového lůžka na oddělení 23 (bezodkladně).

12. Dohled, signalizace a rozbor

12.1 Dohled nad pacientem v omezení a záznamy o něm

Výbor CPT prosazuje jako standard, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod dohledem přítomného pracovníka.³⁹ Vedle zajištění bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta a zabránění pocitu opuštěnosti. Národní standard obsažený v metodickém pokynu ministerstva⁴⁰ je méně náročný, když požaduje obecně nepřetržitý dohled nad pacientem omezeným v lůžku pásy, umístěným v síťovém lůžku nebo v místnosti pro bezpečný pohyb.

O tom, že ne vždy se daří zajistit nepřetržitý dohled nad pacientem v omezení, svědčí situace ze dne 5. 2. 2018, kdy pacientka č. 2 rozpletla síť síťového lůžka a odešla sama na toaletu. Ostatně pokud by personál za stávající situace zajišťoval nepřetržitý dohled nad pacientem v síťovém lůžku, musel by neustále být přítomen u pacienta v místnosti nebo u průzoru na chodbě, což podle vyjádření oslovených zaměstnanců není zvykem.

Opatření:

26) Usilovat o zajištění nepřetržitého dohledu nad pacienty v omezení, a pokud možno i o stálou přítomnost pečujícího u osoby v omezení (průběžně).

38 Viz bod 3.4 standardu CPT z roku 2017

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

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



12.2 Signalizace

Negativa nezajištění nepřetržitého dohledu umocňuje to, že pacient v omezení nemá za stávající situace možnost jak signalizovat, že potřebuje pomoc personálu například s výkonem fyziologické potřeby. Nezbyvá mu tak než hlasitě volat.

Opatření:

27) Zajistit pacientům v omezení možnost důstojné signalizace k přivolání personálu (do 3 měsíců).

12.3 Zpětný rozbor situace

Více dotázaných pracovníků uvádělo, že usilují o průběžné informování pacienta, aby chápal, co se s ním děje a proč. Informování pacienta v průběhu omezení je správnou praxí, která má oporu i ve vnitřních předpisech zařízení. Komunikace s pacientem o jeho omezení by se neměla ale omezovat pouze na průběh omezení. Personál má usilovat o zachování dobrého terapeutického vztahu s pacientem, což vyžaduje i následný rozhovor.⁴¹

CPT k tomu 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.*“⁴² Doporučuji debriefing v tomto smyslu provádět.

Opatření:

28) Provádět s pacienty rozhovor po ukončení omezení, ve smyslu popsaného debriefingu, a ve vnitřním předpisu jasně stanovit, kdy a kým takový rozhovor má být prováděn (průběžně).

13. Dokumentování průběhu omezení

Průběh omezení má být přehledně dokumentován tak, aby ze záznamů bylo jednak zpětně možno rekonstruovat důvod a průběh omezení a také aby bylo zajištěno předávání informací mezi zdravotníky.⁴³ Z čl. 1 odst. 10 metodického doporučení ministerstva vyplývá, že lékař má hodnotit stav pacienta a rozhodovat o trvání omezení v pravidelných intervalech, a to například u pacienta omezeného pásy minimálně každé 3 hodiny. Bez řádně vedené zdravotnické dokumentace nemůže zdravotnické zařízení prokázat, že naplnilo zákonem uložené povinnosti.

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

42 Viz bod 46 v 16. všeobecné zprávě CPT.

43 Srov. § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.



Ze záznamů o průběhu omezení má být zřejmé, proč nebylo možné využít mírnější alternativy omezení, na základě čeho se zdravotníci domnívali, že je namístě v omezení pokračovat a jaký byl zdravotní stav pacienta v průběhu omezení.

13.1 Úprava dokumentování průběhu omezení ve vnitřních předpisech

Vnitřní předpis zařízení SOP R/D/00999/15/004 *Bezpečná péče a ochrana pacienta-použití omezovacích prostředků* nezavádí přímo ve svém textu intervaly, v nichž musí být prováděny záznamy o zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci. Vnitřní předpis v této oblasti odkazuje na své přílohy. V příloze č. 5 uvedeného předpisu jsou pro jednotlivé druhy omezovacích prostředků stanoveny následující intervaly záznamů:

- nejdéle 1 hodina u pacienta omezeného pásy v lůžku,
- nejdéle 3 hodiny u pacienta v terapeutické izolaci,
- nejdéle 12 hodin u pacienta omezeného v síťovém lůžku.

13.2 Zjištěná praxe v zařízení

Ze zdravotnické dokumentace pacientů vyplývá, že zdravotnické zařízení přistupuje k záznamům o průběhu omezení výrazně častěji, než požaduje příloha vnitřního předpisu, což považuji za správný standard. Zdravotnický personál sdělil, že mají pokyn pořizovat záznamy o průběhu omezení každých 30 minut, což je výrazně přísnější požadavek než jaký vyplývá z vnitřního předpisu. Záznamy každých 30 min jsem zjistila např. u pacienta č. 1, který byl dne 2. 1. 2018 omezen v síťovém lůžku. Pokud by byly záznamy prováděny pouze každých 12 hodin, což by bylo stále v souladu s přílohou vnitřního předpisu, považovala bych to za nedostatečné.

Ze zdravotnické dokumentace pacientů č. 2 a 5 není zřejmé, zda a jaké mírnější alternativy byly použity před přistoupením k omezení. Požadavek na uvedení těchto alternativ vyvozují z § 1 odst. 2 písm. k) bod 1 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Znění vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, které povinnou evidenci alternativ zavádí, je účinné až od 1. 11. 2018, přičemž oba uvedení pacienti byli hospitalizováni před tímto datem. Nekonstatuji tak pochybení zařízení, ale upozorňuji na to, že dřívější způsob dokumentace je nutné doplnit o výslovnou evidenci zvažovaných a nevyužitých alternativ k omezení.

U pacienta č. 5 není zřejmé, proč omezení trvalo, i když pacient byl už dne 2. 1. 2018 ve 20:00 h podle záznamu terapeutického omezení spolupracující a nejevil známky agrese, přesto byl v síťovém lůžku pacient ponechán až do 6:00 h dne 3. 1. 2018. Požadavek na to, aby použití omezovacího prostředku netrvalo déle, než trvají důvody omezení, vyplývá z § 39 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách. Ze zdravotnické dokumentace má být zřejmé, že je tato podmínka naplněna.

Opatření:

- 29) Vnitřním předpisem upravit intervaly pro záznamy o průběhu omezení ve zdravotnické dokumentaci tak, aby požadavek předpisu odpovídal praxi v zařízení (do 3 měsíců).**



- 30) Dokumentovat průběh použití omezovacího prostředku v souladu s požadavky metodického doporučení ministerstva a vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, a to zejména s důrazem na zaznamenání důvodu omezení a jeho trvání a neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků (průběžně).**



Pojistky a kontrola

14. Děťští pacienti

Tato zpráva se nezabývá situací na oddělení č. 21, které slouží dětským pacientům. Bude se mu věnovat samostatná zpráva. Na tomto místě bych se přesto chtěla věnovat otázce používání omezovacích prostředků u dětských pacientů. Ti jsou totiž za účelem omezení překládáni na oddělení pro dospělé, tj. na oddělení 22 nebo 23.

Specifika používání omezovacích prostředků u 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 dvacetiletým dospělým. Kde je omezení nezbytné pro předejití ublížení pacientovi nebo ostatním, je zapotřebí postupovat s maximální péčí a nedopustit vznik pocitu opuštěnosti a traumatu. V právním smyslu je dítě představitelem zranitelné skupiny, tedy práh závažnosti zacházení, jež může být posouzeno jako nelidské a ponižující, se snižuje a musí být činěny přiměřené úpravy poskytované služby oproti standardu pro dospělé.

Ve svých zprávách se opakovaně kriticky vyjadřuji k praxi, kdy jsou omezovací prostředky jiné než úchop používány vůči dětem mladším šestnácti let.⁴⁴ Situaci ve FN Brno jsem nemohla celkově zhodnotit, protože z centrální evidence omezení není možné zjistit, kdy bylo omezení použito vůči dítěti. Protože děti jsou za účelem omezení překládány na oddělení pro dospělé, údaj o oddělení, kde bylo omezení použito, tak neumožňuje zjistit, zda bylo použito vůči dítěti. Samostatnou evidenci omezení dětských pacientů zařízení nevede.

Při studiu zdravotnické dokumentace byl zjištěn případ pacientky č. 3, která byla mezi 8. - 12. 11. 2018 na oddělení 22 omezena pásy v lůžku v součtu po dobu 36 hodin. Pacientce v době omezení bylo 15 let a 7 měsíců. Zařízení aktuálně nemůže vyhodnocovat použití omezovacích prostředků vůči dětským pacientům, protože je samostatně neeviduje. To by mělo zařízení napravit, ať už zvolí jakékoliv řešení.

44 V uvedeném názoru se shodují s výborem CPT, který uvedl ve své Zprávě pro vládu Finska o návštěvě Finska, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 22. září 2014 až 2. října 2014. CPT/Inf (2015) 25 [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 25. 4. 2019], dostupná z: <https://rm.coe.int/1680695f70>, uvádí v bodě 104:

„Děti mladší 16 let by neměly být v zásadě nikdy vystaveny omezení. Rizika a důsledky, které v souvislosti s omezením hrozí, jsou s přihlédnutím k jejich zranitelnosti vážnější než u starších pacientů. V krajních případech, v nichž je fyzický zásah nezbytný, aby se zabránilo pacientovi v poškození sebe nebo jiných, je jediným přijatelným fyzickým zásahem úchop pacienta a držení jej, dokud se neuklidní.“



15. Centrální evidence omezení

Ve svých doporučeních dlouhodobě poukazuji 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.⁴⁵

Stávající praxe v zařízení je plně v souladu s § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách, který stanoví povinnost vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků. Nad rámec, podle mého názoru nedostatečného zákonného požadavku, jde zařízení alespoň v tom, že evidence není vedena souhrnně pro celou FN Brno, ale je členěna po jednotlivých klinikách a odděleních.

Jsem však přesvědčena, že stávající evidence neumožňuje zařízení cíleně hodnotit praxi používání omezovacích prostředků. Stávající úroveň evidence znemožňuje podrobnou kontrolu, takže ani zaměstnanci Kanceláře nemohli při kontrole postupovat cíleně. Administrativní zátěž spojená s tvorbou evidence navíc není v tuto chvíli vyvážena ziskem relevantních poznatků, a to z následujících důvodů:

- z evidence není zřejmé, zda byly omezovací prostředky použity vůči jednomu či vůči více pacientům; např. dne 8. 11. 2018 došlo podle centrální evidence na oddělení 23 k omezení jak pásy v lůžku, tak umístěním v místnosti určené k bezpečnému pohybu, i k omezení úchopem a také k použití psychofarmak; z evidence nelze poznat rozdíl mezi tím, zda byli omezeni 4 pacienti najednou, nebo zda byl jeden pacient omezen čtyřmi různými způsoby,
- údaje jsou do evidence přenášeny ručně s časovým odstupem až 60 dnů od použití omezovacích prostředků, což ztěžuje administrativu,
- z evidence nelze poznat, zda se omezení týkalo zranitelných skupin osob (děti, osoby s omezenou svéprávností, osoby vyššího věku),
- z evidence nelze poznat, jak dlouho omezení trvalo,
- z evidence nelze poznat, zda bylo omezení přerušováno,
- z evidence nelze poznat, zda v průběhu omezení došlo k nežádoucí události (např. přetrhnutí kurtu, rozpletení sítě, zranění pacienta).

Zařízení, která jsem doposud navštívila, mi dokázala poskytnout údaje týkající se používání omezovacích prostředků, které netrpěly podobnými nedostatky. Tato zařízení uváděla, že s evidencí pracují za účelem zlepšení své praxe.

⁴⁵ 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.“



Za efektivní způsob řešení považuji postup, kdy je záznam o terapeutickém omezení pacienta veden elektronicky a údaje z něj jsou automaticky odesílány do centrální evidence. V případě potřeby pak lze osobám oprávněným k nahlížení do zdravotnické dokumentace konkrétních pacientů vygenerovat seznam omezení doplněný o další informace.⁴⁶ Zavedení takového postupu není jednoduché, ale jednak by zdravotnickému personálu ulehčilo administrativní činnost spojenou se zpětným vyhledáváním a přepisováním údajů pro centrální evidenci, a zároveň by v případě potřeby umožnilo snadno získat informace potřebné k vyhodnocení používání omezovacích prostředků na oddělení.

Opatření:

- 31) Evidovat použití omezovacích prostředků takovým způsobem, který umožní vytvořit evidenci obsahující identifikační údaje konkrétního pacienta, informaci o jeho případné zranitelnosti, o době trvání omezení, o počtu přerušení omezení a o výskytu případných nežádoucích událostí s omezením spojených (do 6 měsíců).**

16. Evidence elektrokonvulzivní terapie

V zařízení je prováděna elektrokonvulzivní terapie (dále „EKT“). Záznamy o provádění EKT nejsou centrálně evidovány a oslovený zdravotnický personál musel informace o četnosti její aplikace vyhledávat v kalendáři.

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 2015.⁴⁷ 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 (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.

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).

46 Osoba provádějící interní audit do zdravotnické dokumentace může nahlížet jako zaměstnanec poskytovatele zdravotních služeb v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání [viz § 65 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách].

47 KALIŠOVÁ, Lucie, et al. Electroconvulsive Therapy in the Czech Republic. *J ECT*. Červenec 2018, 34(2), s. 108-112. ISSN 1095-0680.

Opatření:

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

17. Přehlednost zdravotnické dokumentace o medikaci

Ze zdravotnické dokumentace má být zřejmé, který lékař rozhodl o předepsání konkrétního léčiva a který lékař případně předpis změnil. V zařízení se předpisy léků a průběžné záznamy zaznamenávají na velký formulář ve formátu A3. Formulář má týdenní rozsah.

Zavedený způsob zaznamenávání je vhodný pro sledování vývoje medikace; na první pohled je zřejmé, jak se mění dávky jednotlivých léků. Způsob zaznamenávání je však problematický z hlediska přehlednosti a čitelnosti. Když v průběhu týdne vznikne důvod pro změnu, připsuje ji aktuální lékař pod už zapsané záznamy (medikace se předepisuje dopředu) nebo předešlé záznamy škrtná.

Vzniklý záznam může působit nepřehledně jako v případě pacientky č. 1 v týdnu od 12. 11. 2018. Navíc opravy nemají standardní parametry pro změny ve zdravotnické dokumentaci, jak vyplývají z § 54 zákona o zdravotních službách, tedy uvedení data opravy a jména pracovníka, který změnu provedl.

ORDINACE	Pondělí	Úterý	Středa
Lithium carb. 300mg	1-0-1	1-0-1	1-0-1
Rivotril 0,5mg při úzkosti	1-1-(1)	1-1-(1)	1-1-(1)
Rivotril 2mg	1-1-1	1-1-1	1-1-1
Tisercin 25mg	(1)-(1)-(1)	(1)-(1)-(1)	(1)-(1)-(1)
Prothazin 25mg	0-0-2N	0-0-2N	0-0-2N
Ibalgin 400mg při bol.hlavy	(1)-(1)-(1)	(1)-(1)-(1)	(1)-(1)-(1)
ZYPREXA 10mg	1-0-1	1-0-1	1-0-1
Haloperidol 5mg 1m	1-1-1	1-1-1	1-1-1
(při neklidu)	1-1-1	1-1-1	1-1-1

Obrázek 6 Záznam o předpisu medikace

Co se týká slovních záznamů o zdravotním stavu, ty se píší do předtištěné kolonky daného dne. Když se záznamy nemohou vejít, píše se velmi malým písmem, používají se šipky a odkazy, což opět může vést ke snížené průkaznosti zdravotnické dokumentace. Zjistila jsem, že někteří lékaři nedostatek prostoru řeší přikládáním dalších listů k záznamovému archu, což by mělo být pravidlem.

Opatření:

33) Zhodnotit, zda stávající způsob záznamů o předepsané medikaci umožňuje průkazně určit, kdo a kdy rozhodl o změně medikace a zda poskytuje dostatečný prostor pro slovní záznamy (do 2 měsíců).



18. Stížnosti

V letech 2016 až 2018 FN Brno neřešila žádnou stížnost, která by se týkala použití omezovacích prostředků na psychiatrické klinice. Ve vztahu k psychiatrické klinice bylo řešeno 15 stížností, k jejichž prošetření nemám výhrady. Z poskytnuté dokumentace je zřejmé, že zařízení se stížnostmi pečlivě zabývá.

Na uzavřených odděleních není přístupná schránka pro podávání stížností. Pracovníkům Kanceláře bylo sděleno, že pacienti mohou stížnost podat z oddělení pomocí internetu, protože jsou jim ponechávána elektronická zařízení. Jako překážku pro tento postup vnímám jednak to, že ne každý pacient má zařízení umožňující stížnost podat, dále to, že dokument *Vyřizování stížností*, který je dostupný na stránkách zařízení, vyžaduje, aby byla stížnost opatřena elektronickým podpisem, jinak je stěžovatel vyzván k písemnému doplnění nebo k sepsání stížnosti přímo v zařízení. Zaměstnanci zařízení zodpovědnými za řešení stížnosti bylo sděleno, že elektronický podpis není striktně vyžadován.

Pacienti musí mít k dispozici cestu k podání stížnosti důvěrně a také bezpečně. Do procesu přebírání stížnosti od pacienta mohou být zapojeni zdravotníci, kteří o něj přímo pečují. Je ale představitelné, že pacient bude mít obavy stěžovat si přímo jim kvůli své závislosti na jejich péči. Musí proto existovat alternativní postup podání stížnosti, do nějž zdravotníci přímo pečující o pacienta nejsou zapojeni, může se jednat např. o schránku, kterou vybírá zaměstnanec ředitelství. Za vhodné nepovažuji ani řešení stížností pouze otevřeně na komunitě, což jsem zjistila v některých zařízeních. Ačkoliv uznávám, že k fungování kolektivu na oddělení je otevřené řešení podnětů vhodné, opět by se nemělo jednat o jedinou možnost pro pacienta jak si stěžovat.

Pacienti by také měli být informováni o právu stížnost podat. Na nástěnkách na odděleních taková informace nebyla zjištěna.

Opatření:

- 34) Vybavit psychiatrická oddělení schránkami pro podávání stížností a zajistit jejich vybírání pracovníkem, který na oddělení nepůsobí, a zpřístupnit pacientům uzavřených oddělení jasnou informaci o možnosti podávat stížnost (do 2 měsíců).**

19. Kultura přístupu k pacientům

Je úkolem vedení usilovat o dobrou úroveň organizační kultury. Do tohoto úsilí je zapotřebí zapojovat vedoucí pracovníky všech úrovní, protože určitá organizační kultura vznikne v každém zařízení a aktivní přístup vedoucích pracovníků může zajistit její pozitivní ráz. Je povinností vedení zajistit, aby v kontextu náročné péče a permanentního tlaku na pečující personál nesklouzl přístup k pacientům k dehumanizaci či atmosféře moci.⁴⁸

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



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

Z rozhovorů s pacienty však bylo zjištěno, že dochází k vybočení z této jinak vysoké úrovně přístupu k pacientům.

Jeden z pacientů na oddělení 23 uvedl, že mu ošetřovatelkou bylo v počátku jeho hospitalizace sděleno: „*Nejsi tu první den ty blbečku, tak by sis mohl pamatovat, kam se dává hrnek.*“

Další pacient na oddělení zmiňoval situaci, kdy mu bylo personálem vyhrožováno, že pokud si v pokoji i nadále bude přemísťovat lůžko, mohl by být umístěn do síťového lůžka.

Takováto sdělení pacientů je beze svědků velmi těžké ověřit, nehodnotím tak, zda jsou sdělení pravdivá, předávám je vedení zařízení jako podnět ke zhodnocení organizační kultury v zařízení.

Personál na oddělení 23 postrádal viditelně umístěné jmenovky. Ani jeden z pacientů tak neuvedl jméno pracovníka, na jehož jednání si stěžovali, protože jméno neznali. Pozorování pracovníků Kanceláře o absenci jmenovek souhlasí se sdělením pacientů a mám tedy za to, že se nejedná o ojedinělou situaci. Absence jmenovek je přitom v rozporu s bodem 4. 3. vnitřního předpisu zařízení S/PK/0818 *Provozní řád PK*.

Vedení zařízení musí usilovat o to, aby se neuctivé jednání ze strany personálu vůči pacientům nevyskytovalo. Za vhodné kroky považuji viditelné označení personálu jmenovkami tak, aby byla jmenovka viditelná při komunikaci tváří v tvář a dále připomínání personálu, že se očekává korektní vystupování i v náročných situacích a urážky pacientů nebudou tolerovány.

Opatření:

35) Zajistit, aby personál zařízení používal v souladu s vnitřním předpisem viditelně jmenovky (bezodkladně).

20. Výzkum, jehož se účastní pacienti uzavřených oddělení

Fakultní nemocnice Brno provádí výzkumnou činnost, přičemž výzkum probíhá i v rámci psychiatrické kliniky. Při studiu stížnostní dokumentace jsem narazila na stížnost č. 11/2016, kde si rodiče pacienta, který v zařízení podstoupil léčbu, stěžují na účast syna ve výzkumném projektu *Buněčné markery vedoucí ke specifické léčbě schizofrenních pacientů*. Pacientovi byl z oblasti třísel operačně odebrán vzorek kůže v rozsahu 1 x 3cm. Rodiče pacienta si stěžovali na to, že na syna měl být vyvíjen nátlak k účasti ve výzkumu a že postup zákroku neodpovídal postupu uvedenému ve formuláři o informovaném souhlasu s účastí ve výzkumném projektu. Oproti obvyklému postupu předpokládanému formulářem se lišilo místo odběru a byl proveden vyšší počet stehů. Uvedené odchýlení se od předpokládaného postupu zařízení zdůvodňovalo tím, že pacient preferoval odběr z místa, které bude méně viditelné a větší počet stehů zajistil lepší hojení rány. Vznikly tedy otázky týkající se svobodnosti a informovanosti souhlasu pacienta s jeho účastí ve výzkumném projektu.



Co se týče svobody souhlasu, tak nenaznačuji, že by pracovníci zařízení vyvíjeli na pacienta jakýkoliv nátlak. Avšak sám pobyt na uzavřeném oddělení je schopen vytvořit závislé postavení pacienta vůči zdravotníkům a může snadno ovlivnit svobodnost uděleného souhlasu.

To, že by měl zdravotník při provádění výzkumu pečlivě zvažovat případné závislé postavení participanta výzkumu, vyplývá z právní a profesní úpravy, která na lékařský výzkum na člověku dopadá.

K uvedené problematice se vyjadřuje Helsinská deklarace Světové lékařské asociace⁴⁹ v bodě 26:

„Při získávání informovaného souhlasu k účasti ve výzkumné studii musí být lékař velmi obezřetný, aby k němu nebyl potenciální subjekt v závislém postavení či nepodléhal jeho nátlaku. Pokud k takové situaci dojde, musí informovaný souhlas získat jiná příslušně kvalifikovaná osoba, která je na daném vztahu mezi pacientem a lékařem zcela nezávislá.“⁵⁰

Respektuji informaci obsaženou ve vyjádření pracovníků zařízení obsaženém ve stížnostní dokumentaci, že lékařka, která s pacientem podepisovala formulář informovaného souhlasu, nijak nebyla účastna na jeho léčbě. Jsem však přesvědčena, že informace o nepodílení se zdravotníka vyžadujícího souhlas na léčbě pacienta má být v případě výzkumu na lidech na uzavřeném oddělení výslovně obsažena i ve formuláři o informovaném souhlasu. Dále jsem přesvědčena, že by bylo vhodnější, aby informace pacientovi před udělením souhlasu poskytl lékař zcela nezávislý na Psychiatrické klinice FN Brno. V tomto případě se nabízí lékař, který provedl odběr.

Aby se omezilo riziko, že např. i jen pacientem subjektivně vnímaná a nevyslovená závislost na zdravotnících ovlivní vyslovení souhlasu pacienta, považuji za vhodné přistupovat k výzkumu na pacientech uzavřených odděleních pouze v případě, kdy nelze výzkum provádět na pacientech, jejichž osobní svoboda takto limitována není. V řešeném případě nevidím žádný důvod, proč by pacient nemohl vzorek poskytnout po propuštění z uzavřeného oddělení.

Co se týče informovanosti souhlasu, tak je zřejmé, že v době podpisu záznamu o informovaném souhlasu dva dny před zákrokem pacient neměl k dispozici všechny informace. Pacient se rozhodl pro konkrétní místo odběru po sdělení informace o tom, jak bude vypadat jizva a jaká jsou možná místa odběru těsně před zákrokem, což se však nepromítlo do již dříve podepsaného formuláře o informovaném souhlasu.

49 Helsinská deklarace Světové lékařské asociace představuje profesní standard, přičemž závazek k jeho dodržování vyplývá z čl. 4 Úmluvy OSN o lidských právech a biomedicíně.

50 V originálním znění je Helsinská deklarace lékařské asociace dostupná z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [cit. 24. 4. 2019]. Anglický originál článku 26 je formulován následovně: „When seeking informed consent for participation in a research study the physician should be particularly cautious if the potential subject is in a dependent relationship with the physician or may consent under duress. In such situations the informed consent should be sought by an appropriately qualified individual who is completely independent of this relationship.“



Ve vztahu k informovanosti tak považuji za vhodné, aby veškeré informace (velikost rány, vzhled jizvy, výhody většího množství stehů) byly poskytnuty s dostatečným časovým předstihem a aby pacientem písemně odsouhlasený postup zákroku co nejvíce odpovídal jeho konkrétnímu provedení.

Argumenty zařízení, týkající se důvodu, proč pacientovi nabídl postup odlišný od obvyklého postupu předpokládaného formulářem o informovaném souhlasu, považuji za racionální. Případné upřesnění způsobu provedení zákroku před jeho provedením však do budoucna doporučuji nechat znovu pacientem písemně potvrdit.

Za situace, kdy by byla zpochybněna svobodnost a informovanost souhlasu participantů, může být výzkum prováděný na pacientech uzavřených oddělení snadno označen za špatné zacházení.⁵¹ Je proto v zájmu zařízení, aby takovémuto zpochybnění předcházelo.

Opatření:

36) Výzkum na pacientech uzavřených oddělení provádět pouze tehdy, pokud jej nelze provést např. na pacientech otevřených oddělení nebo pacientech v ambulantní péči (průběžně).

21. Postavení nedobrovolně hospitalizovaných pacientů

V zařízení jsou hospitalizováni i pacienti, kteří byli přijati bez svého souhlasu. Z občanského zákoníku⁵² vyplývá, že nedobrovolně hospitalizovaný pacient musí bez zbytečného odkladu obdržet náležité vysvětlení svého právního postavení, zákonného důvodu učiněného opatření a možností právní ochrany.

V zařízení v době návštěvy nebyl dostupný žádný materiál, který by shrnoval práva a postavení nedobrovolně hospitalizovaného pacienta a který by si pacient v klidu mohl prostudovat po nedobrovolném převzetí do zdravotnického zařízení, až bude situace méně vypjatá než při jeho příjmu. Navrhuji proto zařízení, aby takový materiál vytvořilo nebo využilo již existující volně dostupné materiály. Mohu nabídnout leták *Psychiatrická nemocnice* vytvořený Kanceláří.⁵³

Dobrou praxí pak je poskytovat všem pacientům informace organizačního charakteru nejen ve formě rozsáhlého a někdy obtížně čitelného vnitřního řádu, ale také pomocí stručného letáku.

Opatření:

37) Kromě ústního poučení předávat nedobrovolně hospitalizovaným pacientům i písemný materiál shrnující jejich postavení (do 6 měsíců).

51 Viz odst. 88 - 91 rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bataliny proti Rusku, stížnost č. 10060/07, rozsudek ze dne 23. 7. 2015.

52 § 106 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů.

53 Je dálkově dostupný na https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/Letaky/Psychiatricka-nemocnice.pdf.



22. Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení

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

Nyní nepojednávám o povinnosti formulované přímo v zákoně o zdravotních službách, ale o důsledku mezinárodního závazku České republiky chránit (nejen) osoby omezené na svobodě před špatným zacházením. Bez objektivizovaného popisu známek zranění je konkrétně v případě osob omezených na svobodě pro orgány státu velmi těžké unést důkazní břemeno, že zranění nevzniklo jejich zaviněním nebo nedbalostí. Právě v případě osob omezených na svobodě je i postup psychiatrické nemocnice přičitatelný státu.⁵⁴

Opatření:

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

Nemocnice by měla zvážit pořízení fotoaparátu nebo tabletu pro příjmová a další vyšetření a zvážit používání formuláře pro zaznamenávání všech důležitých údajů, které zdravotníkům zjednoduší práci.

⁵⁴ Standard toho, jak má vypadat záznam o zjištěných zraněních použitelný pro případné budoucí vyšetřování špatného zacházení, vyplývá z OSN Istanbulského protokolu z roku 1999 (Zásady pro účinné vyšetřování a dokumentaci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání) a je obsažen ve standardu CPT: Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Pořizování záznamů a podávání zpráv o lékařských zjištěních o špatném zacházení. Výňatek z 23. všeobecné zprávy CPT, publikované v roce 2013. [online]. Francie. © Council of Europe. [cit 10. 7. 2018], bod 74. Dostupné z <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ccc36>.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně

- Odstranit rizikové prvky na oddělení 22 a 23 (opatření č. 1)
- Zajistit, aby v nových prostorách psychiatrické kliniky měli i pacienti, kteří nemohou opouštět oddělení, k dispozici bezpečný prostor k pobytu na čerstvém vzduchu (opatření č. 3)
- Zajistit, aby v nových prostorách psychiatrické kliniky měli i pacienti, kteří nemohou opouštět oddělení, k dispozici prostor, kde se mohou v přiměřeném soukromí setkat s návštěvou (opatření č. 4)
- Zajistit, aby v nových prostorách psychiatrické kliniky pro uzavřená oddělení byly k dispozici alespoň dva, ale nejlépe ještě více pokojů umožňujících samostatné umístění pacienta a odpovídajících standardům pro bezpečné uplatnění omezení, vč. zajištění dohledu (opatření č. 5)
- Spolu s vyjádřením ke zprávě sdělit v jakých pobytových prostorách, mimo pokojů neklidu a JIPP, budou po rekonstrukci kamery a k prevenci jakého rizika tyto kamery budou sloužit (opatření č. 6)
- Zajistit, aby síťové lůžko byť otevřené nebylo využíváno jako běžná postel pacienta (opatření č. 9)
- Zpřístupnit vnitřní, řády či výtahy z nich, pacientům na nástěnkách na odděleních (opatření č. 11)
- Spolu s vyjádřením ke zprávě sdělit, zda a na jakém oddělení celé FN Brno je využíváno lůžko s pouty, popsat účel jeho použití a zaslat jeho fotografii (opatření č. 19)
- Zajistit, aby nedocházelo k převrnutí síťového lůžka na oddělení 23 (opatření č. 25)
- Zajistit, aby personál zařízení používal v souladu s vnitřním předpisem viditelně jmenovky (opatření č. 35)

Do 2 měsíců

- Zhodnotit, zda vnitřní řády oddělení obsahují všechna podstatná pravidla, která jsou po pacientech vyžadována a případně vnitřní řády doplnit (opatření č. 12)
- Dbát o soukromí pacientů v průběhu návštěv a změnit absolutní zákaz návštěv dětí do 10/12 let na pravidlo podmiňující uskutečnění návštěvy individuálním hodnocením situace (opatření č. 16)



	• Zhodnotit, zda stávající způsob záznamů o předepsané medikaci umožňuje průkazně určit, kdo a kdy rozhodl o změně medikace a zda poskytuje dostatečný prostor pro slovní záznamy (opatření č. 33) • Vybavit psychiatrická oddělení schránkami pro podávání stížností a zajistit jejich vybírání pracovníkem, který na oddělení nepůsobí, a zpřístupnit pacientům uzavřených oddělení jasnou informaci o možnosti podávat stížnost (opatření č. 34)
Do 3 měsíců	• Zřídit na oddělení 23 další jednolůžkovou ložnici, aby v ní v případě potřeby bylo možné omezit v lůžku pacienta pásy a zároveň zajistit požadovanou úroveň soukromí (opatření č. 10) • Na pokojích, kde jsou hospitalizováni pacienti, jejichž zdravotní stav nevyžaduje nepřetržitý či zvýšený dohled, zaclonit průzory z chodby (opatření č. 13) • Přijmout kroky ke zvýšení soukromí pacientů ve sprchách a na toaletách (opatření č. 15) • Zajistit, aby v situaci, kdy není ložnice č. 3 na oddělení 22 využívána jako místnost k bezpečnému pohybu, bylo pro pacienta možné otevřít místnost zevnitř a nepoužívat ložnici č. 8 jako místnost určenou k bezpečnému pohybu (opatření č. 20) • Odstranit rizikové prvky z jednolůžkové ložnice na oddělení 23. Do doby jejich odstranění ji nevyužívat jako místnost určenou k bezpečnému pohybu (opatření č. 21) • Zajistit pacientům v omezení možnost důstojné signalizace k přivolání personálu (opatření č. 27) • Vnitřním předpisem upravit intervaly pro záznamy o průběhu omezení ve zdravotnické dokumentaci tak, aby požadavek předpisu odpovídal praxi v zařízení (opatření č. 29) • Vést a pravidelně vyhodnocovat evidenci o EKT zákrocích s cílem ověřovat naplňování právních standardů v případech, kdy lékaři postupovali bez souhlasu pacienta (opatření č. 32)
Do 6 měsíců	• Zajistit efektivní systém přivolání posil v případě nouze (opatření č. 2) • Zajistit, aby pracovníci ostrahy potenciálně zasahující na psychiatrické 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. 7) • Na odděleních 22 a 23 pořídit do pokojů pacientů nábytek zajišťující každému pacientovi uzamykatelný prostor a těm pacientům, jejichž zdravotní stav to nevylučuje, poskytnout klíč (opatření č. 14) • Zajistit nepřetržitý dohled nad pacienty JIPP omezenými pásy v lůžku i v situaci, že je přímý dohled průzorem ze sesterny limitován (opatření č. 23) • Evidovat použití omezovacích prostředků takovým způsobem, který umožní vytvořit evidenci obsahující identifikační údaje konkrétního pacienta, informaci o jeho případné zranitelnosti, o době trvání omezení, o počtu přerušení omezení a o výskytu případných nežádoucích událostí s omezením spojených (opatření č. 31) • Kromě ústního poučení předávat nedobrovolně hospitalizovaným pacientům i písemný materiál shrnující jejich postavení (opatření č. 37)
Průběžně	• Přistupovat ke všem událostem, které se vymykají běžnému chodu zařízení a při nichž dojde k ohrožení zdraví či života pacienta (včetně zásahu PČR a MPB vůči pacientovi) nebo personálu, jako k mimořádným událostem a při jejich vyhodnocování hledat opatření, kterými by šlo předejít jejich opakování (opatření č. 8) • Do doby, než bude dostupný zabezpečený venkovní prostor, zajistit dostupnost pravidelné vycházky pro pacienty, kteří z důvodu režimového opatření nemohou opouštět oddělení sami a jejichž zdravotní stav vycházku nevylučuje (opatření č. 17) • Pravidelně, alespoň jednou ročně, školit všechny pracovníky, kteří se mohou podílet na omezení pacienta ve využívání omezovacích prostředků (opatření č. 18) • Dbát na soukromí pacientů, kteří jsou v omezení, a především pak co nejvíce omezit situaci, kdy je pacient v omezení vystaven náhodnému pohledu jiných pacientů a cizích osob (opatření č. 22) • Přistupovat k jednorázovému podávání medikace za účelem zmírnění neklidu za použití síly nebo hrozby jako k používání omezovacího prostředku a dbát o to, aby každé farmakologické omezení bylo prokazatelně schváleno lékařem (opatření č. 24)



- Usilovat o zajištění nepřetržitého dohledu nad pacienty v omezení, a pokud možno i o stálou přítomnost pečujícího u osoby v omezení (opatření č. 26)
- Provádět s pacienty rozhovor po ukončení omezení, ve smyslu popsaného debriefingu, a ve vnitřním předpisu jasně stanovit, kdy a kým takový rozhovor má být prováděn (opatření č. 28)
- Dokumentovat průběh použití omezovacího prostředku v souladu s požadavky metodického doporučení ministerstva a vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, a to zejména s důrazem na zaznamenání důvodu omezení a jeho trvání a neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků (opatření č. 30)
- Výzkum na pacientech uzavřených oddělení provádět pouze tehdy, pokud jej nelze provést např. na pacientech otevřených oddělení nebo pacientech v ambulantní péči (opatření č. 36)
- Důsledně provádět detailní záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpěných v průběhu hospitalizace; zaznamenávat všechny aspekty: vyjádření pacienta k původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (opatření č. 38)