

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň

Zpráva z následné návštěvy zařízení¹

Adresa zařízení:	Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň-Bory
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	MUDr. Václav Šimánek, Ph.D.
Typ zařízení:	psychiatrická klinika
Kapacita:	90 lůžek
Datum návštěvy:	31. května a 1. června 2022
Datum vydání zprávy:	5. září 2022
Návštěvu provedli:	Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Matěj Stříteský, Mgr. Tereza Žuffová-Kunčová, MUDr. Otilie Bartáková, Stanislav Jirkovský, DiS.

JUDr. Stanislav Křeček
veřejný ochránce práv

¹ Následná návštěva byla zrealizována v souvislosti s projektem *Posílení aktivit veřejného ochránce práv v ochraně lidských práv (směrem k ustavení Národní lidskoprávní instituce v ČR)*, číslo projektu LP-PDP3-001. Projekt je součástí Programu lidská práva financovaného z Norských fondů 2014-2021 prostřednictvím Ministerstva financí ČR.



Obsah

Obsah	2
Úvodní informace	3
Shrnutí	6
Odstraněná rizika špatného zacházení	7
1. Působení policie a bezpečnostní služby uvnitř nemocnice	7
2. Dohled nad pacientem v omezení	8
3. Bodový hodnotící systém	9
4. Klecové a síťové lůžko	9
5. Kouření	10
Částečně odstraněná rizika špatného zacházení	11
6. Prostor pro samostatné umístění pacienta v omezení	11
7. Pobyť na vzduchu	12
8. Návštěvy	13
9. Bezpečné uložení věcí	14
10. Soukromí pacienta v omezení	15
Přetrvávající rizika špatného zacházení	17
11. Rizikové prvky v prostředí	17
12. Pravidla pro používání omezovacích prostředků	18
13. Dokumentování průběhu omezení	20
14. Zpětný rozhovor (angl. debriefing)	24
15. Bezpečí pacienta v omezení	25
16. Centrální evidence omezení	25
17. Dokumentování známek špatného zacházení	27
18. Stížnosti	28
19. Informace o právech, povinnostech a pravidlech	29
Nově identifikovaná rizika špatného zacházení	31
20. Úroveň vedené zdravotnické dokumentace	31
21. Neočekávaná úmrtí	33
22. EKT z vitální indikace	34
Přehled opatření k nápravě	35



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Od roku 2006 veřejný ochránce práv plní **úkoly národního preventivního mechanismu** podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.²

Proto **systematicky navštěvují místa (zařízení)**, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Psychiatrické kliniky jsou jedním ze zařízení, jež mohou navštívit.³

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.⁴ Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřují pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv,⁵ konkrétně právníky, odborníky z oblasti psychiatrie a ošetrovatelství. Návštěva spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a klienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.⁶ Návštěvy jsou **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování psychiatrické péče.

Smyslem následné návštěvy zařízení je ověření splnění opatření, jež byla formulována ve zprávě z první systematické návštěvy.⁷ Zároveň platí, že šetření nemusí být výlučně omezeno pouze na opatření ve zprávě z první systematické návštěvy. Pokud jsou během šetření odhalena nová rizika špatného zacházení, pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv se jimi zabývají také.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

Po každé návštěvě **sepíše zprávu. Většinou obsahuje návrhy opatření k nápravě.** Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k předcházení špatnému zacházení nebo jeho odstranění. **Zpráva nepopisuje zjištěnou správnou praxi zařízení** odpovídající dobrým standardům zacházení. **Soustředí se pouze na možné nedostatky.** Proto může působit velice nepříznivě a nevyváženě. Prosím čtenáře zprávy, aby na to pamatovali. Bez ohledu na závěry zprávy si vážím náročné práce všech zaměstnanců zařízení.

2 Na základě § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.

3 Podle § 1 odst. 4 písm. a) a c) zákona o veřejném ochránci práv.

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

5 Podle § 25 odst. 6 zákona o veřejném ochránci práv.

6 Podle § 21a ve spojení s § 15 zákona o veřejném ochránci práv.

7 První systematická návštěva proběhla dne 17. a 18. září 2018 pod sp. zn. 55/2018/NZ/MSŘ.



Ve zprávě z následné návštěvy vyhodnocuji opatření uložená ve zprávě z první návštěvy podle toho, zda bylo riziko špatného zacházení zcela odstraněno, částečně odstraněno, nebo přetrvává. Ve zprávě se rovněž zabývám nově zjištěnými skutečnostmi, které mohou představovat riziko špatného zacházení. Nová zjištění se nachází na konci zprávy.

Zprávu pošlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsaným zjištěním a navrženým opatřením.⁸ Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

Navržená **opatření k nápravě** se liší svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Pro snazší orientaci obsahuje zpráva na konci **přehled** opatření k nápravě. Navrhuji také **termín provedení**.

- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Není-li to možné, provedou se v nejkratší možné době. Za bezodkladná označuji opatření, která považuji za naléhavá a velmi důležitá, anebo opatření běžně snadno proveditelná.
- Opatření s delší lhůtou je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho měsíce, tří měsíců, šesti měsíců nebo jednoho roku.
- Opatření s průběžným plněním navrhuji tam, kde je třeba zavést určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že zařízení opatření zavede co nejdříve a bude dbát na dodržování doporučené praxe.

Rád bych, aby zařízení ve vyjádření ke zprávě sdělilo, že (1) opatření provedlo a jak, nebo (2) kdy a jak opatření provede, nebo (3) navrhne jiné vhodné opatření a termín.

Pokud budu vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **považovat za dostatečná**, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující je vysvětlení zjištěných pochybení, doložení opatření k nápravě či věrohodný příslib jejich provedení.

Pokud vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **nebudu považovat za dostatečná**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁹ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace **zveřejním anonymizovanou zprávu z návštěvy zařízení** (s výjimkou jmen osob pověřených vedením zařízení) a **obdržená vyjádření** v databázi Evidence stanovisek ochránce (ESO).¹⁰

Po dokončení řady návštěv zařízení téhož druhu **vydávám tzv. souhrnnou zprávu**. Tu také zveřejňuji a posílám ji příslušným orgánům veřejné moci. V souhrnné zprávě bez vazby na konkrétní zařízení shrnuji svá zjištění a doporučená opatření k nápravě, navrhuji systémová doporučení, případně vytvářím standard dobrého zacházení. Souhrnná zpráva může sloužit nenavštíveným zařízením jako vodítko k odstranění špatného zacházení a jeho předcházení.

⁸ Ustanovení § 21a odst. 3 a 4 zákona o veřejném ochránci práv.

⁹ Tzv. sankční opatření, u kterých se postupuje obdobně podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

¹⁰ Evidence stanovisek ochránce (ESO) je dostupná z <https://eso.ochrance.cz>.



Charakteristika zařízení

Psychiatrická klinika funguje v rámci Fakultní nemocnice Plzeň (dále jen „FN Plzeň“) a poskytuje zdravotní služby pacientům z celého věkového i diagnostického spektra. Péče na odděleních Psychiatrické kliniky FN Plzeň (dále také „zařízení“) probíhá na koedukovaných odděleních.

Psychiatrická klinika byla dne 21. 3. 2022 přestěhována do nové budovy v areálu FN Plzeň-Lochotín. Nová klinika je rozdělena na následující oddělení: akutní dospělé oddělení (dále jako „dospělé oddělení“) s kapacitou 30 lůžek, dětské a dorostové oddělení (dále jako „dětské oddělení“) s kapacitou 20 lůžek, oddělení léčby závislostí a detoxu s kapacitou 20 lůžek a psychoterapeutické oddělení s kapacitou 20 lůžek.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 31. května a 1. června 2022 bez předchozího ohlášení. Ředitel byl o návštěvě osobně informován při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“) mu předali pověření k provedení návštěvy a vyžádali si potřebnou součinnost. Posléze se zaměstnanci Kanceláře přesunuli do areálu FN Plzeň v Lochotíně, kde se setkali s vedením psychiatrické kliniky.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Jana Gregorová, Mgr. Matěj Stříteský a Mgr. Tereza Žuffová-Kunčová. Na šetření se též podíleli pověření experti z oboru psychiatrie MUDr. Otilie Bartáková a Stanislav Jirkovský, DiS.

Zaměstnanci Kanceláře navštívili dospělé a dětské oddělení. V průběhu návštěvy uskutečnili rozhovory s přednostou, primářem, dále s lékaři a ošetrovatelským personálem a s několika pacienty. Dále provedli prohlídku vybraných oddělení, pozorovali průběh poskytování péče, studovali zdravotnickou dokumentaci a dokumentaci nežádoucích událostí a stížností a vyžádali si související vnitřní předpisy.



Shrnutí

V době první návštěvy¹¹ byly hlavním zdrojem komplikací prostory zařízení, které nenaplněly aktuální standardy akutní psychiatrické lůžkové péče. Nejzásadnější změnou je proto nová budova zařízení, která reflektuje řadu požadavků uvedených ve zprávě z první návštěvy. Jedná se především o zřízení jednolůžkových (intermediálních) pokojů k omezení pacientů v soukromí, místností určených k bezpečnému pohybu, možnost zajištění nepřetržitého dohledu nad pacienty v omezení a zřízení návštěvních místností. Oproti staré budově je rovněž značně zvýšena bezpečnost pacientů na odděleních. To oceňuji a doporučuji zařízení, aby nepolevovalo ve sledování a odstraňování potenciálních rizikových prvků. Vítám vybudování bezpečného venkovního prostoru a apeluji na zařízení, aby hledalo cestu, jak zajistit jeho přístupnost pro všechny pacienty, jejichž zdravotní stav pobyt na vzduchu umožňuje.

Pracovníci Kanceláře zaznamenali pouze slušný a vstřícný přístup personálu k pacientům. Dílčí nedostatky shledávám v informování pacientů, možnosti pacientů si bezpečně uložit své věci, zajištění efektivního stížnostního mechanismu a prošetření neočekávaných úmrtí pacientů.

Nejzávažnějším nedostatkem z pohledu prevence špatného zacházení je úroveň **vedení zdravotnické dokumentace** včetně dokumentování průběhu omezení. Dokumentace je nepřehledná a zápisy rukou jsou ve většině případů nečitelné. **To je v rozporu se zákonem.** V dokumentaci průběhu fyzického omezení není jasně zachyceno bezprostřední ohrožení, k jehož odvrácení byl omezovací prostředek použit, proč nebylo možné využít mírnější prostředek a zda byl proveden zpětný terapeutický rozhovor s pacientem. Dokumentace průběhu omezení tak vyvolává pochybnosti o tom, zda byl u používání omezovacích prostředků skutečně respektován princip subsidiarity a nezbytnosti. Z některých studovaných případů není jasné, zda o omezení pacienta rozhodl lékař. Centrální evidence omezení je zmatečná a nesleduje dostatek informací pro cílené hodnocení používání omezovacích prostředků v zařízení. Považuji za nutné provedení vnitřní kontroly a nastavení jasných pravidel vedení zdravotnické dokumentace. Jako jeden z podkladů ke změně zavedené praxe lze využít i tuto zprávu.

¹¹ První návštěva byla provedena ve dnech 17. a 18. září 2018.



Odstraněná rizika špatného zacházení

1. Působení policie a bezpečnostní služby uvnitř nemocnice

Během první návštěvy bylo zjištěno, že na Centrálním příjmu Psychiatrické kliniky FN Plzeň se dostávají běžně do kontaktu pacienti s Policií ČR a členy bezpečnostní služby, kterou nemocnici zajišťuje na základě smlouvy externí dodavatel. Z dokumentace vyplývaly zásahy členů bezpečnostní služby na psychiatrické klinice včetně případu použití síly vůči pacientovi pod vlivem pervitinu. Ze směrnice o působení bezpečnostní služby ani smlouvy o zajištění bezpečnostních služeb přitom nevyplývalo, že by pracovníci ostrahy byli proškolení v komunikaci s osobou s duševním onemocněním, nebo v asistenci při používání omezovacích prostředků. Ze smlouvy o zajištění bezpečnostních služeb dále vyplývalo, že v zařízení působí také tzv. jednotka rychlého zásahu, která mohla být podle *Smlouvy o zabezpečení bezpečnostních služeb* vybavena zbraní.

Jak bylo uvedeno ve zprávě z první návštěvy, pracovník bezpečnostní služby není oprávněn omezovat osobní svobodu osob, které se rozhodnou opustit zdravotnické zařízení, leda by byly naplněny podmínky pro zadržení podle trestního řádu¹² nebo zbavení svobody podle zdravotnických předpisů.¹³ Také bylo upozorněno na to, že proškolení pracovníků v komunikaci s osobou s duševním onemocněním nebo v asistenci při používání omezovacích prostředků je základním předpokladem pro zvládnutí konfliktních situací alternativami k použití síly (princip co nejmenšího omezení) efektivnost, šetrnost a bezpečnost zvolených postupů (princip minimalizace použité síly). 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.¹⁴ Z pohledu záruk pro bezpečí pacienta přitom není rozhodující, zda je člen personálu přímým zaměstnancem zařízení, ale je rozhodující to, že zařízení pracovníkovi umožňuje pacienta omezovat. Odpovědnost vůči pacientům nezaniká tím, že zařízení činnost deleguje na externí subjekt.

V rámci následné návštěvy bylo zjištěno, že v zařízení působí bezpečnostní služba, kterou zajišťuje externí dodavatel, a výjimečně také Policie ČR. Tzv. jednotka rychlého zásahu na psychiatrické klinice nepůsobí.¹⁵ Členové bezpečnostní služby nemají k dispozici zbraň, ale pouze obušek a pepřový sprej.¹⁶ Z poznatků nevyplývá, že by docházelo k situacím, které zdravotnický personál není schopen zvládat sám a musel by volat Policii ČR nebo

12 Ustanovení § 76 odst. 2 zákona č. 141/1961 Sb., trestního řádu, ve znění pozdějších předpisů.

13 Například kvůli indikaci záchytné služby podle § 89b odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

14 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. 8. 7. 2022]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>.

15 Tzv. jednotka rychlého zásahu se skládala z vybraných členů bezpečnostní služby, kteří se zaměřovali na ochranu objektů FN Plzeň. Jejich úkolem bylo okamžitě reagovat na naléhavé případy, v nebezpečné situaci zajistit objekt a střežit jej do příjezdu Policie ČR.

16 Viz směrnice Ostraha a ochrana FN Plzeň SME/7/019/02.



bezpečnostní službu. Pokud by však k takové situaci došlo, členové bezpečnostní služby by se řídili pokyny zdravotníků. Fyzicky zasáhnout smí přitom pouze v případě krajní nouze či nutné obrany. Každé přivolání Policie ČR nebo bezpečnostní služby se eviduje jako nežádoucí událost. To považuji za správné. Z rozhovorů a poskytnutých dokumentů vyplývá, že pracovníci bezpečnostní služby jsou jednou ročně školeni na téma komunikace s osobami s duševním onemocněním a bezpečné deeskalace. V rámci školení jsou podle sdělení vedoucího bezpečnostní služby rovněž vyhodnocovány nežádoucí události, u kterých zasahovala bezpečnostní služba, a probíhají praktické nácviky koordinace se zdravotníky. Současné nastavení hodnotím velmi pozitivně a děkuji za naplnění doporučení uložených ve zprávě z první návštěvy.

2. Dohled nad pacientem v omezení

Ve staré budově zařízení bylo kritizováno, že nebyl zajištěn dohled nad pacienty v omezení. Konkrétně šlo o to, že místnosti k omezování pacientů nebyly vybaveny průzory ze sesterny, kamerovým systémem a ani s pacientem nezůstal nepřetržitě člen personálu, ale pouze pacienty chodil kontrolovat.

Výbor CPT prosazuje jako standard, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod dohledem přítomného pracovníka.¹⁷ Vedle zajištění bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta a zabránění pocitu opuštěnosti. Kamera tento stupeň dohledu nenahrazuje. Národní standard je méně náročný, když požaduje obecně **nepřetržitý dohled**.¹⁸

Během následné návštěvy bylo zjištěno, že nová budova zařízení byla vybavena kamerovým systémem. Na dospělém oddělení je dohled nad pacienty omezenými pásy zajištěn průzory ze sesterny. Místnosti určené k bezpečnému pohybu jsou monitorovány kamerami, jejichž obraz se přenáší do sesterny, a dveře jsou vybaveny zatahovacími průhledy z chodby. Na dětském oddělení je zajištěn dohled nad pacienty v omezení kamerovým systémem a v individuálních případech přítomností pracovníka. Podle sdělení personálu je na směně vyčleněn člen personálu, který má za úkol obraz z kamer kontinuálně sledovat.

Chápu, že přítomnost pracovníka u pacienta v omezení je dána možností vyčlenit jednoho člena směny, a oceňuji, že zařízení se snaží zajistit tuto možnost alespoň na dětském oddělení. Dítě v omezení by mělo mít lidský kontakt, aby nezažilo opuštěnost, byla mírněna jeho úzkost, mohlo s někým komunikovat a bylo hned reagováno na jeho potřeby. Používání

17 „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.“ Viz 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. 8. 7. 2022]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>, bod 7.

18 Čl. 1 odst. 11 Metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta, částka 4/2018 Věstníku MZ účinného od 20. dubna 2018 (dále jen „metodické doporučení ministerstva“). Dostupné zde: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15323/36080/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%204-2018.pdf>.



kamer nenahrazuje osobní dohled personálu, proto standard CPT představuje cíl, ke kterému by péče o pacienty měla směřovat, a personál zařízení by jej měl zajišťovat vždy, pokud je to možné. Do doby, než bude možno zajistit nepřetržitý dohled tímto způsobem, upozorňuji, že při zajištění dohledu kamerovým systémem musí být frekvence fyzických kontrol ošetrovatelským personálem vysoká, minimálně několikrát za hodinu. Také dodávám, že kontinuální sledování obrazu z kamer je únavné, a proto vyžaduje pravidelné střídání, aby bylo zabezpečeno řádně.

3. Bodový hodnotící systém

V době, kdy probíhala první návštěva, byli pacienti na dětském oddělení hodnoceni prostřednictvím bodů a platil systém udělování výhod a nevýhod. Z odpovědí pacientů vyplývalo, že s bodovým systémem a režimovými opatřeními byli seznamováni, nicméně nebylo jasně vymezeno, za jaké chování lze body získat či ztratit. Pravidla, za které činnosti lze získat určité výhody či nevýhody, nebyla nikde na oddělení vyvěšena. Děti jako tresty uváděly například zákaz mobilního telefonu a nemožnost vycházek.

Používání bodového systému nepovažuji za vhodné, neboť je neosobní ani nevede k zamýšlení nad svým chováním z pohledu, zda je morální, etické, zda odpovídá společenským normám, nebo zda je v souladu se zákonem. Rozhodujícím hlediskem je naopak dosažení nebo ztráta bodů a na to navázaných výhod. Tehdejší ochránkyně proto doporučila bodový systém nahradit slovním hodnocením, které bude založeno na vztahu mezi dítětem a pečující osobou. Při formulaci výhod a nevýhod je potřeba dbát na to, že vnitřní systém zařízení nemůže omezovat práva pacientů stanovená zákonem. Je tak například nepřijatelné, aby určitým počtem bodů bylo podmíněno přijímání návštěv, nebo aby byl znemožněn telefonický kontakt s vnějším světem.

Při následné návštěvě byli pacienti na dětském oddělení hodnoceni pouze slovně. Jedenkrát týdně probíhají komunity. Nadto se každý den společně schází v komunitní místnosti a sdílí, jak trávili svůj čas a jak se jim daří. Na slovní hodnocení pacientů již není navázán žádný systém výhod či nevýhod, ale personál případně pacienty ocení pochvalou.

Upuštění od hodnotícího systému vítám a děkuji za to.

4. Klecové a síťové lůžko

Při první návštěvě bylo zjištěno, že na oddělení pro dospělé pacienty bylo používáno lůžko s kovovými mřížemi. Na nezákonné používání tohoto prostředku bylo zařízení upozorněno. Zařízení neprodleně reagovalo sdělením, že lůžko bylo zlikvidováno. Na dětském i dospělém oddělení byla používána síťová lůžka. Přestože se v době první návštěvy jednalo o zákonný omezovací prostředek, tehdejší ochránkyně v souladu se standarty CPT¹⁹ doporučovala, aby bylo postupně od používání tohoto prostředku zcela upuštěno.

¹⁹ Viz Standard CPT z roku 2017, bod 3. 4.



Novelou zákona o zdravotních službách²⁰ účinnou od 1. 1. 2022 došlo ke změně zákonného výčtu povolených omezovacích prostředků. K omezení pacienta tak není možno použít klecové a nově ani síťové lůžko. Během následné návštěvy bylo ověřeno, že klecové lůžko již skutečně není využíváno. V zařízení již nebyla využívána ani žádná síťová lůžka, což odpovídá zákonu. Opatření proto považuji za realizovaná. Zároveň oceňuji, že podle poskytnuté statistiky používání omezovacích prostředků zrušení klecového lůžka a síťových lůžek nevedlo k nadměrnému používání jiných omezovacích prostředků.

5. Kouření

Při první návštěvě byla kužárna na dospělém oddělení tvořena malou místností, do které nebyl přiváděn čerstvý vzduch (nebylo možno ji vyvětrat například otevřením okna). Kromě toho pacienti směli kouřit pouze v průběhu dne, neboť přes noc platil zákaz kouření.

Tehdejší ochránkyně ve zprávě z první návštěvy doporučovala, aby bylo zajištěno bezpečné odvětrávání kužárny. Nadto upozorňovala, že omezení kouření v určitých hodinách může být u některých pacientů potenciálním zdrojem napětí a může vést k tomu, že pacienti budou kouřit tajně například na toaletě nebo pokoji.

Oddělení pro dospělé pacienty v nové budově má k dispozici kužárnu s vnitřním zabudovaným odvětráváním. Hodnotím kladně, že zařízení připomínky ve zprávě z první návštěvy v nové budově zohlednilo a opatření považuji za naplněná.

Nad rámec naplněného opatření poznamenávám, že z rozhovorů s některými pacienty vyplývalo, že by ocenili ještě lepší odvětrávání kužárny. Kouření v atriu bylo zakázáno, neboť kouř odtud pronikal na dětské oddělení v prvním patře budovy. V tomto ohledu proto nechávám na zvážení zařízení umožnění větrání v kužárně také částečným a zabezpečeným otevřením okna.

Potenciálním zdrojem napětí na dospělém oddělení zůstává to, že kužárna se na noc uzamyká. Podle sdělení personálu k tomu dochází proto, aby nebyli rušeni pacienti na přilehlém pokoji. Chápu organizační a režimové důvody, které zařízení k omezení kouření v určitých hodinách vedly. Domnívám se však, že vyžadování této restrikce může být zbytečným zdrojem napětí u pacientů, jejichž pobyt v kužárně v noci nepředstavuje riziko. To je v rozporu se snahou personálu o bezpečí a klid v zařízení. Za vhodnější řešení proto považuji, pokud personál v rámci posouzení rizika individuálně vyhodnocuje, zda by v konkrétním případě umožnění pacientovi, aby si zakouřil i v noci, nepřispělo k jeho duševní pohodě a k deeskalaci případného napětí.

20 Ze zákonných omezovacích prostředků bylo odstraněno síťové lůžko a byla upřesněna definice použití psychofarmak jakožto omezovacího prostředku. Viz čl. IX bod 17 a 18 zákona č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.



Částečně odstraněná rizika špatného zacházení

6. Prostor pro samostatné umístění pacienta v omezení

Během první návštěvy bylo zjištěno, že na dospělém oddělení byl k dispozici pouze jeden jednolůžkový pokoj umožňující zajištění adekvátního dohledu nad pacientem v ohrožení nebo v omezení. Tehdejší ochránkyně upozorňovala, že prostory neodpovídají *Standardům akutní lůžkové psychiatrické péče* a doporučovala, aby v nové budově zařízení byly pro uzavřená oddělení k dispozici alespoň dva pokoje,²¹ ale nejlépe ještě více pokojů umožňujících samostatné umístění pacienta.

Oddělení pro dospělé pacienty v nové budově má k dispozici dva jednolůžkové pokoje spojené průzorem se sesternou (intermediální pokoje) a dvě místnosti určené k bezpečnému pohybu, z nichž jedna je polstrovanou místností. Oceňuji, že doporučení ve zprávě z první návštěvy byla vzata v potaz. Mohu konstatovat, že počet místností pro samostatné umístění pacienta v omezení v nových prostorech oddělení již odpovídá *Standardům akutní lůžkové psychiatrické péče*. Jako problematické však spatřuji to, že lůžka v místnostech určených k bezpečnému pohybu jsou započítána do celkového stavu lůžek oddělení. Při plné obsazenosti oddělení tak může nastat situace, kdy po ukončení omezení pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu pro něj nebude k dispozici volné lůžko na běžném pokoji.

Podle sdělení personálu je zařízení připraveno danou situaci řešit operativně a volné lůžko získat například přesunem stabilnějších pacientů na terapeutické oddělení, oddělení detoxu či překladem do jiné psychiatrické nemocnice. Takové řešení však nepovažuji za šťastné. Jedna věc je, že to neumožňuje přemístit pacienta z místnosti určené k bezpečnému pohybu na běžný pokoj pohotově. Navíc není s jistotou zaručeno, že na ostatních odděleních kliniky či v jiné psychiatrické nemocnici bude pro přesun stabilnějšího pacienta volné lůžko. Může tak dojít k situaci, že pacient bude nucen setrvat v místnosti určené k bezpečnému pohybu, přestože to jeho zdravotní stav již nevyžaduje. Zejména polstrovanou místnost přitom nelze považovat za běžný pokoj. Bezdůvodný pobyt pacienta v ní jej může zbytečně frustrovat a vyvolávat neklid. Druhou stránkou věci je, že obsazení místností určených k bezpečnému pohybu jako běžných pokojů neumožňuje jejich pohotovostní využití pro jiné pacienty, jejichž zdravotní stav pobyt v těchto místnostech vyžaduje.

Doporučení:

- 1) **Místnosti určené k bezpečnému pohybu pacientů nepočítat do celkové kapacity lůžek dospělého oddělení (bezodkladně).**

21 Srov. bod 4.1 písm. f) Standardu akutní lůžkové psychiatrické péče.



7. Pobyť na vzduchu

Pacienti z uzavřených oddělení neměli ve starých prostorách zařízení přístup na čerstvý vzduch. Zařízení nedisponovalo venkovním prostorem, kde by bylo možno zajistit dohled. Pacienti, kteří mohli opouštět oddělení pouze s doprovodem, byli v přístupu na čerstvý vzduch vázáni na návštěvu nebo personál, který je vezme na vycházku. Pacientům některých oddělení byl přitom pobyt na čerstvém vzduchu umožněn pouze nepravidelně.

Standard prevence špatného zacházení pro psychiatrickou a sociální péči je zajištění neomezeného přístupu pacientů na vzduch, pokud pacient nemá zdravotní kontraindikaci, nebo pokud léčebné aktivity nevyžadují přítomnost na oddělení. S přístupem na čerstvý vzduch souvisí požadavek na zajištění přiměřeného dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytné. Omezení nemůže být odůvodňováno uzavřeností oddělení, ale je nutné zajistit zabezpečený prostor pro trávení času venku (např. ohrazený dvorek nebo zahrada s přístřeškem, kam by se pacienti mohli schovat před nepříznivým počasím). Ve zprávě z první návštěvy proto bylo uloženo opatření, aby v nových prostorách zařízení měli i pacienti uzavřených oddělení k dispozici bezpečný prostor k pobytu na čerstvém vzduchu. Do doby splnění standardu zabezpečeného venkovního prostoru měl být zajištěn pacientům, kteří nemohou z důvodu režimového opatření opustit oddělení samostatně, pobyt na vzduchu alespoň pravidelnými vycházkami v doprovodu personálu.

Nová budova zařízení má k dispozici venkovní atrium, které je přes den volně přístupno pro pacienty z dospělého oddělení. Dětské oddělení se nachází v prvním patře, ze kterého nevede žádný samostatný vstup do atria. Děti tedy nemají do atria přímý přístup a na vzduch mohou dostat pouze v rámci návštěv či společných vycházek s doprovodem personálu. Možnost zúčastnit se společné vycházky však závisí také na tom, zda je pacient v režimu A, či režimu B. Pacienti v režimu A²² nesmí opouštět oddělení ani na vycházku, a jsou tedy úplně bez přístupu na čerstvý vzduch. Pacienti v režimu B mohou chodit na vycházky s rodiči nebo skupinově s personálem, pokud má čas. Na dětském oddělení tak nemá každodenní pobyt na čerstvém vzduchu alespoň jednu hodinu zajištěn žádný pacient.

Mrzí mě, že požadavek na bezpečný prostor k pobytu na vzduchu pro všechny pacienty nebyl důsledně zohledněn již při plánování budovy. Oceňuji však, že personál s vedením o tomto diskutuje a snaží se vymyslet způsob, jak zajistit přímý přístup do atria také dětským pacientům. Doporučuji do těchto úvah zahrnout také alespoň částečné zastřešení atria, aby byl pacientům zajištěn přístup na vzduch rovněž v nepříznivém počasí. Do doby, než bude zajištěn standard zabezpečeného venkovního prostoru pro všechny pacienty, zařízení musí překonat případné organizační a personální potíže a umožnit každodenní pobyt na vzduchu alespoň pravidelnými vycházkami v doprovodu personálu pro každého, kdo nemá zdravotní kontraindikaci. Personální situaci lze posílit například spoluprací se studenty, dobrovolníky či příbuznými. Zapojit se může také sociální služba, se kterou může dítě spolupracovat během hospitalizace a v této spolupráci pokračovat po propuštění ze zařízení. V případě pacientů s potřebou zvýšeného dohledu lze vycházku realizovat právě s dohledem

²² Podle sdělení personálu a některých pacientů se v režimu A nachází vždy noví pacienti na oddělení a dále také pacienti s potřebou zvýšeného dohledu.



personálu, aby pacienti nemohli vykonávat aktivity, které jsou v rozporu s jejich individuálním léčebným plánem.

Doporučení:

- 2) Zajistit všem pacientům bez zdravotní kontraindikace možnost denního přístupu na vzduch, a to i v nepříznivém počasí (do 3 měsíců).**

8. Návštěvy

Uzavřená oddělení ve staré budově zařízení neměla k dispozici místnosti pro setkávání s návštěvami v soukromí. Při první návštěvě zařízení byly zjištěny nejednotné informace o tom, kdy pacienti přijímají návštěvy a na dospělém oddělení byl zcela zakázán přístup dětem do 15 let. Pacienti, kteří nemohli opustit oddělení, tak měli například limitován kontakt se svými dětmi.

Tehdejší ochránkyně proto doporučovala, aby v prostorách nové budovy zařízení byl k dispozici také prostor, kde se mohou pacienti v přiměřeném soukromí setkat s návštěvou, dále, aby byly sjednoceny informace o návštěvních hodinách. S ohledem na to, že plošný absolutní zákaz návštěv dětí na oddělení nemá opodstatnění, bylo doporučeno, aby zařízení tento absolutní zákaz zrušilo. Pravidla pro návštěvy měla být nastavena tak, že pracovníci zařízení vždy individuálně vyhodnotí, zda návštěva dítěte u konkrétního pacienta v konkrétní situaci na oddělení představuje riziko.

Při následné návštěvě bylo zjištěno, že obě navštívená oddělení mají k dispozici místnost, kde pacienti mohou přijímat návštěvy. Na obou odděleních se jednalo o prosklenou místnost, kterou lze uzavřít. Do místnosti lze nahlížet jednak skrze skleněnou stěnu, jednak pomocí kamery, která přenáší obraz do sesterny. Návštěva se tak může uskutečnit pod dohledem, nikoliv doslechem personálu. To považuji za dostatečné pro průběh návštěvy v soukromí. Návštěvy dětí mladších 15 let na dospělém oddělení jsou umožněny po individuální dohodě s lékařem pacienta. To je správné a děkuji za naplnění opatření.

Mám však několik výhrad k návštěvním hodinám na odděleních. Na dětském oddělení byla informace o návštěvních hodinách vyvěšena pouze před vstupem na oddělení. To je nedostačující, neboť děti se k této informaci volně nedostanou. Na dospělém oddělení je dostupná pouze neaktuální informace o návštěvních hodinách v rámci *Vnitřního řádu FN Plzeň*. Chápu, že personál může informace o návštěvních hodinách na odděleních předat ústně. Při ústním předávání informace (od personálu nebo mezi pacienty navzájem) však může dojít k omylu, přeřeknutí apod., přičemž někteří pacienti (zejména děti) se mohou ostýchat zeptat. Aktuální informaci je proto třeba zpřístupnit na místě dostupném pro všechny pacienty, např. na nástěnce,²³ čímž bude zajištěno předání přesné informace.

Dovolím si také připomínku k vymezení návštěvních hodin, které jsou kvůli přetrvávajícím epidemiologickým opatřením značně omezeny. Na dospělém oddělení byly v době návštěvy možné pouze ve středu, sobotu a neděli od 15:00 do 17:00 hodin. Na dětském oddělení jsou návštěvy pro děti v režimu A ještě v užším rozsahu, a to třikrát týdně na dobu 1 hodiny. Děti

²³ Vhodné je i vylepení informace na návštěvní místnosti, jak tomu bylo s vnitřním řádem na dospělém oddělení v době návštěvy.



v režimu B mohou mít návštěvu třikrát týdně na dobu 2 hodin, a navíc o víkendu na dobu 3 hodin. V prvé řadě upozorňuji, že žádné aktuální doporučení Ministerstva zdravotnictví poskytovatelům zdravotních služeb neukládá v návaznosti na epidemii onemocnění covid-19 omezovat návštěvní hodiny pacientů. Pro toto omezující opatření proto zařízení nemá žádné opodstatnění a považuji je za nepřípustné.

Zákon o zdravotních službách přitom přímo zakotvuje právo pacienta přijímat ve zdravotnickém zařízení návštěvy, a to s ohledem na svůj zdravotní stav, v souladu s vnitřním řádem a způsobem nenarušujícím práva ostatních pacientů.²⁴ V rámci těchto limitů by zařízení naopak mělo umožnit návštěvy v co nejširším rozsahu.²⁵ Rovněž musím upozornit, že nezletilý pacient má právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce,²⁶ a to pokud je to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb. Kontakt nezletilých pacientů se svými zákonnými zástupci tak nemůže být neoprávněně omezován, ale naopak by pro jeho zajištění měly být vytvářeny vhodné podmínky.²⁷

Doporučení:

- 3) Neomezovat právo pacientů přijímat návštěvy a právo nezletilých pacientů na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce nad míru stanovenou zákonem (průběžně).**
- 4) Aktuální informace o čase návštěv vyvěsit také na místě volně dostupném pro pacienty (bezodkladně).**

9. Bezpečné uložení věcí

Ve staré budově zařízení neměli pacienti z dospělého oddělení k dispozici uzamykatelný prostor na pokoji, kam by si mohli uložit své osobní věci. Své cenné soukromé věci si mohli uložit na sesterně, nicméně zbytek svých věcí si neměli kam bezpečně uložit.

Nedostatečný pocit soukromí nebo nedůstojnost podmínek pobytu se přitom snadno stane zdrojem frustrace. Uzamykatelné skříňky jsou proto v psychiatrických zařízeních standard a zařízení by je měla zajišťovat. Pacientům, jejichž zdravotní stav neumožňuje uzamykatelnou skříňku bezpečně používat, nemusí být vydán klíč, nebo může být zavedeno pravidelné kontrolování skříňky za přítomnosti pacienta. Ve zprávě z první návštěvy bylo zařízení doporučeno, aby na všech odděleních pořídilo do pokojů pacientů nábytek zajišťující každému pacientovi uzamykatelný prostor.

Zařízení na doporučení reagovalo a v prostorách staré budovy vybavilo lůžková oddělení závěsnými uzamykatelnými skříňkami na chodbách. Uvedené řešení bylo akceptováno,

24 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. i) zákona o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

25 Zároveň je třeba zohlednit, zda vymezené návštěvní hodiny nepředstavují pro některého z pacientů překážku v kontaktu s jeho blízkými, a v takovém případě hledat cesty, jak zajistit setkávání i těmto pacientům.

26 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1 ve spojení s § 47 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.

27 Nemocnice by měly být připraveny v některých specifických případech (nízký věk, velký strach při odloučení či v neznámém prostředí) umožnit nepřetržitou přítomnost zákonných zástupců i na psychiatrickém oddělení.



neboť prostory staré budovy zařízení nebyly pro umístění skříní přímo na pokoj přizpůsobeny.

Během následné návštěvy zařízení bylo zjištěno, že v nové budově jsou na dětském oddělení k dispozici uzamykatelné noční stolky a šatní skříně na pokojích pacientů. To považuji za správné. Na dospělém oddělení se nachází na pokojích uzamykatelné noční stolky a dále otevřené police. Větší uzamykatelné skřínky jsou k dispozici na chodbě oddělení. Na chodbě je k dispozici celkem 24 skříněk, což ale neodpovídá celkové kapacitě oddělení (30 lůžek). Možnost uložit si své soukromé věci na pokoji tedy není zajištěna všem pacientům. Skřínky jsou také poměrně daleko od některých pokojů. Například pacienti z pokoje č. 14 a 15 by si pro své věci ze skříněk museli dojít přes celé oddělení. Jako problematické dále sledávám to, že na dětském ani dospělém oddělení není aktivně nabízena možnost si skříňku uzamknout. Pacienti o této možnosti zpravidla nevěděli, přičemž sdělení personálu o tom, kolik pacientů skřínky využívá, se lišila.

Z pohledu špatného zacházení je pro mě zásadní, aby pacienti měli skutečně k dispozici alespoň uzamykatelné noční stolky. Považuji proto za důležité, aby personál pacienty aktivně upozorňoval na možnost si své věci uzamknout a vydával jim klíče, pokud to nevyklučuje jejich zdravotní stav. **Zároveň vyzývám zařízení k tomu, aby pokračovalo ve zvyšování dostupnosti možnosti uložit si své věci v uzamykatelné skříní přímo na pokoji.** Do té doby se jeví jako vhodné umístění uzamykatelných skříněk na chodbě alespoň v blízkosti pokojů pacientů.

Doporučení:

- 5) **Na dospělém oddělení zajistit všem pacientům prostor pro bezpečné uzamčení svých věcí přímo na pokoji (do 6 měsíců).**
- 6) **Na všech odděleních pacienty upozorňovat na možnost si věci uzamknout a vydávat jim klíče, pokud to nevyklučuje jejich zdravotní stav (průběžně).**

10. Soukromí pacienta v omezení

Při první návštěvě zařízení byly shledány jako problematické průzory ve dveřích izolační místnosti, skrze které mohli do místnosti nahlížet i další pacienti. Okamžité zaslepení průzorů nebylo možné, neboť stará budova zařízení neumožňovala zajištění monitorování pacienta jiným způsobem. Tehdejší ochránkyně proto doporučovala, aby bylo co nejvíce dbáno na soukromí pacientů v omezení.

Nacházet se v omezení před očima jiného pacienta je ponižující a muset snášet projev člověka, který nekontroluje své nebezpečné chování, zase může být traumatizující. Nemocnice musí vynaložit maximální úsilí, aby tomu zabránila. Nejlépe tím, že zajistí, aby pacient v omezení nesdílel místnost s nikým jiným a nebyl vystaven pohledu dalších pacientů.²⁸

V nové budově zařízení jsou všechny místnosti určené k bezpečnému pohybu opatřeny okýnkem s posuvnou clonou. To je dostačující řešení pro zabránění otevřeného sledování

²⁸ Viz čl. 1 odst. 13 metodického doporučení ministerstva.



pacienta v omezení ostatními pacienty. Všechny pokoje pacientů na dospělém oddělení mají úzké průhledy ve dveřích. Za problematické považuji, že průhledy jsou rovněž ve dveřích jednolůžkových pokojů, ve kterých dochází k omezení pacienta pásy (intermediální pokoje). Průhledem ve dveřích mohou být pacienti v omezení spatřeni ostatními pacienty z oddělení. Pro takový zásah do soukromí a důstojnosti pacientů však nevidím žádný důvod, když dohled personálu nad pacienty v omezení je zajištěn pomocí průzorů ze sesterny.

Zásah do soukromí pacienta může vznikat také způsobem práce s kamerovým systémem. Během následné návštěvy bylo zjištěno, že v místnosti určené k bezpečnému pohybu na dětském i dospělém oddělení je kamera namířena také přímo na toaletu, přičemž obraz nebyl ani částečně zaslepen (např. umístěním zástěny, nebo nastavením černým polí v místě toalety). Takový zásah do intimity člověka může být odůvodněn jen mimořádným, a především individuálně posouzeným rizikem. Uvedený způsob využívání kamerového systému (bez individuálního odůvodnění nebo plošně v případě maximálně intenzivního zásahu) je zcela nepřijatelný.

Doporučení:

- 7) Zaslepit průhledy ve dveřích pokojů, které jsou využívány k omezení pacientů (do 2 měsíců).**
- 8) Zaslepit prostor toalety na obraze kamerového systému (do 2 měsíců).**



Přetrvávající rizika špatného zacházení

11. Rizikové prvky v prostředí

Při první návštěvě zařízení bylo zjištěno několik bezpečnostních rizik (např. volné sprchové hadice, dveře se skleněnou výplní, závěsné body v obtížně monitorovaných prostorech toalet a koupelny). Zásadním limitem byly prostory staré budovy, která neodpovídala standardům pro poskytování akutní psychiatrické péče. Tehdejší ochránkyně proto zařízení vyzvala, aby realizovalo alespoň ty úpravy prostor, kterými lze zvýšit bezpečnost již v původních prostorách.

Zdravotnické zařízení by mělo představovat terapeutické prostředí bezpečné pro pacienty i personál, a to se zohledněním toho, že ze zbavení svobody a akutní fáze duševního onemocnění vyplývají specifická rizika. Z práva na život a ze zákazu špatného zacházení plyne povinnost přijímat adekvátní opatření k ochraně života a osobní integrity (pacientů i personálu) před předvídatelnými zdroji nebezpečí. Zařízení proto musí přijímat kroky k tvorbě takového prostředí, které je pro pacienta při respektu k jeho autonomii co nejméně ohrožující. Prostředí, v němž je osoba léčena, musí být přiměřené jejímu zdravotnímu stavu, pokud tomu tak není, může to být vnímáno jako absence respektu k potřebám člověka.

Oceňuji, že nová budova zařízení obsahuje mnoho bezpečnostních opatření (např. okna s bezpečnostní folií, sprchy bez sprchových hadic). Oproti staré budově značně zvyšuje úroveň bezpečnosti pacientů na odděleních. Zároveň zařízení doporučuji, aby nepolevovalo ve sledování potenciálně rizikových prvků a úpravách prostor, které mohou přispět ke zraněním pacientů či mohou být využity jako prostředek při suicidálním chování. Za rizikový prvek shledávám kliky od skříní a madla u nočních stolků na pokojích zvýšeného dohledu (shledáno na dětském oddělení), kovová lůžka a nábytek na kolečkách v místnosti určené k bezpečnému pohybu (shledáno na dospělém oddělení), kliky v předsíni místnosti určené k bezpečnému pohybu (shledáno na dětském oddělení), nezabezpečený elektrický kabel od nepřenosného zapalovače na kuřárně (shledáno na dospělém oddělení), volně uložené léky a jiný zdravotnický materiál, např. injekční stříkačky v místnosti průchozí z vyšetřovny (shledáno na dospělém oddělení).

Ze studované dokumentace bylo zjištěno, že v roce 2020, kdy bylo zařízení ještě ve staré budově, došlo na dětském oddělení k sebevraždě. Pacient F se oběsil pomocí mikiny na pokoji. Adekvátním postupem v případě neočekávaného úmrtí na psychiatrii se více zabývám v kapitole 21. Na tomto místě pouze zdůrazňuji, že součástí prošetření události by mělo být také vyhodnocení rizikových prvků prostředí oddělení. Jedině tak se může zařízení z události poučit a do budoucna odstranit ty prvky, které mohly k události přispět. Smyslem není zvýšení restriktivnosti prostředí zařízení, ale odstraňování těch zdrojů rizika, které pacientům nepřináší žádný užitek.

Doporučení:

- 9) Odstranit rizikové prvky z prostor určených pro pacienty v akutním stavu (do 6 měsíců).**



12. Pravidla pro používání omezovacích prostředků

V rámci první návštěvy zařízení byly vyžádány interní předpisy pro používání omezovacích prostředků. Standard pro používání omezovacích prostředků procházel aktualizací, přičemž tehdejší ochránkyně ocenila, že nově má standard obsahovat také pokyn, aby zdravotnická dokumentace obsahovala výčet mírnějších postupů použitých před omezením. Také navrhla, aby byl standard rozšířen například o přehled mírnějších opatření, jež má zdravotnický personál zvážit před omezením, a o postup práce s pacientem po ukončení omezení.

Během následné návštěvy byl zaměstnancům Kanceláře spolu s ostatními vyžádanými dokumenty poskytnut standard k používání omezovacích prostředků SLN/023/05 aktuální od druhého dne návštěvy (1. 6. 2022) a formulář souhlasu s přechodným omezením. Na odděleních byl k dispozici pouze neaktuální standard k používání omezovacích prostředků, dokument *Ošetřování pacienta s rizikem autoagrese a heteroagrese* SLN/014/03 a formulář souhlasu s hospitalizací. Z toho usuzuji, že aktuální verze standardu k používání omezovacích prostředků v době návštěvy ještě nebyla na oddělení distribuována.

Co se týče **Standardu k používání omezovacích prostředků SLN/023/05**, oceňuji, že směrnice obsahuje pokyn, aby záznam o použití omezovacího prostředku obsahoval výčet mírnějších postupů použitých před přikročením k omezení. Tento pokyn obsahovala i směrnice s předchozí platností. Ze studia zdravotnické dokumentace přitom bylo zjištěno, že uvedený pokyn v praxi není dodržován. Z tohoto důvodu trvám na návrhu tehdejší ochránkyně, aby pokyn ve směrnici obsahoval rovněž výčet konkrétních kroků (přehled mírnějších postupů), které má personál použít než přistoupí k omezení. Takový výčet může sloužit personálu jako vodítko pro postup v praxi i dokumentování omezení. Dále kritizuji, že uvedený standard neobsahuje pokyn provádět s pacientem zpětný rozhovor (angl. debriefing) po omezení, a povinnost jej zaznamenat do zdravotnické dokumentace.

Standard obsahuje zadání k předkládání záznamu o *Souhlasu s přechodným omezením pacienta*, a to při předpokladu nutného omezení během hospitalizace (např. historický výskyt agrese pacienta). Pro takové zadání nevidím důvod, a jak rozebírám níže, může svádět ke špatné praxi. Jako nepřehledné shledávám vymezení ohlašovací povinnosti soudu. Konkrétně mířím na to, že ve vymezení situací, kdy se ohlašování okresnímu soudu neprovádí, jsou uvedena pravidla pro postup v případě, kdy pacient souhlas neudělí, tedy situace, kdy se naopak soudu omezení ohlašuje. Takové vymezení je zmatečné a může svádět k obcházení zákona, kdy individuální případy nebudou soudu nahlašovány.

Dokument **Ošetřování pacienta s rizikem autoagrese a heteroagrese SLN/014/03** pravděpodobně nebyl od první návštěvy zařízení aktualizován. Upozorňuji, že nereflektuje novelu zákona o zdravotních službách, neboť pracuje s možností síťového lůžka a obsahuje neaktuální definici farmakologického omezovacího prostředku.²⁹ Dále podotýkám, že podle dokumentu má být zajištěn dohled nad pacientem v omezení nepřetržitě nebo každých

²⁹ Viz § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách.



15 minut. To zcela neodpovídá národnímu standardu, který obecně požaduje nepřetržitý dohled (srov. čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva).

Nepřípustné je, že v bodě 12 – Ohlašovací povinnost při použití omezovacích prostředků je uvedeno, že pokud pacient předem podepíše souhlas s použitím omezovacího prostředku, oznámení soudu se již neprovádí. To je v rozporu se zákonem.

Pozitivně hodnotím, že v bodě 10 dokumentu je výčet mírnějších kroků při neklidu pacienta a dále rovněž informace o tom, že má být po omezení pacienta proveden a zaznamenán debriefing. Znovu doporučuji, aby byly tyto části přeneseny také do standardu k používání omezovacích prostředků.

Doporučení:

- 10) Upravit pravidla pro používání omezovacích prostředků: (1) doplnit přehled mírnějších postupů, které má personál použít než přistoupí k omezení, (2) doplnit pokyn provádět s pacientem zpětný rozhovor po omezení a povinnost jej zaznamenat do zdravotnické dokumentace, (3) odstranit povinnost personálu předkládat při příjmu pacienta k podpisu *Souhlas s přechodným omezením pacienta*, (4) přehledně upravit situace spojené s ohlašovací povinností soudu (do 2 měsíců).**

12.1 Souhlas s použitím omezovacích prostředků

Již při první návštěvě bylo kritizováno, že pacientům je při nástupu předkládán formulář k zaznamenání jejich informovaného souhlasu s hospitalizací, jehož součástí je také předběžné vyslovení souhlasu s použitím omezovacích prostředků. Formulář tak neumožňoval udělit souhlas s hospitalizací a zároveň neudělit souhlas s použitím omezovacích prostředků do budoucna.

Tehdejší ochránkyně uvedené kritizovala, neboť předběžné vzdání se práva na osobní svobodu je nepřípustné. Zařízení formulář informovaného souhlasu s hospitalizací a formulář souhlasu s přechodným omezením pacienta upravilo tak, že umožňuje udělit (ne)souhlas s použitím omezovacího prostředku zaškrtnutím ANO či NE.

Ani takové řešení však nepovažuji za ideální. Pokud nastane zákonný důvod pro použití omezovacího prostředku, poskytovatel předchozí souhlas k použití omezovacích prostředků nepotřebuje a ani není zavázán případným nesouhlasem. Předběžný souhlas s použitím omezovacích prostředků navíc nelze považovat za platný souhlas s konkrétním použitím omezovacího prostředku, neboť pacient se má vyjadřovat ke každému použití omezovacího prostředku individuálně. Předchozí souhlas nemocnici nezbavuje ani ohlašovací povinnosti vůči soudu, pokud následně pacient s konkrétním omezením nesouhlasí.³⁰ Předchozí souhlas se tak jeví jako nadbytečný a svádějící ke špatné praxi.

Doporučení:

- 11) Nepředkládat k podpisu předchozí souhlas s použitím omezovacích prostředků (průběžně).**

³⁰ Ustanovení § 40 odst. 2 zákona o zdravotních službách.



13. Dokumentování průběhu omezení

Během první návštěvy bylo zjištěno, že omezení pacienta je dokumentováno částečně a na několika místech. Zařízení bylo vytýkáno, že z dokumentace omezení není jasné, na základě čeho se zdravotníci domnívali, že je namístě v omezení pokračovat, a jaký byl zdravotní stav pacienta v průběhu omezení. Kritika směřovala také na nevhodnost odškrtačkových formulářů a způsob dokumentace, který nijak nehodnotí chování pacienta, ale pouze zaznamenává, kde se pacient nacházel.

Zákon použití omezovacích prostředků připouští pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního³¹ ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.³² Dále předepisuje princip subsidiarity; omezovací prostředek lze použít poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení daného účelu; toto musí být dokumentováno. Čím delší je trvání omezení, tím musí být přesvědčivěji doložen jeho důvod a intenzivnější snaha o vytvoření podmínek pro jeho ukončení.

Použití omezovacího prostředku musí indikovat vždy lékař.³³ Z čl. 1 odst. 10 metodického doporučení ministerstva pak 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. **Průběh omezení má být přehledně dokumentován tak, aby ze záznamů bylo jednak zpětně možno rekonstruovat důvod a průběh omezení, a jednak bylo zajištěno předávání informací mezi zdravotníky.³⁴ Neuvedení důvodu v dokumentaci či nedostatečná čitelnost záznamů jde k tíži nemocnice.³⁵**

V případě pacientů, u nichž je využívání omezovacího prostředku opakované (nebo je taková zkušenost z předchozí hospitalizace), a kteří tedy zjevně vyžadují zvláštní opatření nad rámec standardní péče na oddělení, je namístě v rámci individuálního léčebného postupu zpracovat **plán, jak k pacientovi přistupovat ve snaze omezení předejít nebo je maximálně zkrátit. Za tím účelem je třeba hodnotit, jaká opatření primární a sekundární**

31 Slovo bezprostředně neznamená jen tady a teď, ale pokud se inspirováme výkladem k tomuto pojmu na jiných místech v právním řádu, zjistíme, že slovo bezprostředně pod sebe zahrnuje i situace, kdy by k závažnému ohrožení došlo, pokud by nebylo zasaženo. Slovo bezprostředně tak nemá primárně časový, ale kauzální význam. Neplatí ani, že by se zásahem bylo nutné čekat na vyhocení situace, viz rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Aggerholm proti Dánsku ze dne 15. 9. 2020, č. 45439/18, body 96-98. Pro více informací o pojmu „bezprostřední ohrožení“ rovněž odkazují na kapitolu 20b) souhrnné zprávy Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata (Souhrnná zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze systematických návštěv psychiatrických nemocnic se zaměřením na ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata (2019), dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/21-2016-NZ-MLU_SZ-ochranne_liceni.pdf).

32 Viz § 39 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.

33 Ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen; lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení. Viz § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.

34 Ustanovení § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

35 Viz náleží Ústavního soudu ze dne 28. června 2022, sp. zn. I. ÚS 1785/21, bod 30, 31.



prevence nefungovala, jaká se ještě budou zkoušet a jak se bude restriktivní režim kompenzovat, respektive postupně zmírňovat.³⁶

Při následné návštěvě bylo zjištěno, že způsob dokumentování průběhu omezení pacientů se od první návštěvy nezlepšil. Dokumentace není vedena v souladu se zákonem a uvedenými standardy. Způsobem vedení zdravotnické dokumentace obecně se zabývá v kapitole 20. Na tomto místě upozorňuji, že **dokumentace omezení pacientů opakovaně postrádá konkrétní popis bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, záznamy o zvážení mírnějších alternativ a důvodu, proč nebylo možné je využít, a informaci o debriefingu.** Informace, které se zaznamenávají, jsou útržkovité, a nelze tak zjistit průběh stavu pacienta ani péče o něj. Některé zápisy ve zdravotnické dokumentaci si dokonce odporují. V několika studovaných případech docházelo k opakovanému omezení pacienta, aniž by byl zpracován plán, jak opakovanému omezení předejít. Níže uvádím příklady nedostatečného vedení zdravotnické dokumentace, o něž opírám svoje zjištění a konkrétní výtky.

13.1 Příklady vážných nedostatků v dokumentování omezení

Pacientka D byla hospitalizována dne 27. 5. 2022. Podle zápisů sester v *Průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta* ke dni 28. 5. v 15:00 hodin byl přivolán žurnální lékař a byla indikována neklidová místnost a šetrná fixace v případě potřeby. U zápisu je pouze razítko a podpis zdravotní sestry, přičemž v ordinačním listu lékaře k této době chybí jakýkoliv zápis o indikaci omezení. Zápisy lékařů jsou navíc místy velmi nečitelné. Omezení pacientky není evidováno ani v centrální evidenci omezení. Jedná se o nepřípustné nedostatky, neboť **nelze s jistotou zjistit, zda o omezení rozhodl skutečně lékař, konkrétní důvod omezení, zvážení mírnějších alternativ ani provedení debriefingu. Skutečnost, že omezení není evidováno v centrální evidenci omezení, je v rozporu se zákonem.**³⁷

Pacient C byl omezen úchopem a pásy. Dne 29. 8. 2021 je v ordinačním listu lékaře zápis v 10:50 hodin o tom, že pacient je „pro předchozí agresivní chování kurtovaný v lůžku, trvá riziko agrese“. **Takový zápis vypovídá o preventivním použití omezovacího prostředku.** Zápisy sester v *Průběžném hodnocení stavu pacienta* a *Průběžném hodnocení chování pacienta*, zápisy lékaře v ordinačním listu a *Evidenci omezovacích prostředků* se částečně liší.³⁸ **Nelze tak s jistotou zjistit, jaký byl přesný čas a délka omezení pacienta.**

³⁶ **Provedení individuálních opatření** předvídají mimo jiné i doporučené postupy psychiatrické péče II: „Součástí individuálního plánu péče o nemocného by mělo být stanovení způsobu, jakým lze nejefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následné ohrožující chování.“ Také metodické doporučení ministerstva v článku 1 odst. 1 doporučuje vypracovat pro rizikové pacienty plán zvládnání rizika z důvodu prevence vzniku života ohrožujících situací, a to v rámci individuálního léčebného postupu.

³⁷ Viz § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách.

³⁸ Například v ordinačním listu lékaře ze dne 30. 8. v 8:10 hodin se uvádí, že pacient je pro riziko agrese fixován (navíc z předchozích zápisů lékaře nevyplývalo ukončení předchozího omezení). V 10:30 hodin byla ukončena fixace. Obnovení fixace je zapsáno v 11:10 hodin, nicméně kvůli sešité zdravotnické dokumentaci nelze zjistit, kdy toto omezení bylo ukončeno. Podle zápisů sester v *Průběžném hodnocení stavu pacienta* bylo omezení zrušeno toho dne v 14:15 hodin. Jiné informace jsou uvedeny v *Průběžném hodnocení chování pacienta*, podle kterého byl pacient ke dni 30. 8. fixován od 8:00 do 10:30 hodin, a následně od 11:30 do 15:00 hodin. V archu *Evidence omezovacích prostředků* je omezení zaznamenáno v čase 14:20 do 14:45 hodin.



V dokumentaci navíc často chybí zdůvodnění omezení, dále informace, proč nebylo možno využít mírnější alternativy, a provedení debriefingu.

Pacient F byl hospitalizován od 29. 7. 2020 do 17. 9. 2020, kdy byl po sebevražedném pokusu přeložen na KARIM FN Plzeň. Z ordinačního listu lékaře i ze zápisů sester vyplývá, že dne 14. 9. 2020 ve 20:45 hodin byl pacient z rozhodnutí lékaře omezen v síťovém lůžku. **Zdůvodnění lékaře v ordinačním listu je nečitelné, ze zápisu lze rozklíčovat jen to, že pacient byl omezen pro sebepoškozovací tendence.** Z ordinačního listu lékaře ani ze záznamů sester nevyplývají žádné další zápisy týkající se omezení v síťovém lůžku. Dále podotýkám, že ze zápisu lékaře v ordinačním listu ke dni 16. 9. 2020 v 10:00 hodin vyplývá, že lékař indikoval permanentní observaci pacienta. Sesterské zápisy rovněž obsahují pouze stručnou informaci o observaci pacienta. **Není však vůbec jasné, v čem observace spočívá (kde se pacient nachází a jak je zajištěn dohled).** Kritizuji, že zápisy o omezení pacienta jsou velmi útržkovité. Ze žádných zápisů lékaře nelze zjistit, v čem konkrétně spočívala indikace k omezení (vysvětlení bezprostředního ohrožení života či zdraví), a dále, proč nemohly být použity mírnější alternativy a zda byl po omezení proveden debriefing.

Pacient H byl podle *Evidence omezovacích prostředků* umístěn na terapeutické izolaci od 5. 8. do 25. 8. 2020. Celkové době omezení neodpovídají zápisy v *Průběžném hodnocení chování pacienta*, podle kterého byl pacient 24. 8. 2020 na jídelně a na chodbě, ani zápisy v *Průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta*, podle kterých pacient dne 8. 8. 2020 v 13:00 hodin nebyl nalezen na oddělení, neboť utekl. Na oddělení se pacient vrátil ve 23:30 hodin. Podle zápisu zdravotních sester v *Průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta* byl pacient po návratu uzavřen na izolaci. Dne 9. 8. 2020 ze zápisu vyplývá, že pacient byl „opět“ uzavřen na izolaci, ačkoliv z předchozích zápisů nebylo jasné, že by uzavření na izolaci bylo ukončeno či přerušeno. Průběžné zápisy lékaře k tomuto omezení jsou dostupné pouze útržkovitě kvůli sešité zdravotnické dokumentaci. Zápisy zdravotních sester jsou činěny v různých časových intervalech (nejdelší až 10 hodin).³⁹ Z *Průběžného hodnocení zdravotního stavu pacienta* ze dne 12. 8. 2020 vyplývá, že omezení bylo přerušováno na kouření. Nelze přitom zjistit, proč bylo nutno pokračovat v omezení na izolaci. Dostupné zápisy lékařů od 11. do 25. 8. 2020 jsou činěny jednou denně, což neodpovídá požadavku na kontrolu pacienta v omezení po 12 hodinách podle doporučení ministerstva. Kritizuji, že není možno zjistit, proč byla izolace pacienta nutná a jak často a na jak dlouho došlo k jejímu přerušování. Dále se ve zdravotnické dokumentaci objevují záznamy, že pacient byl klidný bez známek agrese. Proto upozorňuji, že omezení pacienta přes známky jeho klidu je postupem v rozporu se zákonem a může představovat špatné zacházení. Dále kritizuji, že zcela chybí zápis, zda byl po ukončení izolace proveden debriefing.

Podle ordinačního listu lékaře byl **pacient A** dne 2. 5. 2022 v 16:30 hodin fixován za LHK a LDK pro neklid, vstávání z lůžka přes zlomenou nohu a vytrhávání žilního katetru. Další zápis je až ze dne 3. 5. v 8:35 hodin, a to bez jakýchkoliv informací o přehodnocení potřebnosti omezení. V záznamu *Evidence omezovacích prostředků* je omezení odůvodněno také pouze stručně se slovy „neklidný, psychotický, vytrhl si kanylu, hrozí riziko autoagrese,

³⁹ Zápis zdravotních sester v *Průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta* byl dne 11. 8. 2020 učiněn v 10:00 hodin. Další zápis byl učiněn až ve 22:00 hodin.



nutná fixace LHK a LDK“. Zápisy v tomto záznamu lékaře činil každé 3 hodiny, zdravotní sestry každých 30 minut. **Problémem však zůstává, že veškeré zápisy jsou zkratkovité a neobsahují dostatek informací o stavu pacienta (zejména popis bezprostředního rizika na životě či zdraví, zvážení mírnějších alternativ). Ani jedna z částí zdravotnické dokumentace pacienta neobsahuje informaci o debriefingu po ukončení fixace. Z centrální evidence vyplývá, že pacient byl omezen vícero způsoby (úchop, místnost, lůžko, kurty), což ale ze zápisů ve zdravotnické dokumentaci nevyplývá, neboť ty se výslovně zmiňují jen o fixaci.**

Pacient G byl hospitalizován dne 28. 11. 2020. Z ordinačního listu lékaře vyplývá, že kvůli ohrožování sebe a okolí bylo nutno přistoupit k šetrné fixaci a medikaci. **Agrese pacienta je pouze zkonstatována, není zde vysvětleno, v čem spočívá bezprostřední ohrožení na životě či zdraví. Také chybí informace o tom, zda byly zváženy nějaké mírnější alternativy, případně proč je nešlo využít.** Ze sesterských zápisů v *Průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta* vyplývá, že fixace byla zrušena v 18:50 hodin a následně obnovena v 20:00 hodin. Ordinační list lékaře zmiňuje ve 20:00 hodin a 22:00 hodin, že pacient je neklidný a brachiálně agresivní, ale uvedené ukončení fixace v 18:50 hodin a její následovné obnovení ve 20:00 hodin v ordinačním listu lékaře zcela chybí. Stejně tak chybí informace o přehodnocení nutnosti fixace. **To vyvolává pochybnosti o tom, zda byl o ukončení a obnově fixace lékař informován.**

Ordinační list lékaře k dalšímu dni 29. 11. 2020 v 9:30 hodin obsahuje rozporné informace. Zápis uvádí, že pacient je klidný, zároveň s tendencemi k verbální a brachiální agresi. Lékař dále píše, že pro pohotovost k brachiální agresi je dále nutná šetrná fixace. **To naznačuje preventivní použití omezovacího prostředku.** Podle sesterských zápisů v *Průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta* bylo v 11:30 hodin přikročeno k fixaci, neboť pacient byl neklidný a cestoval s postelí po místnosti. Podle zápisů lékaře byl však pacient již v 9:30 hodin fixován, přičemž nenásledoval zápis o ukončení a následovném obnovení fixace. Podle následujících sesterských zápisů fixace trvala po zbytek dne kvůli tenzi, neklidu, přestože se objevují i záznamy o tom, že pacient byl již klidnější. Ve formuláři *Evidence omezovacích prostředků* je uveden pouze začátek omezení, zaškrtnutý typ omezení (lůžko a terapeutická izolace) a stručný popis stavu pacienta. **Dokumentace omezení pacienta je tak nejasná a opakovaně postrádá popis bezprostředního ohrožení na životě či zdraví pacienta, zvážení mírnějších alternativ k omezení a informace o debriefingu.**

S ohledem na výše uvedené shrnuji, že současný způsob dokumentování omezení pacientů představuje velké riziko špatného zacházení s pacienty. Za naprostý základ považuji provedení interního auditu vedení zdravotnické dokumentace, jež doporučuji v kapitole 20. Věřím, že audit poskytne cennou zpětnou vazbu nejen ke způsobu vedení dokumentace obecně, ale především také k dokumentování průběhu omezení a může předejít případným pochybením.

Doporučení:

- 12) **Nepoužívat omezovací prostředky bez trvání řádného důvodu (průběžně).**
- 13) **Zahajovat omezení zásadně [tedy až na zákonem předpokládané výjimky] na základě rozhodnutí lékaře (průběžně).**



- 14) Průběh použití omezovacího prostředku dokumentovat komplexně a důsledně v souladu s požadavky metodického doporučení ministerstva a vyhlášky o zdravotnické dokumentaci; zejména s důrazem na (1) zaznamenání důvodu omezení a jeho trvání, (2) neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků, (3) přesný čas a délku omezení, (4) informaci o tom, zda byl u omezení přítomen lékař (průběžně).
- 15) Všechny případy použití omezovacího prostředku zaznamenávat do centrální evidence omezení (průběžně).
- 16) Soustavně sledovat případy opakovaného omezení a hledat možnost úprav v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče, aby byla četnost a délka trvání omezovacího prostředku snížena (průběžně).

14. Zpětný rozhovor (angl. debriefing)

Ve zprávě z první návštěvy zařízení bylo doporučeno, aby se komunikace s pacientem o jeho omezení neomezovala pouze na průběh omezení, ale bylo pamatováno na zachování dobrého terapeutického vztahu s pacientem, což vyžaduje i následný rozhovor.

CPT k rozhovoru s pacientem po skončení omezení uvádí: „Jakmile je omezení ukončeno, je nezbytné provést s pacientem pohovor (*angl. debriefing*). Pro lékaře je pohovor příležitostí, kdy může vysvětlit důvody tohoto opatření, zmírnit tak psychické trauma z tohoto zážitku a obnovit vztah mezi lékařem a pacientem. Pro pacienta je příležitostí k vysvětlení, co zažíval před omezením, což může pomoci jemu i personálu lépe pochopit jeho chování. Pacient a personál se mohou společně pokusit dojít k tomu, jak by se pacient mohl lépe ovládat, a tak se snad vyhnout dalším atakům agresivity a následnému použití omezovacích prostředků.“⁴⁰ Zákonný požadavek je méně náročný a stanovuje povinnost poskytovatele pacienta s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informovat o důvodech použití omezovacího prostředku.⁴¹

Ze studia zdravotnické dokumentace pacientů vyžádané během následné návštěvy nevyplývá, že by po ukončení omezení probíhal terapeutický rozhovor nebo alespoň informování o důvodech použití omezovacího prostředku. Standard k používání omezovacích prostředků SLN/023/05 nestanovuje jako povinnost ani minimální informační povinnost podle zákona (viz kapitola 13). Pro udržení terapeutického vztahu a prevence traumatu považují za nezbytnou formu rozhovoru doporučenou CPT. Zaznamenání provedení zpětného rozhovoru do dokumentace pacienta považují za důležité nejen z hlediska zpětné kontroly jeho provádění. Především jde o to, aby bylo zamezeno ztrátě získaných informací pro další práci s pacientem.

40 Viz výňatek z 16. všeobecné zprávy CPT, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Francie © Council of Europe [cit. 8. 7. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ccc36>, bod 46.

41 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách.



Doporučení:

- 17) Provádět s pacientem ve vhodném čase po ukončení omezení rozhovor s cílem nejen jej informovat, proč bylo z pohledu zdravotníků nezbytné omezovací prostředek použít, ale také vyslechnout jeho pohled, a společně hledat alternativní opatření do budoucna. Provedení zpětného rozhovoru zaznamenávat do dokumentace pacienta (průběžně).**

15. Bezpečí pacienta v omezení

Pacienti, omezení v místnosti určené k bezpečnému pohybu, neměli v době první návštěvy k dispozici signalizační zařízení, kterým by si mohli v případě potřeby přivolat pomoc.

Pokud pacient v omezení (typicky v uzamčené místnosti) nemá, jak si přivolat personál, je vystaven riziku nedůstojných situací a umocňuje se jeho bezmocnost a frustrace. Pokud tedy pacient v omezení není pod dohledem přítomného pracovníka, je důležité pamatovat na vybavení místnosti signalizací. Zařízení na doporučení tehdejší ochránkyně reagovalo sdělením, že pro tyto účely budou objednány mobilní hlásiče.

Během následné návštěvy bylo zjištěno, že na dospělém oddělení je pro případ omezení v místnosti určené k bezpečnému pohybu připraveno přenosné signalizační tlačítko. To je správné. Na dětském oddělení se rovněž nachází místnosti určené k bezpečnému pohybu, přičemž podle sdělení personálu v této místnosti signalizace není k dispozici. Jsem si vědom toho, že v době následné návštěvy tato místnost na dětském oddělení ještě nebyla využita. V situaci, kdy je nezbytné přistoupit k omezení pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, je však potřeba jednat pohotově. Místnost by proto měla být připravena k použití včetně signalizačního zařízení.

Ze studované zdravotnické dokumentace a sdělení personálu vyplývá, že v zařízení dochází k omezení pacientů pásy i za jednu končetinu, případně některé končetiny. Účelem je prevence pádu. Popsaný postup nepovažuji za správný, protože snadno může vést ke komplikovanému zranění pacienta. To lze doložit i záznamem ze zdravotnické dokumentace pacientky I ze dne 21. 1. 2022, kdy se pacientka překulila a za fixovanou končetinu visela z lůžka.

Doporučení:

- 18) Zajistit k dispozici signalizační zařízení pro případ potřeby omezení pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu na dětském oddělení (do 2 měsíců).**
- 19) Nepoutat pacienty k lůžku za jednotlivé končetiny (průběžně).**

16. Centrální evidence omezení

V rámci první návštěvy zařízení bylo zjištěno, že centrální evidence omezení byla vedena neúplně. Konkrétně bylo zjištěno, že centrální evidence nesleduje celkovou délku omezení, anebo počet jeho přerušení. Některé záznamy navíc postrádaly informaci o typu omezovacího prostředku, což je v rozporu se zákonným požadavkem.



Zvláštní evidence, která přehledně podchycuje případy použití omezovacích prostředků, poskytuje zařízení přehled o četnosti využívání restrikcí, umožňuje sledovat trend v používání omezovacích prostředků a provádět efektivně vnitřní kontrolu. Praxi používání omezovacích prostředků by mělo zařízení pravidelně vyhodnocovat za účelem cíleného snižování jejich používání.⁴² Tehdejší ochránkyně proto doporučovala, aby centrální evidence byla vedena důsledně, včetně uvedení typu omezovacího prostředku, a nad rámec zákonných požadavků také informaci o celkové délce omezení a počtu přerušení. Jedině tak může sloužit jako užitečný nástroj ke snižování počtu omezení.

V rámci následné návštěvy bylo zjištěno, že v oblasti vedení centrální evidence nedošlo od první návštěvy k žádnému posunu. Centrální evidence stále sleduje pouze údaj o typu omezovacího prostředku a informaci o počátku omezení. Z evidence nelze vždy zjistit, kdy bylo omezení ukončeno,⁴³ celkovou délku omezení ani počet jednotlivých přerušení. Papírové záznamy o omezení *Evidence omezovacího prostředku* založené ve zdravotnické dokumentaci pacientů jsou dvojího typu. Jeden typ záznamu obsahuje informaci o konci omezení již na přední straně,⁴⁴ u druhého typu záznamu je nutno listovat a informaci o konci omezení hledat v lékařském hodnocení stavu pacienta.⁴⁵ Informace o konci omezení je navíc do centrální evidence dále přepisována pouze v některých z těchto případů. To je nesystematické a zcela nedostačující.

Centrální evidence obsahuje jako typ omezovacího prostředku úchop, kurty, lůžko, místnost, kabátek a psychofarmaka. Předpokládám, že typ omezovacího prostředku „lůžko“ odkazuje na síťové lůžko a typ omezovacího prostředku „kurty“ na omezení pacienta pomocí pásů k lůžku. Z jednotlivých záznamů *Evidence omezovacího prostředku*, jež jsou součástí zdravotnické dokumentace pacientů, přitom vyplývá, že druh omezení „v lůžku“ odkazuje na použití pásů. Upozorňuji, že používání stejných pojmů pro různé typy omezovacích prostředků je matoucí a zvyšuje riziko chybovosti. Je tedy třeba jasně stanovit, zda pojmy ve zdravotnické dokumentaci pacientů odkazují na totéž jako v centrální evidenci. V opačném případě hrozí zadávání chybných údajů a získávání zkreslených informací.

Celkově hodnotím systém evidování omezení jako velmi zmatečný. To je způsobeno jednak nejasnými pojmy, a jednak také tím, že jednotlivá omezení jsou evidována na několika různých místech, částečně v papírové a částečně v elektronické podobě. Zmatečnost dokládám i konkrétním případem evidence omezení pacienta A pásy. V centrální evidenci je dané omezení evidováno dvojmo. Jednou jako omezení typem „úchop“ a „lůžko,“

42 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.“

43 Konec omezení je v centrální evidenci zapsán pouze v některých případech.

44 Jedná se například o *Evidenci omezovacího prostředku* ve zdravotnické dokumentaci pacienta H, pacientky K a pacienta F.

45 Jedná se například o *Evidenci omezovacího prostředku* ve zdravotnické dokumentaci pacienta C, pacientky I a pacienta A.



a následně rovněž jako „úchop“ a „kurty.“⁴⁶ Jsem si vědom toho, že se v tomto případě se může jednat o individuální pochybení při ručním přepisování údajů do elektronické centrální evidence. **Celková stávající úroveň vedené evidence však není dostatečná pro cílené hodnocení používání omezovacích prostředků.**

Za efektivní považuji způsob, kdy je záznam o omezení pacienta veden elektronicky a údaje z něj jsou automaticky odesílány do centrální evidence.⁴⁷ Zavedení takového postupu sice není jednoduché, ale jednak by zdravotnickému personálu ulehčilo administrativní činnost spojenou se zpětným vyhledáváním a přepisováním údajů pro centrální evidenci, a jednak by zároveň v případě potřeby umožnilo snadno získat informace potřebné k vyhodnocení používání omezovacích prostředků na oddělení. Závěrem upozorňuji, že pokud zařízení s evidencí nijak nepracuje, představuje pouze administrativní zátěž, která není vyvážena ziskem relevantních poznatků. Taková evidence neplní žádný potřebný cíl, tedy snižovat používání omezovacích prostředků a zajišťovat bezpečnost poskytované péče.

Doporučení:

- 20) Jasně vymezit pojmy pro označení typů omezovacích prostředků a zajistit jejich jednotné používání napříč zdravotnickou dokumentací pacientů i vnitřními dokumenty zařízení (do 2 měsíců).**
- 21) V centrální evidenci omezení zaznamenávat také dobu trvání omezení a počet přerušování omezení (do 2 měsíců).**

17. Dokumentování známek špatného zacházení

Zařízení poskytuje péči také osobám, které jsou omezeny na osobní svobodě a jsou do zařízení dopraveny např. policií, nebo jsou přiváženy k ošetření z vazby či výkonu trestu.

Při první návštěvě zařízení bylo zjištěno, že zařízení zaznamenává zranění pacientů pouze slovně bez uvedení vysvětlení pacienta a názoru lékaře. Tehdejší ochránkyně proto upozorňovala na mezinárodní závazek České republiky chránit osoby omezené na svobodě před špatným zacházením, ze kterého plyne povinnost státu věrohodně vysvětlit příčiny zranění, jež člověk utrpí v průběhu zbavení osobní svobody. I hospitalizace je přitom v některých případech zbavením svobody člověka. Psychiatrických zařízení se tato povinnost státu dotýká tím, že v případě pacientů, kteří nemohou svobodně opustit nemocnici, je to právě ona, kdo má být schopen vznik každého zranění uspokojivě vysvětlit, protože její postup je přičitatelný státu. To vyžaduje včasnou detekci a dobré dokumentování. Pokud je zjištěno zranění, jehož původ může být v napadení nebo použití síly, lékař by měl provést detailní záznam, který obsahuje pacientovo vyjádření k případným utrženým zraněním a k okolnostem, které s ním souvisely. Dále by záznam měl detailně popisovat objektivní lékařský nález (pokud možno včetně barevných fotografií zranění) vyplývající z vyšetření

46 Zde odkazuji na omezení pacienta A ze dne 2. 5. 2022. V papírové evidenci omezovacího prostředku je omezení evidováno jako „v lůžku“; z ordinačního listu lékaře i záznamu sester Průběžné hodnocení zdravotního stavu pacienta vyplývá, že pacient byl „šetrně fixován“; v centrální evidenci omezení je uveden typ omezovacího prostředku „lůžko.“

47 S tímto způsobem vedení centrální evidence omezení se pracovníci Kanceláře setkali v jiných psychiatrických zařízeních.



provedeného lékařem a jeho subjektivní hodnocení souvislostí mezi tvrzením pacienta a objektivním lékařským nálezem. Ideální je, pokud je pro takový záznam připraven návodný formulář.⁴⁸

Při následné návštěvě bylo zjištěno, že zranění pacienta při příjmu na oddělení (ale i vzniklá v průběhu hospitalizace) jsou zaznamenávána pouze stručným slovním popisem bez barevných fotografií.⁴⁹ V ošetřovatelské anamnéze jsou uvedeny informace o tom, proč byl pacient přijat, včetně záznamu lékaře o tělesném stavu pacienta. Nikde však není uvedeno vyjádření pacienta ke zraněním ani stanovisko lékaře, co se týká pravděpodobné souvislosti nálezu a možného špatného zacházení. V tomto ohledu proto doporučení opakují a apelují na zařízení, aby je přijalo do své praxe.

Doporučení:

- 22) Důsledně provádět detailní záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpených v průběhu hospitalizace, jež mohou mít původ v násilí nebo použití síly; zaznamenávat všechny aspekty: vyjádření pacienta k původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (průběžně).**

18. Stížnosti

Během první návštěvy bylo zjištěno, že cesty k podání stížnosti důvěrně a bezpečně byly pro pacienty uzavřených oddělení nevyužitelné. Tehdejší ochránkyně proto doporučovala, aby byl zajištěn bezpečný stížnostní mechanismus také přímo na uzavřených odděleních, například skrze zaměstnance, který nepůsobí přímo na oddělení, nebo k tomu byla určena schránka vybíraná vnějším zaměstnancem.

Stížnostní mechanismus je jednou z pojistek proti špatnému zacházení s osobami zbavenými svobody. Pokud se bere vážně a jeho nastavení umožňuje skutečné využití pacienty, pak kromě této funkce také přispívá k dobrým vztahům s personálem. Zákon o zdravotních službách nestanovuje, jak má poskytovatel stížnostní mechanismus nastavit. Je však nezbytné dodržet základní zásady. Mimo zákonem explicitně uvedené zásady, že podání stížnosti nesmí být na újmu osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se týká, vyzdvihují zásady prevence špatného zacházení podle CPT: dostupnost, přístupnost, důvěrnost a bezpečnost, účinnost a doložitelnost.⁵⁰ Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z faktu duševní poruchy.

Během následné návštěvy byla zaznamenána stížnostní schránka na dospělém oddělení. Schránka byla označena, nicméně se u ní a ani jinde na nástěnce nenacházely informace o tom, kdo a jak často ji vybírá, ani informace o přijímání a vyřizování stížností. Na dětském oddělení se stížnostní schránka nenacházela, přičemž personál ani pacienti o možnosti

48 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. 12. 7. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ccc36>, bod 74.

49 Zde odkazují na anamnézu při přijetí pacienta B.

50 Viz výňatek z 27. obecné zprávy CPT, CPT/Inf (2018)4-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 9. 7. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16807bc668>.



podat samostatně stížnost nevěděli. V případě nespokojenosti se pacienti dětského oddělení mohou svěřit zdravotní sestře. Z evidence stížností vyplývá, že za poslední tři roky byly podány stížnosti pouze ojediněle.

Upozorňuji, že pokud jsou do procesu přebírání stížnosti od pacienta zapojeni zdravotníci, do jejichž péče je svěřen, pak musí existovat ještě i alternativa, jak oslovit přímo ředitelství, a to důvěrně a s vyloučením, byť hypotetické možnosti, že budou stížnosti filtrovány. Účinným prostředkem mohou být právě **schránky na písemnou stížnost**. Je však nutno zajistit, aby ji v pravidelných intervalech vybírala osoba, která se přímo nepodílí na chodu oddělení, tedy například administrativní pracovník nemocnice. V každém případě musí být schránka na stížnosti zamčena, označena, umístěna na pacientům volně přístupném místě a musí být opatřena informací, kdo a jak často její obsah vybírá.

Co se týká dostupnosti informací o stížnostní proceduře, tedy o tom, jak jsou stížnosti vyřizovány, přejímám standard CPT, že osoby zbavené svobody mají obdržet informaci o vnitřním i vnějším stížnostním mechanismu jak ústně, tak v písemné formě pro pozdější využití.⁵¹ Je důležité nespoléhat na neformální předávání informací mezi pacienty, ale při příjmu je seznámit se způsoby podání stížnosti a zajistit, aby byly informace o stížnostní proceduře dostupné a srozumitelné po celou dobu hospitalizace (např. plakáty umístěné ve společných prostorách a informační letáky nabízené k rozebrání). Zejména u dětí je nutno pamatovat na to, aby bylo poučení dostupné ve srozumitelném a jednoduchém jazyce (např. formou myšlenkové mapy, komiksu či infografiky). Je nutno věnovat zvýšenou pozornost dětem, které neumí číst, a opakovaně jim (ve zjednodušeném jazyce) nabízet možnost si stěžovat ústně, např. rozhovorem s pracovníkem, který se nepodílí na chodu oddělení.

Doporučení:

- 23) Vybavit dětské oddělení schránkou pro podávání stížností a na všech odděleních opatřit schránky informacemi o stížnostním mechanismu; zajistit vybírání schránek pracovníkem, který na oddělení nepůsobí. Děti, které neumí číst, opakovaně informovat o možnosti si stěžovat ústně (do 2 měsíců).**

19. Informace o právech, povinnostech a pravidlech

Při první návštěvě bylo zjištěno, že na dětském oddělení nebyly pacientům volně dostupné informace o systému pravidel, jimiž se pobyt na oddělení řídí (např. kdy je možno používat mobilní telefon, jak je to s vlastní elektronikou, na které pokoje mohou děti vstupovat atd.). Na dospělém oddělení nebyl dostupný žádný materiál, který by shrnoval práva a postavení nedobrovolně hospitalizovaných pacientů, jenž by si pacient v klidu mohl prostudovat v situaci, která je méně vypjatá než nedobrovolné převzetí do zdravotnického zařízení. Z rozhovorů vyplynulo, že pacienti byli poučováni pouze ústně při přijetí na oddělení.

V zákoně o zdravotních službách je výslovně uvedeno, že poskytovatel je povinen seznámit pacienta s jeho právy a povinnostmi při poskytování zdravotních služeb a s vnitřním

⁵¹ Zpráva CPT pro vládu České republiky o návštěvě, kterou výbor vykonal ve dnech 2. až 11. října 2018, CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 12. 7. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>, bod 117.



řádem.⁵² Ze zákona dále vyplývá, že nedobrovolně hospitalizovaný pacient musí bez zbytečného odkladu obdržet náležitě vysvětlení svého právního postavení, zákonného důvodu učiněného opatření a možností právní ochrany.⁵³ Informování pacientů o jejich právech a povinnostech, stejně tak o pravidlech daného zařízení, je předpokladem pro poskytování kvalitní péče a zajištění bezpečného pobytu v zařízení.

První den následné návštěvy na dětském oddělení zcela chyběly informace pro pacienty o pravidlech na oddělení, vnitřní řád nemocnice, shrnutí práv a povinností pacientů a například alespoň základní přehled telefonních čísel orgánů, na které se mohou obrátit. Na nástěnkách nebyl jídelníček ani informace o denním programu, příp. jaké aktivity jsou pro pacienty v nabídce. Druhý den byla na nástěnku na chodbě dětského oddělení vyvěšena charta práv dětí a denní program na červen 2022. Uvědomuji si, že personál může tyto informace pacientům při příjmu předávat ústně. Informace tohoto druhu by však měly být ve srozumitelné formě dětem dostupné neustále. Ústní předávání informací s sebou nese riziko předávání nejasných či neúplných informací, přičemž rozpor v informacích může být následně zdrojem konfliktu či příkoří.

V reakci na zprávu z první návštěvy zařízení uvedlo, že na dospělé oddělení poskytnete materiál vytvořený Kanceláří veřejného ochránce práv *Pobyt na psychiatrii*.⁵⁴ Při následné návštěvě však bylo zjištěno, že na dospělém oddělení nebyl volně k dispozici materiál shrnující práva a postavení nedobrovolně hospitalizovaného pacienta vytvořený zařízením a ani jiný existující a volně dostupný materiál. Znovu proto upozorňuji, že informace tohoto typu nelze předávat pouze ústně při příjmu pacienta na oddělení, neboť nedobrovolné převzetí do zdravotnického zařízení může být pro pacienta natolik stresující, že tyto informace nedokáže dostatečně vnímat.

Nadto poznamenávám, že ani na jednom z navštívených oddělení nebyly informace o tom, že jsou oddělení snímána kamerovým systémem. Z rozhovorů s pacienty přitom vyplývalo, že nedostatek informací o tom, kdy jsou sledováni, kdo a proč kamery sleduje, pro ně může být stresující a vyvolávat v nich nejistotu. V zařízení jsem neshledal přehnané používání kamer, vždy je však nutno pacienty informovat o tom, kdy a kde jsou pozorováni kamerou, z jakého důvodu a zda se z obrazu pořizuje záznam.

Doporučení:

- 24) Informace o pobytu na psychiatrii, včetně pravidel platných na dětském oddělení, zpřístupnit v písemné formě srozumitelné pro děti. Dětem, které neumí číst a psát, opakovaně předávat tyto informace ve zjednodušeném jazyce ústně (do 2 měsíců).**
- 25) Kromě ústního poučení předávat nedobrovolně hospitalizovaným pacientům i písemný materiál shrnující jejich postavení (do 6 měsíců).**
- 26) Zajistit dostupnost informací o používání kamerového systému na oddělení včetně jejich režimu a účelu (bezodkladně).**

52 Ustanovení § 46 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.

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

54 Tento materiál je v aktuální verzi dostupný zde: <https://www.ochrance.cz/letaky/psychiatricka-nemocnice/psychiatricka-nemocnice.pdf>.

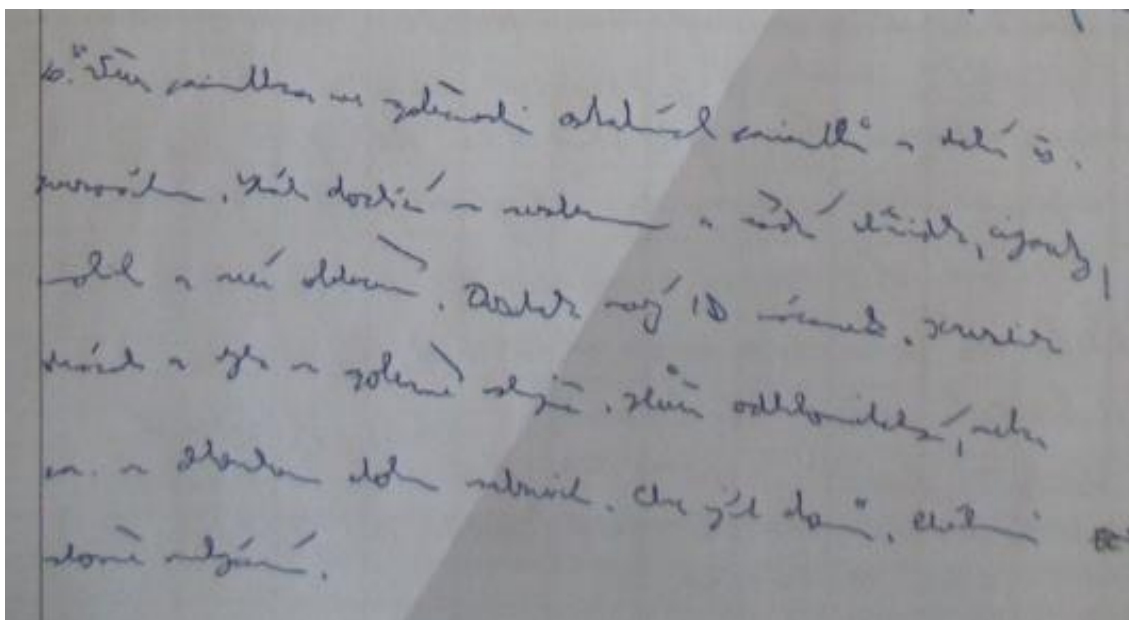


Nově identifikovaná rizika špatného zacházení

20. Úroveň vedené zdravotnické dokumentace

Na tomto místě se zabývám kvalitou a přehledností zdravotnické dokumentace pacientů, přičemž dokumentování omezovacích prostředků rozebírám výše v kapitole 13. Zákon obecně uvádí, že zdravotnická dokumentace, včetně jejích samostatných součástí, musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována.⁵⁵

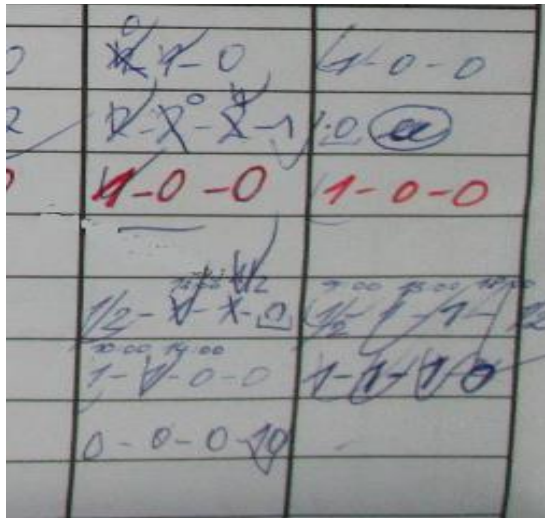
Průběžné záznamy o stavu pacienta a poskytované péči se evidují na několika místech. Záznamy lékařů (ordinační list) jsou odděleny od záznamů ošetřovatelského personálu (Průběžné hodnocení zdravotního stavu pacienta), takže pro zjištění stavu pacienta je nezbytné listovat a studovat různé sady záznamů. Již samotná tato skutečnost ztěžuje přehlednost a rychlou orientaci ve zdravotnické dokumentaci. Nadto zdravotnická dokumentace trpí nedostatky, které způsobují její výrazně ztíženou srozumitelnost. Upozorňuji, že v některých případech si zápisy odporují⁵⁶ a některé způsoby dokumentování nemají žádnou vypovídající hodnotu (např. „fajfkový“ systém dokumentace kontrol pacienta v omezení). Dále jde o to, že zápisy ve zdravotnické dokumentaci jsou činěny ručně a často jsou zcela nečitelné. Poukazuji na nepřehlednost ordinačních listů způsobenou dopisováním do předtištěného formuláře, používání kombinací různých značek, ale také škrtnání nebo přepisování.



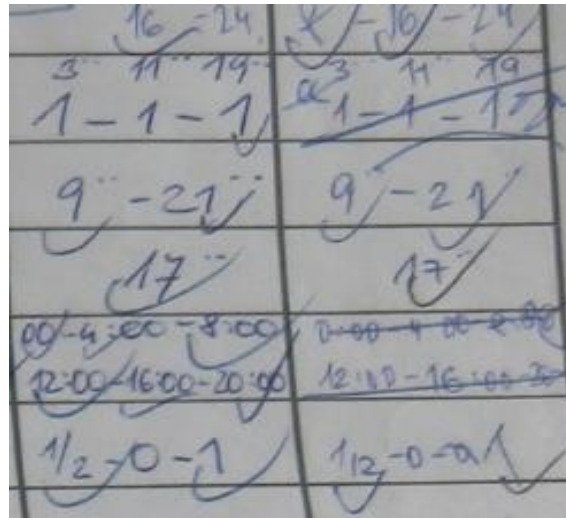
Nečitelný zápis v dokumentaci pacientky D

55 Ustanovení § 54 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

56 Viz dokumentace omezení pacienta E, kterou blíže rozebírám v podkapitole 13.1 této zprávy.

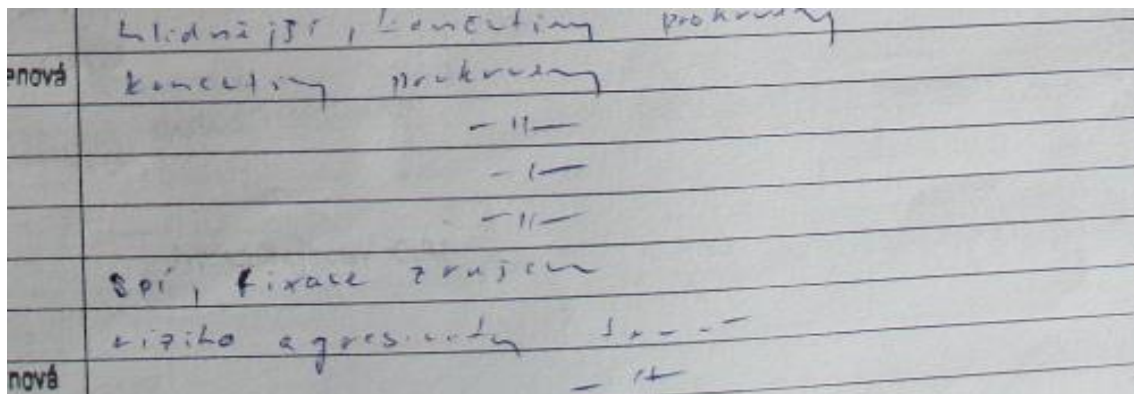


Anonymizovaný Ordinační list pacienta C



Anonymizovaný Ordinační list pacienta A

Kritizuji to, že archivovaná zdravotnická dokumentace je nepřehledně „sešitá,“ a to tak, že jednotlivé stránky na sebe nenavazují. K obsahu zápisů podotýkám, že některé zápisy ve zdravotnické dokumentaci jsou zkratkovité a nevyplývá z nich dynamika vývoje zdravotního a psychického stavu (např. zápis „klidná“, „spolupracuje“, „stav beze změn“). Používání těchto formalizovaných frází nepovažuji za vhodné, neboť vede k tomu, že nejsou zapisovány důležité informace pro hodnocení stavu pacienta. Jako zcela nedostačující sledávám, pokud je v záznamu o stavu pacienta pouze značka pro opakovaný zápis.



Záznam Evidence omezovacího prostředku pacienta E

Vedení dokumentace považuji za zmatečné a rizikové z hlediska možných chyb. Nepřehlednost záznamů přitom může vést k poškození pacienta. S ohledem na tato zjištění a zjištění uvedená v kapitole 13 považuji za nutné provést interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace a zaměřit se na toto téma v rámci vzdělávání personálu.

Doporučení:

- 27) Provést interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace se zaměřením na kompletnost, čitelnost a výstižnost záznamů ve zdravotnické dokumentaci včetně zaznamenávání průběhu použití omezovacích prostředků (do 3 měsíců).



21. Neočekávaná úmrtí

V případě neočekávaného úmrtí na psychiatrickém oddělení vyplývá z práva pacientů na život, mimo jiné, povinnost nemocnice provést vnitřní šetření zacílené na zjištění, zda není namístě přijmout opatření k zabránění opakování případných pochybení. Tomu odpovídá také doporučení CPT, aby bylo prováděno důkladné vyšetřování každého úmrtí pacienta, ke kterému dojde v souvislosti s jakýmkoli použitím síly, použitím omezovacích prostředků nebo případy násilí mezi pacienty. Cílem vyšetřování je zjistit, zda je třeba se poučit, pokud jde o pracovní postupy. Nejde jen o zjištění příčiny smrti, ale šetření poskytuje příležitost k objasnění všech okolností smrti dotčeného pacienta, včetně všech přispívajících faktorů a terapeutického postupu aplikovaného v daném případě. Tím lze účinněji předcházet podobným incidentům v budoucnu.⁵⁷

Ze studované dokumentace byly identifikovány dva případy neočekávaných úmrtí. Jednalo se o sebevraždu pacienta F a zástavu dechu pacienta G v omezení. Ze zdravotnické dokumentace pacientů vyplývá, že v obou případech byla o události bezodkladně informována Policie ČR, která přebírá odpovědnost za objasnění úmrtí. To je správný postup. Pozůstali mají právo na účinné vyšetřování zaměřené na objasnění příčiny úmrtí a případné vyvození odpovědnosti konkrétních osob.

Ani jedno z neočekávaných úmrtí pacientů nebylo nalezeno v evidenci nežádoucích událostí zařízení. Personál sdělil, že incidenty nebyly řešeny jako typické nežádoucí události, ale byly probírány na k tomu určených týmových setkáních. Ze setkání přitom nebyl pořízen žádný písemný výstup. To nepovažují za dostačující. Sebevražda i úmrtí pacienta v omezení představují typické nežádoucí události, které je třeba evidovat a vyhodnocovat. Nadto upozorňují, že interní šetření k případům neočekávaného úmrtí pacientů by mělo proběhnout ve smyslu popsaného standardu CPT, tedy se zaměřením na kontrolu poskytované péče zemřelým pacientům a vyhodnocení faktorů, které mohly k události přispět s cílem se poučit do budoucna. Považují za nutné, aby byla z interního šetření pořízena písemná zpráva. V opačném případě hrozí ztráta zpětné vazby a poznatků, které by zařízení mohlo využít ke zlepšení poskytované péče a vedení zdravotnické dokumentace.

Doporučení:

- 28) Podrobit úmrtí pacienta F a pacienta G internímu rozboru s cílem získat maximální poučení, co se týká postupů poskytování péče, i vysvětlení události pro personál. Poskytnout mně plnou zprávu z těchto šetření (spolu s vyjádřením ke zprávě).**
- 29) Přistupovat ke všem událostem, které se vymykají běžnému chodu zařízení a při nichž dojde k ohrožení zdraví či života pacienta nebo personálu, jako k nežádoucím událostem. Při jejich vyhodnocování hledat opatření, kterými by bylo možno předejít jejich opakování (průběžně).**

57 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro vládu Slovenské republiky o návštěvě, kterou výbor vykonal ve dnech 19. až 28. března 2018, CPT/Inf(2019)21 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 8. 7. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168094fd71>, bod 118, 119.



22. Elektrokonvulzivní terapie z vitální indikace

Nezpochybnuji, že elektrokonvulzivní terapie (dále jen „EKT“) ve své moderní formě představuje zavedenou a účinnou léčebnou metodu. U EKT však považuji pečlivou dokumentaci zákroků prováděných bez souhlasu za nutnou, protože jeho provedení je spojeno s celkovou anestézií a amnézií, a představuje tak výrazný zásah do samého jádra psychické integrity člověka, který u jiných forem léčby bez souhlasu pacienta není typově obvyklý.

Bez souhlasu pacienta či osoby oprávněné za něj souhlas poskytnout je možno pacientovi poskytnout zdravotní služby jen zcela výjimečně, a to pouze za situace, kdy se jedná o péči neodkladnou. Neodkladnou péči zákon definuje jako péči, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život, nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest, nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.⁵⁸ Konkrétní výjimky, kdy lze neodkladnou péči poskytnout bez souhlasu pacienta či jiné osoby oprávněné udělit souhlas za něj, stanoví § 38 zákona o zdravotních službách. Relevantně k provádění elektrokonvulzivní terapie tak lze učinit v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta. Naplnění zákonných podmínek pro poskytování EKT bez souhlasu přitom musí být zřetelné ze zdravotnické dokumentace.⁵⁹

Během následné návštěvy bylo zjištěno, že se v zařízení provádí EKT také z vitální indikace, bez souhlasu pacienta. Jednotlivé zákroky EKT se zaznamenávají ve speciálním formuláři. Stejný formulář se používá pro EKT se souhlasem i bez souhlasu pacienta. Pokud se provádí EKT z vitální indikace, ve formuláři se zaznamená, proč současný zdravotní stav pacienta nedovoluje, aby udělal souhlas s EKT. Ve zkoumaném případě pacienta J byla provedena EKT bez souhlasu pacienta s odůvodněním „pacient mutistický, psychotický, riziko sebepoškození, indikace k ECT terapii z vitální indikace (nejí, nepije, neschopen sebezpečí)“. Takové zdůvodnění je zkratkovité a neobsahuje dostatek informací pro zhodnocení, jestli se skutečně jedná o vitální indikaci, tedy o neodkladnou péči (např. není jasné, jak dlouho pacient nepije, nejí, v čem spočívá riziko sebepoškození apod.).

Doporučuji tedy ve formuláři k jednotlivému zákroku EKT bez souhlasu pacienta pečlivě zaznamenávat úvahu, respektive výsledek spolu s odůvodněním, v čem vitální indikace k EKT spočívá. Pokud se jedná o naplánovanou sérii zákroků EKT, považuji za správné zvažování názoru pacienta nejen na začátku série, ale také v průběhu pokračování EKT terapie. Pokud dojde v průběhu naplánované série zákroků ke zlepšení zdravotního stavu pacienta, může opadnout důvod neodkladné péče. V takovém případě již nelze provádět léčbu bez souhlasu pacienta.

Doporučení:

30) Důkladně zaznamenávat, v čem spočívá vitální indikace k provedení EKT bez souhlasu pacienta (průběžně).

⁵⁸ Ustanovení § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.

⁵⁹ Zdravotnická dokumentace musí obsahovat pravdivé a průkazné, průběžně pořizované záznamy o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech. Viz § 54 odst. 2 zákona o zdravotních službách.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Místnosti určené k bezpečnému pohybu pacientů nepočítat do celkové kapacity lůžek dospělého oddělení (opatření č. 1).• Aktuální informace o čase návštěv vyvěsit také na místě volně dostupném pro pacienty (opatření č. 4).• Zajistit dostupnost informací o používání kamerového systému na oddělení včetně jejich režimu a účelu (opatření č. 26).
Do 2 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Zaslepit průhledy ve dveřích pokojů, které jsou využívány k omezení pacientů (opatření č. 7).• Zaslepit prostor toalety na obraze kamerového systému (opatření č. 8).• Upravit pravidla pro používání omezovacích prostředků: (1) doplnit přehled mírnějších postupů, které má personál použít než přistoupí k omezení, (2) doplnit pokyn provádět s pacientem zpětný rozhovor po omezení a povinnost jej zaznamenat do zdravotnické dokumentace, (3) odstranit povinnost personálu předkládat při příjmu pacienta k podpisu <i>Souhlas s přechodným omezením pacienta</i>, (4) přehledně upravit situace spojené s ohlašovací povinností soudu (opatření č. 10).• Zajistit k dispozici signalizační zařízení pro případ potřeby omezení pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu na dětském oddělení (opatření č. 18).• Jasně vymezit pojmy pro označení typů omezovacích prostředků a zajistit jejich jednotné používání napříč zdravotnickou dokumentací pacientů i vnitřními dokumenty zařízení (opatření č. 20).• V centrální evidenci omezení zaznamenávat také dobu trvání omezení a počet přerušení omezení (opatření č. 21).• Vybavit dětské oddělení schránkou pro podávání stížností a na všech odděleních opatřit schránky informacemi o stížnostním mechanismu; zajistit vybírání schránek pracovníkem, který na oddělení nepůsobí. Děti, které neumí číst, opakovaně informovat o možnosti si stěžovat ústně (opatření č. 23).• Informace o pobytu na psychiatrii, včetně pravidel platných na dětském oddělení, zpřístupnit v písemné formě srozumitelné pro děti. Dětem, které neumí číst a psát, opakovaně předávat tyto informace ve zjednodušeném jazyce ústně (opatření č. 24).
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit všem pacientům bez zdravotní kontraindikace možnost denního přístupu na vzduch, a to i v nepříznivém počasí (opatření č. 2)• Provést interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace se zaměřením na kompletnost, čitelnost a výstižnost záznamů



	<p>ve zdravotnické dokumentaci včetně zaznamenávání průběhu použití omezovacích prostředků (opatření č. 27).</p>
Do 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Na dospělém oddělení zajistit všem pacientům prostor pro bezpečné uzamčení svých věcí přímo na pokoji (opatření č. 5).• Odstranit rizikové prvky z prostor určených pro pacienty v akutním stavu (opatření č. 9).• Kromě ústního poučení předávat nedobrovolně hospitalizovaným pacientům i písemný materiál shrnující jejich postavení (opatření č. 25).
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Neomezovat právo pacientů přijímat návštěvy a právo nezletilých pacientů na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce nad míru stanovenou zákonem (opatření č. 3).• Na všech odděleních pacienty upozorňovat na možnost si věci uzamknout a vydávat jim klíče, pokud to nevyklučuje jejich zdravotní stav (opatření č. 6).• Nepředkládat k podpisu předchozí souhlas s použitím omezovacích prostředků (opatření č. 11).• Nepoužívat omezovací prostředky bez trvání řádného důvodu (opatření č. 12).• Zahajovat omezení zásadně [tedy až na zákonem předpokládané výjimky] na základě rozhodnutí lékaře (opatření č. 13).• Průběh použití omezovacího prostředku dokumentovat komplexně a důsledně v souladu s požadavky metodického doporučení ministerstva a vyhlášky o zdravotnické dokumentaci; zejména s důrazem na (1) zaznamenání důvodu omezení a jeho trvání, (2) neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků, (3) přesný čas a délku omezení, (4) informaci o tom, zda byl u omezení přítomen lékař (opatření č. 14).• Všechny případy použití omezovacího prostředku zaznamenávat do centrální evidence omezení (opatření č. 15).• Soustavně sledovat případy opakovaného omezení a hledat možnost úprav v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče, aby byla četnost a délka trvání omezovacího prostředku snížena (opatření č. 16).• Provádět s pacientem ve vhodném čase po ukončení omezení rozhovor s cílem nejen jej informovat, proč bylo z pohledu zdravotníků nezbytné omezovací prostředek použít, ale také vyslechnout jeho pohled, a společně hledat alternativní opatření do budoucna. Provedení zpětného rozhovoru zaznamenávat do dokumentace pacienta (opatření č. 17).• Nepoutat pacienty k lůžku za jednotlivé končetiny (opatření č. 19).• Důsledně provádět detailní záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpěných v průběhu hospitalizace, jež mohou mít původ v násilí nebo použití síly; zaznamenávat všechny aspekty:



vyjádření pacienta k původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (opatření č. 22).

- Přistupovat ke všem událostem, které se vymykají běžnému chodu zařízení a při nichž dojde k ohrožení zdraví či života pacienta nebo personálu, jako k nežádoucím událostem. Při jejich vyhodnocování hledat opatření, kterými by bylo možno předejít jejich opakování (opatření č. 29).
- Důkladně zaznamenávat, v čem spočívá vitální indikace k provedení EKT bez souhlasu pacienta (opatření č. 30).

Spolu s vyjádřením ke zprávě

- Podrobit úmrtí pacienta F a pacienta G internímu rozboru s cílem získat maximální poučení, co se týká postupů poskytování péče, i vysvětlení události pro personál. Poskytnout mně plnou zprávu z těchto šetření (opatření č. 28).