

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Zpráva z následné návštěvy zařízení¹

Adresa zařízení:	Lípy 15, 293 06 Kosmonosy
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	MUDr. Jan Křen
Typ zařízení:	psychiatrická nemocnice
Kapacita:	600
Datum návštěvy:	17. a 18. srpna 2022
Datum vydání zprávy:	14. prosince 2022
Návštěvu provedli:	Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Tereza Ciupková, Mgr. Tereza Žuffová Kunčová, Mgr. Matěj Stříteský, Bc. Jitka Fialová Bolinová, MUDr. Otilie Bartáková

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv

¹ Následnou návštěvu jsme provedli v projektu 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	7
Odstraněná rizika špatného zacházení	9
1. Sítová lůžka	9
2. Patologické chování mezi pacienty	9
3. Školení personálu	10
Částečně odstraněná rizika špatného zacházení	11
4. Stížnostní mechanismus	11
5. Informovaný souhlas s léčbou a s jednotlivými zákroky	12
6. Bezpečnost personálu	14
7. Rozeznávání a evidování omezovacích prostředků	15
8. Zpětný rozhovor (angl. debriefing)	16
Přetrvávající rizika špatného zacházení	18
9. Personální zajištění	18
10. Materiální podmínky	19
11. Program léčby	28
12. Pobyt venku	30
13. Režimový oděv	31
14. Informace pro pacienty v ochranném léčení	32
15. Role Policie ČR	33
16. Nezbytnost omezení a jeho trvání	34
17. Dohled v omezení	42
18. Soukromí pacienta v omezení	43
Nová rizika špatného zacházení	45
19. Neočekávaná úmrtí pacientů	45
20. Rozlepování pošty od soudu	47
21. Úroveň zdravotnické dokumentace	48
Přehled opatření k nápravě	50



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 navštěvuji 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 nemocnice jsou jedním ze zařízení, jež mohu navštívit.³

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.⁴ Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji 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 pacienty, 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 **sepíši 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 ve dnech 27. až 29. června 2017 pod sp. zn. 20/2017/NZ/NM.



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 nemocnice Kosmonosy (dále jen „nemocnice“) poskytuje péči ve čtyřech budovách, které se dále dělí na celkem 15 oddělení. Kapacita nemocnice je 600 lůžek. Poskytuje akutní i následnou péči včetně výkonu ochranného léčení.

V rámci systematické návštěvy navštívili pověřeni zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“) oddělení¹¹ S8, B1, A9, A12, A14 a A16. Tato oddělení byla, mimo jiné, navštívena v rámci první systematické návštěvy a směřovala k nim většina opatření ve zprávě z této návštěvy. Podrobně se zaměřili na tato oddělení:

Oddělení B1 – je určeno pro příjem žen od 18 do 65 let a poskytuje diagnostickou a komplexní psychiatricko-psychologickou léčebnou péči u širokého spektra duševních poruch. Kapacita oddělení byla v době návštěvy 36 lůžek.

Oddělení A9 – je určeno především pro muže se sexuální deviací, kteří zde vykonávají ochranné léčení uložené v souvislosti s jejich trestnou činností. Po dohodě je umožňován i dobrovolný pobyt. Kapacita oddělení byla v době návštěvy 20 lůžek.

Oddělení A12 – je určeno pro příjem mužů ve věku od 18 do 65 let, kteří nezbytně vyžadují lůžkovou psychiatrickou péči. Oddělení poskytuje diagnostickou a komplexní psychiatricko-psychologickou léčebnou péči u širokého spektra duševních poruch. Kapacita oddělení byla v době návštěvy 39 lůžek.

Oddělení A14 – je určeno pro muže s chronickým průběhem nemoci, anebo kolísavým stavem, který komplikuje přímější resocializační postup. Oddělení poskytuje následnou péči dospělým pacientům širokého diagnostického spektra. Kapacita oddělení byla v době návštěvy 40 lůžek. Čtyři pacienti zde vykonávali ochranné léčení.

Oddělení A16 – poskytuje péči mužům s ochrannou léčbou, a to psychiatrickou a protitoxikomanickou. Kapacita oddělení byla v době návštěvy 30 lůžek.

S ohledem na omezenou časovou kapacitu systematické návštěvy a počet opatření ve zprávě z první návštěvy se pracovníci Kanceláře zdrželi na oddělení S8 pouze krátce.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla ve dnech 17. a 18. srpna 2022 bez předchozího ohlášení. Ředitel byl o návštěvě osobně informován při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv mu předali pověření k provedení návštěvy, vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Tereza Ciupková, Mgr. Tereza Žuffová-Kunčová, Mgr. Matěj Stříteský. Na šetření se též podíleli pověřeni experti z oboru psychiatrie MUDr. Otilie Bartáková a Bc. Jitka Fialová Bolinová.

11 V době první návštěvy se oddělení A9 označovalo jako S9, oddělení S8 se označovalo jako S10. V této zprávě obě oddělení pojmenovávám jednotně podle stávajícího označení.



ombudsman

veřejný ochránce práv

Sp. zn.: X/20XX/NZ/XX

Název zařízení

Zaměstnanci Kanceláře hovořili s ředitelem, lékaři, ošetřovatelským personálem a s několika pacienty. Dále si prohlédli vybraná oddělení, pozorovali průběh poskytování péče, studovali zdravotnickou dokumentaci, dokumentaci nežádoucích událostí a stížností a vyžádali si související vnitřní předpisy. Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkuji.



Shrnutí

Zprávou z první návštěvy nemocnice¹² bylo upozorněno na několik zásadních problémů z hlediska prevence špatného zacházení v poskytované péči. Jednalo se o nedostatečné personální zajištění, nevhodné materiální podmínky, nízkou propracovanost programu léčby na některých odděleních, nedostatečné zajištění bezpečí pro pacienty i personál, poskytování informací pacientům a neefektivní stížnostní mechanismus. Zpráva kritizovala také roli Policie České republiky (dále jen „policie“) a používání omezovacích prostředků v nemocnici.

V rámci následné návštěvy pracovníci Kanceláře zjistili, že v nemocnici docházelo ke špatnému zacházení.

Většinu uložených opatření nemocnice dosud nenaplnila. **Velkým problémem zůstává prostředí nemocnice**, které neposkytuje dostatečné materiálně-technické podmínky pro poskytování nerestriktivní péče. Koncepce některých oddělení je překážkou pro poskytování péče podle potřeb pacientů. Na některých odděleních jsou stále mnohalůžkové ložnice, což se odráží v absenci soukromí pro pacienty. Ve zprávě upozorňuji na rizikové prvky v prostorách určených pro poskytování akutní péče a trvajícím problémem se zajištěním bezdrogové zóny.

Personální zajištění neodpovídá náročnosti poskytované péče. Závažným problémem nadále zůstává nedostatek mužského zdravotnického personálu. Tomu odpovídá role policie v nemocnici. Jako alarmující dále shledávám, že lékařskou péči během odpolední a noční služby zajišťuje pro celou nemocnici pouze jeden lékař. Hrozí tak prodlevy v poskytování zdravotní péče, které mohou být i život ohrožující.

Co se týče **používání omezovacích prostředků**, zjistil jsem, že nemocnice musí učinit opatření k tomu, aby byl skutečně respektován princip subsidiarity a nezbytnosti u používání omezovacích prostředků v klinické praxi. Ve zdravotnické dokumentaci pacientů není dostatečně zdůvodněno použití omezovacích prostředků. Naopak z dokumentace vyplývá používání omezovacích prostředků preventivně nebo přes klid pacienta. **To je v rozporu se zákonem.** Také doba použití omezovacích prostředků byla v některých studovaných případech nepřipustně dlouhá. Četnost kontrol pacienta v omezení lékařem neodpovídá metodickému doporučení ministerstva.¹³ Farmakologický omezovací prostředek není spolehlivě rozeznáván a evidován. **V souvislosti s používáním omezovacích prostředků konstatuji špatné zacházení se dvěma pacienty, přičemž v jednom případě činím zodpovědnou nemocnici, v druhém případě stát jako celek.** Právě proto zasílám tuto zprávu na vědomí také Ministerstvu práce a sociálních věcí, Ministerstvu zdravotnictví

¹² Zpráva z první návštěvy nemocnice byla vydána 19. září 2017.

¹³ Metodické 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>.



ombudsman

veřejný ochránce práv

Sp. zn.: X/20XX/NZ/XX

Název zařízení

a hejtmanovi Středočeského kraje, jako vedoucímu místně příslušného orgánu zodpovědného za dostupnost sociálních služeb.

Mimo jiné shledávám dílčí nedostatky v informování pacientů, režimových opatřeních na některých odděleních, zajištění efektivního stížnostního mechanismu a prošetření neočekávaných úmrtí pacientů.



Odstraněná rizika špatného zacházení

1. Síťová lůžka

Během první návštěvy bylo zjištěno, že k 1. 1. 2017 činil stav síťových lůžek v nemocnici celkem 24 lůžek. Přestože se v době první návštěvy jednalo o zákonný omezovací prostředek, tehdejší ochránkyně v souladu se standardy CPT¹⁴ doporučovala, aby bylo postupně od používání tohoto prostředku zcela upuštěno. Současně tehdejší ochránkyně doporučila, aby nemocnice vytvořila podmínky pro zajištění přímého a osobního dohledu ze strany personálu nad pacienty omezené v síťovém lůžku.

Novelou zákona o zdravotních službách¹⁵ účinnou od 1. 1. 2022 došlo ke změně zákonného výčtu povolených omezovacích prostředků. K omezení pacienta tak již není možno použít síťové lůžko. Během následné návštěvy bylo ověřeno, že síťové lůžko již skutečně není využíváno. To odpovídá zákonu. Opatření považuji za splněné.

2. Patologické chování mezi pacienty

V rámci první návštěvy nemocnice bylo zjištěno, že na oddělení A16 čas od času docházelo k napadení mezi pacienty. Docházelo k vydírání a fyzickému vyřizování úctů mezi pacienty, což měl personál přehlížet. Na oddělení také byli dva dlouhodobě hospitalizovaní pacienti, kteří měli oproti ostatním jisté výhody. Ve zprávě proto bylo doporučeno, aby personál věnoval zvýšenou pozornost výskytu sociálně patologických jevů mezi pacienty, jako je šikana a agrese. Úkolem personálu je aktivně se zasazovat o prevenci násilí mezi pacienty, přičemž nedostatečná reakce ze strany personálu může vést k situaci, kdy budou násilní pacienti přesvědčeni o nepostižitelnosti svého chování. Také bylo upozorněno na nutnost zvažovat, zda nevedou nepřiměřené výhody některých pacientů oproti ostatním ke snížení jejich motivace k návratu do společnosti mimo psychiatrickou nemocnici.

Během následné návštěvy zaměstnanci Kanceláře zjistili, že na oddělení A16 již neplatí nepřiměřené výhody pro dlouhodobě hospitalizované pacienty. To je správné.

Podle sdělení personálu občas dochází k patologickému chování mezi pacienty. To vyplývá také ze zdravotnické dokumentace některých pacientů.¹⁶ Je dobré, že personál o tomto ví a konkrétní situace je zaznamenána v dokumentaci dotyčného pacienta. Na druhou stranu, zápis ve zdravotnické dokumentaci „situace usměrněna“ není dostatečný pro zhodnocení, zda personál situaci adekvátně řeší. **Apeluji proto na nemocnici, aby personál věnoval**

14 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. 10. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>, bod 3. 4.

15 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.

16 Viz zdravotnická dokumentace pacienta A, zápis v dekurzu ze dne 14., 16. a 17. 8. 2022.



pozornost také zaznamenávání a předávání informací o tom, jaké kroky mají být v konkrétní situaci přijaty, pokud by se situace v budoucnu opakovala.

Dotazovaný personál sdělil, že o situaci na oddělení má přehled díky pravidelným komunitám. Pokud je zjištěn individuální případ konfliktu mezi pacienty, situaci řeší zpravidla edukací agresora a jeho ubytováním odděleně od potenciálně slabších pacientů. Společné komunity, kde se řeší vztahy mezi pacienty, oceňují. Setkání pacientů pod dohledem personálu mohou podpořit vnitřní kohezi kolektivu a pomoci pacientům zpracovat konflikty přiměřeným způsobem.

S ohledem na odstranění nepřiměřených výhod pro dlouhodobě hospitalizované pacienty a zavedené preventivní postupy, považují opatření uložené v první zprávě za naplněné. Zároveň však apelují na nemocnici, aby v prevenci patologického chování mezi pacienty nepolevovala. Personál nemocnice musí být bdělý a jednat proaktivně s cílem zabránit konfliktům mezi pacienty. **Pro posílení současné praxe mohou doporučit například hodnocení rizika v prostředí a mezipacientských vztazích na oddělení, vytipování rizikových pacientů a zvýšení dohledu vůči nim. Téma patologických jevů a postupy jejich prevence je rovněž vhodné zařadit do průběžného vzdělávání personálu.**

3. Školení personálu

První návštěvou nemocnice tehdejší ochránkyně zjistila, že nově příchozího zdravotníka zaškoluje v oblasti používání omezovacích prostředků zkušený člen personálu během adaptačního procesu. Nemocnice dále zprostředkovávala svým zaměstnancům nabídku kurzů, jejíž součástí byl i simulační workshop zaměřený na používání omezovacích prostředků. Tento kurz však nebyl povinný a účastnilo se jen několik zaměstnanců. Zpráva upozorňovala, že školení o bezpečném používání omezovacích prostředků, deeskalaci konfliktů a základech sebeobranu by měla probíhat pravidelně a povinně, alespoň jedenkrát do roka pro všechny zdravotnické pracovníky.

Následnou návštěvou zaměstnanci Kanceláře zjistili, že mimo jiné probíhá každý rok školení na používání omezovacích prostředků. Staniční sestry jednotlivých oddělení vedou ke každému dotyčnému zaměstnanci složku, v rámci které je účast na školení evidována. **Opatření proto považují za naplněné a děkují za to.**



Částečně odstraněná rizika špatného zacházení

4. Stížnostní mechanismus

Během první návštěvy nemocnice bylo zjištěno, že pacienti uzavřených oddělení neměli možnost oslovit ředitelství nebo vnější subjekt, aniž by se o tom ihned nedozvědělo několik osob, na jejichž péči byli odkázáni. Stížnostní schránka, dostupná na některých odděleních, navíc neposkytovala dostatečnou ochranu před možnými zásahy ostatních pacientů. Tehdejší ochránkyně proto doporučila, aby zařízení zajistilo na všech odděleních označenou a uzamykatelnou schránku stížností adresovaných ředitelství, kterou by pravidelně vybíral pracovník nezávislý na daném oddělení. Informace o účelu schránky a stížnostním mechanismu měla být na odděleních vždy k dispozici. Vedení nemocnice reagovalo sdělením, že schránky budou pořízeny a bude je pravidelně vybírat nezávislá auditorka nemocnice.

Stížnostní mechanismus je jednou z pojištěk 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.¹⁷ Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z faktu duševní poruchy.

Během následné návštěvy byla stížnostní schránka zaznamenána pouze na oddělení A9 a A16. Pacienti jiných oddělení mohou podat stížnost ústně, anebo využít schránku v budově ředitelství.¹⁸ To nepovažují za dostačující.

Schránky na písemnou stížnost považují za účinný prostředek, jak pacientům zajistit možnost si stěžovat, pokud do procesu přebírání stížnosti od pacienta nemají být zapojeni zdravotníci, do jejichž péče je svěřen. Proto oceňují, že schránky v nemocnici vybírá, byť jednou měsíčně, nezávislý auditor nemocnice. Současné nastavení stížnostního mechanismu však zůstává rizikové ve dvou ohledech:

- Na odděleních B1, A12 a A14 není všem pacientům zaručeno podání stížnosti přímo z uzavřeného oddělení s vyloučením, byť hypotetické možnosti, že budou stížnosti filtrovány. Pacienti z těchto oddělení tak mohou učinit pouze e-mailem nebo skrze schránku umístěnou na ředitelství. Ne všichni pacienti však mohou opustit oddělení

¹⁷ Viz výňatek z 27. obecné zprávy CPT, CPT/Inf (2018)4-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 9. 10. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16807bc668>.

¹⁸ Uvedené vyplývá rovněž z pravidel pro vyřizování stížností dostupných na webových stránkách nemocnice. Poučení podávání stížností a jejich vyřizování je dostupné zde: https://www.pnkosmonosy.cz/ostatni/57_stiznosti.pdf.



(někteří např. nemají vycházky nebo mají zdravotní kontraindikaci) a ke stížnostní schránce na sekretariátu ředitelství se nedostanou. Je také nutné brát v potaz to, že podání stížnosti elektronicky může být pro některé pacienty překážkou. Může se tedy stát, že někteří pacienti nemají možnost podat stížnost bezpečně a důvěrně.

- Frekvence vybírání schránek je nízká. Pokud jsou schránky na stížnosti vybírány jednou měsíčně, hrozí, že se nemocnice dozví o závažném problému pozdě. Navíc, jestliže má nemocnice následně jeden měsíc na vyřízení stížnosti, pacient může čekat až dva měsíce na vyřízení stížnosti. Dlouhá doba pro vyřízení stížnosti přitom činí ze stížnostního mechanismu neefektivní záruku proti špatnému zacházení. V jiných zařízeních jsem se setkal s praxí, kdy jsou stížnostní schránky vybírány jednou týdně. Krokem k ještě větší otevřenosti stížnostního mechanismu pak může být uvádění aktuální informace o tom, kdo a kdy naposledy konkrétní schránku vybral.

Informace o stížnostním mechanismu byly dostupné na všech odděleních, a to na nástěnce umístěné na chodbě. Na žádném oddělení však pracovníci Kanceláře nezaznamenali informace o stížnostním mechanismu ve zjednodušené verzi. Proto upozorňuji, že je nutné pamatovat na to, aby informace byly dostupné všem pacientům (i těm se zhoršenou schopností porozumět). To lze zajistit vytvořením poučení ve srozumitelném a jednoduchém jazyce (např. formou myšlenkové mapy, komiksu či infografiky) a opakovaným ústním poučením o možnosti si stěžovat (písemně či ústně osobě nepůsobící na oddělení).

Opatření:

- 1) Vybavit oddělení B1, A12 a A14 schránkou pro podávání stížností a zajistit vybírání schránek nezávislým pracovníkem jednou týdně (do 2 měsíců).**
- 2) Vypracovat a umístit na oddělení B1, A9, A12, A14 a A16 informace o stížnostním mechanismu rovněž ve srozumitelném a jednoduchém jazyce (např. formou myšlenkové mapy či infografiky). Pacienty se zhoršenou schopností porozumět informovat o stížnostním mechanismu opakovaně také ústně (do 2 měsíců).**

5. Informovaný souhlas s léčbou a s jednotlivými zákroky

Zpráva z první návštěvy kritizovala, že zdravotnická dokumentace pacientů podstupujících léčbu antiandrogeny neobsahovala písemný souhlas pacientů s léčbou. Tehdejší ochránkyně upozornila, že pacienti by měli obdržet informace o antiandrogenní léčbě a jejích pozitivních a negativních účincích ústně i v písemné podobě.¹⁹

V době první návštěvy formulář „Poučení pacienta přijatého k výkonu ochranného léčení“ obsahoval následující informaci: „Pacient má právo souhlasit či nesouhlasit jen s těmi zdravotními výkony, které nemají souvislost s uloženým ochranným léčením. Jde tedy o případné vyšetřování a léčbu jiných současně existujících či vzniklých chorob a úrazů.“

¹⁹ Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva z návštěvy Dánska, kterou výbor vykonal ve dnech 11. až 20. února 2008, CPT/Inf(2008)26 [online]. Štrasburk: CPT, 2008 [cit. 8. 10. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168069570a>, bod 78.



Zpráva s odkazem na institut informovaného souhlasu s léčbou v Úmluvě o biomedicíně obsahovala upozornění, že hospitalizace bez souhlasu pacienta v psychiatrické nemocnici by nijak neměla omezovat jeho právo vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas s konkrétním léčebným postupem (v rámci nabídnutých možností). Koneckonců dlouhodobý úspěch léčby pacienta lze vždy stavět výhradně na jeho svobodném souhlasu s léčbou.

V rámci následné návštěvy personál sdělil, že pacienti poskytují souhlas s antiandrogenní léčbou písemně a je součástí jejich zdravotnické dokumentace. To bylo ověřeno namátkovou kontrolou zdravotnické dokumentace pacientů z oddělení A9. Informovaný souhlas obsahuje rovněž informace o alternativách léčby, možných komplikacích a rizicích a omezení v obvyklém způsobu života. To je správně. Oceňuji, že formulář obsahuje také prostor pro zaznamenání doplňujících otázek pacienta.

Co se týče znění formuláře „*Poučení pacienta přijatého k výkonu ochranného léčení*“, od první návštěvy se nezměnil. Upozorňuji, že znění formuláře je v rozporu s jednou ze základních zásad poskytování zdravotních služeb, a to poskytování zdravotních služeb na základě svobodného a informovaného souhlasu pacienta. Tato zásada vychází nejen ze zákonné úpravy, ale také má svůj pramen v mezinárodních smlouvách o lidských právech, které mají před aplikací zákona přednost.²⁰ Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví, že v souladu s podmínkami stanovenými zákonem, **včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání**, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takové léčby se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví.²¹ Zároveň Úmluva o biomedicíně umožňuje provést zákrok okamžitě, jedná-li se o situaci nouze, v níž nelze příslušný souhlas získat, a pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.²² Jedním z případů, kdy takovou výjimku zákon v souladu s mezinárodněprávními závazky připouští, je léčba vážné duševní poruchy, kterou lze provést bez souhlasu pacienta, ale to pouze za předpokladu, že se jedná o neodkladnou péči.²³

Jestliže je nemocnice přesvědčena, že pro úspěšný výkon ochranného léčení je nutná odkladná léčba pacienta bez jeho souhlasu, musí se obrátit na soud. Ten může rozhodnout o přivolení k zásahu do integrity,²⁴ což nahradí souhlas pacienta s takovou léčbou.

Opatření:

3) K léčbě bez souhlasu pacienta přistupovat pouze v zákonem předpokládaných případech [poskytování neodkladné péče], anebo po získání souhlasu příslušného

20 Jedná se zejména o čl. 5 a 7 Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, přijatá v Oviedu dne 4. dubna 1997, vyhlášená pod č. 96/2001 Sb. m. s.

21 Čl. 7 úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

22 Čl. 8 úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

23 Neodkladná péče má za účel zamezit vzniku náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo zdraví pacienta. Viz § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

24 Podle ustanovení § 2 písm. c) zákona č. 292/2013 Sb. zákona o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů.



soudu. V tomto ohledu přepracovat také formulář „Poučení pacienta přijatého k výkonu ochranného léčení“ (bezodkladně).

6. Bezpečnost personálu

První návštěvou nemocnice bylo zjištěno, že personál z oddělení A16 se obával o vlastní bezpečí v případě konfliktu s pacienty. Co se týče opatření k zajištění bezpečí, na oddělení se nacházely dva katry oddělující zázemí personálu od zbytku oddělení. Kamerový systém pokrýval pouze prostor mimo oddělení. Personál měl k dispozici pepřový sprej, nicméně postrádal systém pro rychlé přivolání pomoci pracovníků (k dispozici byl pouze telefon v pracovně).

Zdravotnické zařízení by mělo představovat terapeutické prostředí, bezpečné pro pacienty ale i personál, a to se zohledněním toho, že ze zbavení svobody a akutní fáze duševního onemocnění vyplývají specifická rizika. Nemocnice proto musí přijímat adekvátní opatření k ochraně života a osobní integrity pacientů i personálu před předvídatelnými zdroji nebezpečí.

Během následné návštěvy bylo patrné, že nemocnice provedla na oddělení A16 pouze dílčí úpravy. Na oddělení se nachází kamerový systém, který snímá chodbu a prostor před oddělením. Prostor, který se nachází od sesterny za rohem, není snímán kamerou, a kvůli zajištění bezpečnosti je proto oddělen katry.



Kovový katr na oddělení A16

Katry, stejně jako mříže v oknech, představují vězeňský prvek, který může mít vliv na pohodu pacientů i na to, jakou roli si v zařízení osvojí. Ředitel nemocnice sdělil, že odstranění katrů na oddělení není problém financí, ale spíše se doposud nepodařilo nalézt jiné řešení, jak zajistit na oddělení A16 bezpečí personálu. Jsem si vědom toho, že katry nebude možné z oddělení odstranit bez dalšího. Apeluji však na nemocnici, aby na tento problém nerezignovala a aktivně hledala jiná možná řešení, ať už stavebně-technická (např. dělicí



stěnu s dveřmi a nerozbitným sklem), anebo organizační (např. posílení počtu mužského personálu na oddělení). Je na nemocnici, aby zvolila nejvhodnější řešení pro dané oddělení.

Personál na oddělení již nemá k dispozici pepřový sprej, naopak byl zaveden systém pro přivolání pomoci pomocí signalizačních náramků. Po stlačení náramku se rozezní alarm, který je slyšet po celém oddělení. První den následné návštěvy však personál neměl náramky při sobě. To bylo zdůvodněno tím, že personál oddělení nemá obavy o své bezpečí a vždy má přehled o tom, zda se na oddělení aktuálně nachází potenciálně nebezpečný pacient. Nošení bezpečnostních náramků je údajně na dobrovolné bázi. Tomu odpovídá také skutečnost, že bezpečnostní náramky nenosil personál ani na oddělení A12. Situaci tak považuji za nelogickou a rozpornou s tím, že kvůli zajištění bezpečí jsou na oddělení umístěny katry. Druhý den následné návštěvy již personál oddělení A16 náramky na pokyn staniční sestry nosil. **Nemocnici však doporučuji, aby nošení bezpečnostních náramků zavedla jako pravidlo a personál o tomto poučila. Kromě zajištění bezpečí na oddělení tak nemocnice může předejít možným sporům, pokud by se na oddělení něco stalo osobě, která náramek neměla.**

Opatření:

- 4) **Katry na oddělení A16 nahradit jiným řešením k zajištění bezpečnosti personálu (do 6 měsíců).**
- 5) **Zakotvit povinnost personálu nosit bezpečnostní náramky do vnitřního řádu nemocnice. Personál poučit o povinnosti nosit bezpečnostní náramky (do 1 měsíce).**

7. Rozeznávání a evidování omezovacích prostředků

Ve zprávě z první návštěvy tehdejší ochránkyně kritizovala, že nemocnice za omezovací prostředek nepovažovala a neevidovala používání místnosti k bezpečnému pohybu, tedy pobyt pacienta v uzavřeném pokoji bez možnosti jej opustit. Dále nemocnice nerozlišovala mezi podáváním psychofarmak dobrovolně a přes odpor pacienta, tedy jakožto omezovacího prostředku. Omezení pacienta tak postrádalo záruky, které s jeho použitím zákon spojuje.

Nemocniční standard č. 1 *Omezení pacienta* uvádí, že za omezovací prostředek se považuje jak umístění pacienta v místnosti k bezpečnému pohybu, tak i psychofarmaka podaná pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta.

Ze studované zdravotnické dokumentace pacientů i centrální evidence omezovacích prostředků vyplývá, že pobyt pacientů v místnosti k bezpečnému pohybu je považován za omezovací prostředek. To je správné a v tomto ohledu považuji opatření za naplněné.

Jako problematické však nadále shledávám používání psychofarmak jakožto omezovacího prostředku. Ačkoliv jeho vymezení v nemocničním standardu odpovídá zákonu, v praxi není jeho používání zcela jasné. To odpovídá sdělení ředitele nemocnice, že pojetí farmakologického omezení stále vyjasňují a zjišťují praxi v ostatních zařízeních.

Ze studované zdravotnické dokumentace a centrální evidence omezovacích prostředků bylo zjištěno několik případů, kdy použití psychofarmak přes odpor pacienta nebylo řádně evidováno. Jedná se zpravidla o situace, kdy byl farmakologický omezovací prostředek



použit v kombinaci s jiným (zpravidla ochrannými pásy či místností k bezpečnému pohybu). V centrální evidenci však použití farmakologického omezovacího prostředku není evidováno. V některých případech navíc ze zdravotnické dokumentace pacientů vyplývá podání psychofarmak jako omezovacího prostředku zdravotní sestrou bez přítomnosti (nebo alespoň telefonické indikace) lékaře.²⁵

Upozorňuji, že pokud nemocnice důsledně nerozeznává použití farmakologického omezovacího prostředku, tak může docházet k nedodržení zákonných podmínek použití omezovacího prostředku – tedy zásady nezbytnosti a subsidiarity, použití zásadně z rozhodnutí lékaře a s náležitým dokumentováním, včetně centrální evidence, a oznamovací povinnosti soudu. Hrozí tak obcházení zákona a špatné zacházení s pacienty.

Opatření:

- 6) Důsledně rozeznávat použití farmakologického omezovacího prostředku [tj. podání tlumících léků s použitím síly (nebo její hrozbou) za účelem zvládnutí chování pacienta], tedy zajistit jeho používání na základě rozhodnutí lékaře a s náležitým dokumentováním včetně centrální evidence (průběžně).**

8. Zpětný rozhovor (angl. debriefing)

V době první návštěvy personál po ukončení omezení pacienta informoval o důvodech omezení. Tehdejší ochránkyně přitom upozorňovala, že smyslem debriefingu není strohé informování pacienta o důvodech omezení, ale především obnovení terapeutického vztahu mezi personálem a pacientem. S pacientem (a případně i rodinnými příslušníky) by měl být proveden podrobný rozhovor o průběhu celé epizody a také citlivě zjištěny preference pacienta, pokud by bylo nutné v budoucnu znovu přistoupit k omezení.

Standard 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.“²⁶ Zákonný požadavek je méně náročný a stanovuje povinnost poskytovatele pacienta s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně

25 Jedná se například o pacienta B. Dle záznamu v dekurzu byl pacient dne 23. 2. 2020 v 12:10 hodin omezen ochrannými pásy. V 12:30 hodin byl pacientovi sestrou podán Haloperidol při agresi. V centrální evidenci omezení je evidováno pouze použití ochranných pásů. Dále se jedná například o pacienta C. Podle záznamu v dekurzu byl pacient dne 11. 7. 2020 v 10:11 hodin omezen magnetickými pásy. V 21:00 hodin je zaznamenáno, že pacient křičel a vyhrožoval zabitím, načež mu byl podán sestrou podán Haloperidol. V centrální evidenci omezení je evidováno pouze použití ochranných pásů.

26 Viz výňatek z 16. všeobecné zprávy CPT, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Francie © Council of Europe [cit. 8. 10. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ccc36>, bod 46.



informovat o důvodech použití omezovacího prostředku.²⁷ Postup pro provádění debriefingu blíže upravuje doporučený postup pro používání omezovacích prostředků.²⁸

V době následné návštěvy nemocniční standard č. 1 *Omezení pacienta* obsahoval výslovnou povinnost personálu provést s pacientem debriefing po ukončení omezení. Toto pravidlo bylo rozpracováno i tak, že jej může začít zdravotní sestra a následně v něm pokračuje lékař. Jeho provedení má stvrdit podpisem sám pacient nebo svědek, přičemž výstup z debriefingu má být podkladem pro stanovení krizového plánu. Nastavení standardu považuji za správné. V rámci rozhovorů s personálem však bylo zjištěno, že provedení debriefingu není běžnou praxí, a to ani na minimální zákonné úrovni. Tomu odpovídá i studovaná zdravotnická dokumentace pacientů v omezení, ve které nebyly nalezeny záznamy o provedení debriefingu. Znovu proto apeluji, aby personál nemocnice důsledně dodržoval povinnost jej provádět, a to ve formě doporučené CPT. Zaznamenání provedení debriefingu do dokumentace pacienta považuji za důležité z hlediska zpětné kontroly jeho provádění. Především jde o to, aby bylo zamezeno ztrátě získaných informací pro další práci s pacientem.

Opatření:

- 7) 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).**

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

28 Reforma péče o duševní zdraví. Následný rozbor omezení. [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví, 2022 [cit. 9. 11. 2022]. <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporučeny-postup-pouzivani-omezovacich-prostredku>.



Přetrvávající rizika špatného zacházení

9. Personální zajištění

Ačkoliv nemocnice v době první návštěvy splňovala minimální personální požadavky stanovené vyhláškou,²⁹ na některých odděleních vznikaly situace, kdy personál nebyl schopen v daném počtu poskytovat pacientům odpovídající péči. Problémem byl rovněž nedostatek mužského zdravotnického personálu. Zaměstnanci Kanceláře se při rozhovorech s pacienty nesečkali s přímými stížnostmi na špatné zacházení ze strany personálu. Nicméně, z rozhovorů s personálem na některých odděleních pacient vystupoval jako agresor, který je nebezpečný a je schopen vynutit si cokoli. Ve zprávě bylo oceněno, že nemocnice nabízela možnost individuální i týmové supervize.

Pokud není dodržen minimální personální standard, dochází k ohrožení pacientů. Pacientům však má být dostupná péče, která nejenže není ohrožující, ale zároveň dosahuje náležitě odborné úrovně a je poskytována co nejméně omezujícím způsobem a personálem, který není na hranici vyčerpání. Personální obsazení navíc musí vycházet z ošetrovatelské náročnosti na daném oddělení.

Při následné návštěvě personální zajištění navštívených oddělení nadále neodpovídalo náročnosti poskytované péče. Konkrétně na oddělení B1, A12 a A16 zůstává jako problém nedostatek mužského zdravotnického personálu. To se projevovalo mimo jiné sdělením personálu, že se na oddělení necítí bezpečně. **Apeluji proto na nemocnici, aby ve snaze zajistit více mužského personálu nepolevovala.** Jako alarmující shledávám skutečnost, že lékařskou péči (včetně příjmu nových pacientů) během odpolední a noční služby (od 15:30 hod. do 7:00 hod.) zajišťuje pro celou nemocnici pouze jeden žurnální lékař. Důsledkem je, že personál na žurnálního lékaře v případě potřeby čeká až jednu hodinu. Personál z oddělení A12 přitom sdělil, že na žurnálního lékaře čekají i v případě podezření na závažné somatické potíže. Nedostatek lékařů a současné nastavení tak vytváří prostor pro prodlevy v závažných situacích, což může být i život ohrožující. O tom vypovídá i případ pacienta C., který byl nalezen zdravotní sestrou bez tepu, a k němuž se podle zdravotnické dokumentace dostal lékař až za 22 minut (úmrtí pacienta se věnuji v kapitole 19.).

Mimo zvýšení počtu lékařů na odpolední a noční službu shledávám jako nutné stanovit jasná pravidla pro postup v situacích akutních zdravotních obtíží pacientů a s těmito pravidly obeznámit všechny zaměstnance. Jedině tak lze zajistit, že v akutních situacích bude personál postupovat efektivně a bez zbytečných prodlev.

Naopak jako pozitivní hodnotím, že se nemocnici podařilo získat pro pacienty všech oddělení preventivní péči stomatologa a očního lékaře. Na oddělení A12 se zapojují do poskytování péče také pracovníci z organizace VIDA, z. s., a Fokus Praha. To považuji za vhodný způsob, jak posílit personální situaci na oddělení, a příklad dobré praxe. Zároveň to umožňuje pacientům již během hospitalizace navázat spolupráci s organizací poskytující pomoc lidem

29 Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.



s duševním onemocněním, ve které budou moci pokračovat i po propuštění z nemocnice.
Podobnou formu spolupráce doporučuji zvážit i na ostatních odděleních.

Pravidelná supervize pro personál probíhá pouze na oddělení A9 a A12. Na oddělení A14 a A16 supervize neprobíhá. Důvodem je, mimo jiné, nezáměr ze strany personálu, který měl ze supervize dojem spíše prodloužené provozní schůze. Na oddělení B1 se v době návštěvy jednalo o pokračování supervize kvůli špatné zkušenosti se supervizorkou. Jsem přesvědčen, že práce na psychiatrickém lůžkovém oddělení je natolik náročná, že potřeba supervize či jiné formy podpory panuje na všech odděleních. **Při rozhodování o možnostech pomoci je třeba se zaměřit na potřeby (či problémy) konkrétního pracovního kolektivu a tomu přizpůsobit nabídku podpory včetně výběru konkrétní osoby supervizora.**

Pracovníci Kanceláře zaznamenali celkově vstřícný přístup personálu k pacientům, byli však také svědky situací, kdy personál pacientům tykal a naopak nechával pacienty, aby tykali jim. Tykání pracovníka s pacientem může být pro některé pacienty srozumitelnější. Důležité je, aby nastavené oslovení, pokud se liší od standardního, vycházelo ze vzájemné dohody a mělo odraz v dokumentaci konkrétního pacienta.

Opatření:

- 8) Na všech odděleních vypracovat plán optimálního personálního zajištění a pracovat na jeho realizaci. V souvislosti s tím usilovat zejména o navýšení počtu mužského personálu a navýšení počtu lékařů na odpolední a noční směně (do 3 měsíců).**
- 9) Stanovit jasná pravidla pro postup v situacích akutních zdravotních obtíží pacientů a s těmito pravidly obeznámit všechny zaměstnance (bezodkladně).**
- 10) Usilovat o vysokou úroveň organizační kultury a edukovat personál o nezbytnosti zachování profesionálního vystupování k pacientům (průběžně).**

10. Materiální podmínky

10.1 Rizikové prvky v prostředí

Zpráva z první návštěvy kritizovala stavební koncepci oddělení A12. Na filtrové části oddělení byli umístováni pacienti v akutní fázi onemocnění, kteří se po залечení přestěhovali do režimové části. Pacienti z obou částí oddělení však měli společné toalety, sprchy, kuřárnu, jídelnu a společenskou místnost, kde měli možnost se setkávat. Pacienti z filtrové části si tak snadno mohli opatřit věci, které jsou ve filtrové části hodnoceny jako rizikové.

Ze zbavení svobody a akutní fáze duševního onemocnění vyplývají specifická rizika, která zdravotnická zařízení musí zohledňovat. Zařízení musí přijímat kroky k tvorbě takového prostředí, které je pro pacienta při respektu k jeho autonomii co nejméně ohrožující. Prostředí, v němž je osoba držena, musí být přiměřené jejímu zdravotnímu stavu. Pokud tomu tak není, může to být vnímáno jako absence respektu k potřebám člověka. Za správné tak nelze považovat například umístování pacientů s akutním rizikem sebevražděného



chování v prostředí, kde si mohou snadno ublížit.³⁰ Smyslem přitom není zvýšení restriktivnosti prostředí, ale odstraňování těch zdrojů rizika, které pacientům nepřinášejí žádný užitek.

Následnou návštěvou zaměstnanci Kanceláře zjistili, že stavební koncepce oddělení A12 se nezměnila. Stejná koncepce je navíc i na oddělení B1. Pacienti sdílí společné prostory a mohou volně přecházet mezi jednotlivými režimy. Není tedy zaručeno, že pacienti z filtrové části se nedostanou k předmětům z režimové části, které pro ně mohou být rizikové. Ve studované zdravotnické dokumentaci se objevují i případy, kdy byl pacient se suicidálními tendencemi přijat rovnou na režimovou část oddělení. Rozdělení oddělení tak působí spíše formalisticky a neposkytuje skutečně bezpečné prostředí pro pacienty.³¹ Ředitel nemocnice sdělil, že si je vědom nevhodnosti rozdělení oddělení A12 (i B1), protože slučuje pacienty v akutním stavu se zaléčenými. Jako vhodné řešení shledává vytvoření odděleného centrálního příjmu a ponechání oddělení A12 (i B1) čistě pro následnou péči. Toto řešení však údajně není součástí transformačního plánu. Navíc je komplikuje nedostatek vhodných prostor a financí.

Jsem si vědom toho, že stavebně-technické a finanční možnosti nemocnice jsou omezeny, a realizace nové koncepce oddělení tak z objektivních důvodů může trvat déle. Musím však upozornit, že nevhodnost koncepce oddělení byla nemocnici vytknuta už ve zprávě z roku 2017. Shledávám tedy jako nedostatečné, že řešení takto dlouhodobého problému nadále zůstává pouze v teoretické rovině.

Dále doporučuji zahájit dílčí úpravy prostor také tam, kde se nachází potenciálně rizikové prvky, které mohou přispět ke zraněním pacientů či mohou být využity jako prostředek při suicidálním chování. Za nebezpečnou považuji vnější kuřárnu oddělení A12, která se nachází uvnitř vnitrobloku a pacienti z jiných oddělení ve vyšších patrech do ní vhazují nebezpečné předměty. O nebezpečnosti svědčí incident z doby návštěvy, kdy se jeden z pacientů pořezal střepelem, který podle sdělení zdravotní sestry někdo vhodil do vnitrobloku. S nezabezpečenou venkovní kuřárnou se potýkalo také oddělení B1. Dále se jednalo o sprchové závěsy a baterie s hadicí na oddělení B1; sušáky na pokojích oddělení B1; neukotvenou kovovou postel, kovový noční stůl a nekryté radiátory v místnosti určené k omezování pacientů na oddělení B1,³² nábytek v pokoji intenzivní péče na oddělení A16.

Nadto nechávám na zvážení nemocnice také pořízení nepřenosných elektrických zapalovačů cigaret do kuřáren (minimálně na oddělení B1 a A12, kde se nachází pacienti v akutní fázi onemocnění). Nyní zapalovač vydává personál, na některém oddělení jej mají pacienti u sebe. Nepřenosný elektrický zapalovač je bezpečnější variantou, která navíc nezatěžuje

30 Uvedený projev nezohlednění potřeb člověka může představovat až porušení povinnosti ochránit život pacienta, což je závazek plynoucí státu z Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Viz rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Fernandes de Oliveira proti Portugalsku ze dne 31. 1. 2019, stížnost č. 78103/14, bod 124.

31 O tom svědčí i skutečnost, že pacient se krátce po hospitalizaci přímo na režimovou část oddělení pořezal sklem. Viz zdravotnická dokumentace pacienta D. ze dne 17. 8. 2022 v 13:46 hodin.

32 O nezajištění bezpečného prostředí na oddělení B1 svědčí nežádoucí události od 17. 1. 2020 do 14. 1. 2022. Ze záznamů vyplývá 11 událostí vypovídajících o sebepoškození pacientů (pořezání, popálení zapalovačem, pokusy o strangulaci).



personál hlídáním, zda u sebe nemají zapalovač i pacienti, pro něž představuje bezpečnostní riziko.

Opatření:

- 11) **Vytvořit plán změny koncepce oddělení A12 a B1 [s cílem oddělit pacienty v akutní fázi onemocnění od zaléčených pacientů] a zahájit jeho realizaci (do 6 měsíců).**
- 12) **Odstranit rizikové prvky z prostor určených pro pacienty v akutním stavu (bezodkladně).**

10.2 Soukromí ložnice

Ve zprávě z první návštěvy byly kritizovány mnohalůžkové pokoje – na oddělení S8 šestilůžkové a sedmilůžkové; na oddělení A9, A12 a A16 až pětিলůžkové. Ve zprávě bylo doporučeno, aby do dvou let byla kapacita snížena na dvě až čtyři lůžka na pokoji.

Podle současných standardů mají být pokoje pacientů na akutních odděleních maximálně čtyřlůžkové³³ nebo třilůžkové.³⁴ Při překročení tohoto počtu lůžek se vytrácí jakékoliv soukromí a v extrémních případech může být jeho naprostá absence po dlouho dobu hodnocena jako špatné zacházení. V rámci reformy péče o duševní zdraví jsou jako stav, k němuž má psychiatrická péče směřovat, předpokládány jednolůžkové pokoje.³⁵ Na nově otevřených psychiatrických odděleních, která pracovníci Kanceláře navštívili, byly zpravidla dvoulůžkové pokoje s možností ubytování některých pacientů samostatně. Co se týče plochy, minimálním platným standardem pro akutní i následnou péči je plocha 5 m² na lůžko a 8 m² na pokoj.³⁶

V době následné návštěvy měla většina navštívených oddělení mnohalůžkové ložnice. Na oddělení S8, A12 a A14 jsou, mimo jiné, pětिलůžkové i šestilůžkové ložnice. Na oddělení A16 jsou, mimo jiné pětिलůžkové, ložnice. Současný standard splňuje pouze oddělení B1, kde se nachází nejvýše čtyřlůžkové pokoje. Také oceňuji, že na oddělení A9 jsou maximálně třilůžkové pokoje.

Přestože žádný zákonný předpis nestanovuje maximální počet lůžek v pokoji, **mnohalůžkové pokoje již nevyhovují současným standardům terapeutického prostředí.** Neposkytují pacientům dostatečné soukromí a klid, a mohou tak mít i protiléčebný účinek nebo ohrožovat jejich bezpečnost.³⁷ Uvědomuji si, že rozdělení velkokapacitních pokojů na dvoulůžkové až čtyřlůžkové je požadavek finančně a časově náročný, jedná se však

33 Číslo, které používá CPT (Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání).

34 Příloha standardu akutní lůžkové psychiatrické péče [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-02/Příloha%20standardu%20akutní%20lůžkové%20psychiatrické%20péče_0.pdf [cit. 4. 10. 2022].

35 Doporučený postup: Vodítka pro naplňování kvality péče [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví. [cit. 4. 10. 2022]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporučený-postup-vodítka-pro-naplňování-kvality-pece>.

36 Viz čl. 1 bod 3 přílohy č. 4 k vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů.

37 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě, kterou výbor vykonal ve dnech 1. až 10. dubna 2014, CPT/Inf(2015)18 [online]. Štrasburk: CPT, 2015 [cit. 16. 10. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168069568d>, bod 154.



o nezbytný krok pro pozvednutí bytovacích podmínek a zajištění terapeutického prostředí, k jehož dosažení by mělo vedení nemocnice směřovat.

Opatření:

- 13) Snižít kapacitu mnohalůžkových pokojů na maximálně 4 lůžka, a to takovým způsobem, aby v budoucnu bylo možné nadále snižovat kapacitu pokojů, a zvolit takové stavební řešení, které nebude vyžadovat průchozí pokoje (do 1 roku).**

10.3 Úložný a uzamykatelný prostor

Ve zprávě z první návštěvy bylo upozorněno na materiální podmínky pokojů pro pacienty z oddělení A14 a A16. Konkrétně šlo o rozdílné a nedostatečné úložné prostory, do kterých by si pacienti mohli uložit své osobní věci. To vedlo k tomu, že si někteří pacienti nosili osobní věci s sebou po oddělení v igelitové tašce.

Nemocnice byla upozorněna, že standardem je zajištění nočního stolku a skříně s úložným prostorem každému pacientovi. Za účelem podpory autonomie pacientů by měl personál nabízet všem pacientům k uzamykatelným skříňkám klíčky. Pokud jde o úložný prostor se zámkem, v individuálních případech mohou být vyhodnocená rizika či nedostatečné hygienické návyky pacienta důvodem k tomu, že takový pacient nemá po určitou dobu klíč. Nelze tím však plošně odůvodnit absenci uzamykatelných skříněk jako takových.

Během následné návštěvy zaměstnanci Kanceláře zjistili, že standard zajištění úložného a uzamykatelného prostoru se na jednotlivých odděleních liší. Jako problematické shledávám podmínky na filtrové části A12 a B1, kde nejsou zajištěny uzamykatelné skříně na pokoji všem pacientům, přičemž na některých pokojích počet skříní a nočních stolků neodpovídá počtu lůžek. Pacienti měli možnost si své cennosti uložit na sesterně.

Trvám na tom, aby byl pacientům zajištěn noční stolek, skříň a nějaký uzamykatelný prostor; zámek či klíč od zamykání by přitom měl být pacientům vydáván aktivně, nikoliv až na požádání. Jednak to odpovídá současným kulturním podmínkám, a jednak jde o předpoklad pocitu bezpečí, autonomie a soukromí pacienta.³⁸ V individuálních případech jsou možné výjimky, které musejí být přiměřeným opáčením k naplnění léčebného nebo bezpečnostního cíle.

Opatření:

- 14) Zajistit všem pacientům z oddělení A12 a B1 noční stolek, skříň a nějaký uzamykatelný prostor na pokoji. Klíč od uzamykatelného prostoru na pokoji vydávat všem pacientům, u nichž to není vyloučeno na základě individuálního posouzení rizik (do 6 měsíců).**

³⁸ Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních. Výňatek z 8. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(98)12-part [online]. Štrasburk: CPT, 1998 [cit. 19. 10. 2022]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>, bod 34.



10.4 Mříže na oknech

Okna patientských pokojů na oddělení A9, S8, A12, A14, A16, B1 a B3 byla zajištěna mřížemi. Nemocnice byla proto vyzvána k tomu, aby byly mříže nahrazeny méně stigmatizujícím bezpečnostním řešením.

Jako částečně naplněné lze opatření vnímat pouze na oddělení B1, kde byla nově rekonstruovaná část oddělení stavěna bez mříží a některé pokoje je neměly. Na ostatních navštívených odděleních mříže v oknech zůstaly. Z rozhovorů vyplývalo, že vedení i zaměstnanci nemocnice by je rádi z oken odstranili, nicméně se jedná o problém nedostatku financí a nalezení vhodného zabezpečení také s ohledem na to, že se jedná o památkově chráněnou budovu. Na oddělení S8 bylo jedno okno z chodby odstraněno, což bylo zdůvodněno právě tím, že firma vyrábí „vzorek,“ aby se zjistilo, zda lze vytvořit okno odpovídající všem požadavkům.

Částečný posun vnímám jako pozitivní a nemocnici podporuji v tom, aby nadále hledala způsoby, jak mříže odstranit. Nejde jen o odstranění vězeňských prvků a stigmatizace pacientů. Nová okna by mohla rovněž přispět k zajištění bezdrogového prostředí na oddělení A16, kde si personál stěžoval na to, že mříže v oknech nedokážou zabránit předávání drog přes okna. Řešením mohou být nerozbitná okna, která si pacienti mohou otevřít pouze v bezpečném rozsahu, případně také umístění pevného nárazuvzdorného skla z venkovní strany oken.



Okna z JINÉHO zařízení; technické řešení zvolené na psychiatrii Fakultní nemocnice Ostrava

Opatření:

- 15) Nalézt vhodné řešení pro odstranění mříží z oken, sestavit plán úpravy oken vhodným technickým řešením a zahájit jeho realizaci (do 6 měsíců).**

10.5 Sanitární zařízení a hygiena

Během první návštěvy toalety na oddělení A9 a S8 nebyly vybaveny toaletním papírem, ale pacienti si jej museli nosit při sobě. S ohledem na důstojnost pacientů bylo nemocnici doporučeno, aby obě oddělení vybavila toaletním papírem. Vedení nemocnice reagovalo

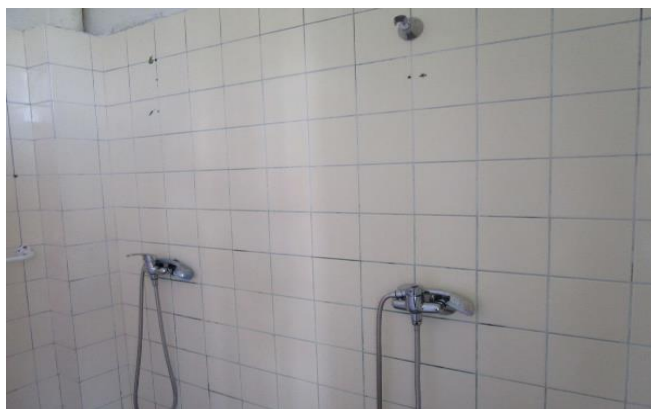


sdělením, že se jedná o prevenci technických kalamit s ucpanými toaletami. Ve zprávě z první návštěvy bylo rovněž doporučeno, aby cedulky obsazeno/volno u toalet byly do budoucna nahrazeny zámky, které lze v případě potřeby odemknout zvenčí.

V době následné návštěvy byl toaletní papír k dispozici přímo na toaletě pouze na oddělení S8. Na ostatních navštívených odděleních si nadále pacienti musí toaletní papír nosit z pokoje nebo si o něj požádat na sesterně. Opatření proto nemohu považovat za naplněné. Kvůli obavám z jednání jednotlivců tak musí všichni ostatní snášet nedůstojnou situaci, kdy nemají jistotu, že na toaletě naleznou toaletní papír. Takové plošné opatření považuji za nepřípustné. Uvedenému se navíc nemocnice může vyhnout například pořízením zásobníků na kusový toaletní papír, s čímž jsem se setkal v jiných psychiatrických zařízeních.

Co se týče zajištění soukromí na toaletě a v koupelnách, na žádném oddělení nedošlo ke změně. Na toaletách všech navštívených oddělení se nadále nachází pouze cedulky obsazeno/volno. Za problematické považuji také to, že na všech navštívených odděleních jsou sprchové kouty od společných prostor koupelny odděleny pouze závěsem bez zastíněného prostoru pro chystání k převlékání, přičemž pacienti se nemohli v koupelně zamknout. Může tak snadno nastat situace, kdy do koupelny vejde někdo ve chvíli, kdy je pacient nahý. Standardem musí být, že pacienti provádí osobní hygienu a tělesnou potřebu v klidu, nevystavováni náhlým vpádům do své intimity. Jsem si vědom toho, že mohou nastat situace, kdy bude personál potřebovat bezodkladně vstoupit do kabiny toalety či koupelny. Zajištění bezpečí však nemusí být na úkor soukromí pacientů, neboť nemocnice může zajistit obojí například opatřením zámek s knoflíkovou vložkou, které je možné v krajním případě odemknout zvenčí klíčem. Pokud koupelnu využívá více pacientů naráz, nemocnice by měla rovněž zajistit soukromý prostor určený k přípravě na sprchování.

V koupelně na oddělení S8 byl také sprchový kout se dvěma sprchovými hadicemi, které od sebe nebyly ničím odděleny. Podle sdělení personálu tento sprchový kout využívají pacientky naráz pouze v případě, že jim to nevadí. Společné sprchování pacientů bez použití zástěny však nepovažuji za vhodné, neboť vede ke snižování jejich důstojnosti. Také to neodpovídá povinnosti nemocnice vytvářet takové podmínky, aby bylo právo na soukromí pacientů zachováno v co největší míře. Považuji za nutné, aby jednotlivé sprchy byly odděleny zástěnou dostatečně velkou k zastínění celé postavy.



Sprchový kout na oddělení S8



Apeluji na nemocnici, aby provedla nutné úpravy pro zachování důstojnosti a soukromí pacientů v koupelně i na toaletách.

Nad uvedené bych také rád upozornil na krátký čas pro hygienu na oddělení B1, kde jsou koupelny otevřeny pouze dvě hodiny ráno a večer. Při celkové kapacitě 36 lůžek shledávám dvě hodiny k provedení večerní hygieny nedostačující. To potvrdily i pacientky, které sdělily, že v některých dnech je velmi obtížné se do koupelny vůbec dostat. Apeluji proto na nemocnici, aby byl bezodkladně tento čas prodloužen tak, aby měli všichni pacienti dostatečný čas pro provedení hygieny. V případě potřeby pacienta provést hygienu v jiném čase, by měla být koupelna individuálně odemčena také mimo stanovený čas.

Opatření:

- 16) Vybavit toalety toaletním papírem (bezodkladně).**
- 17) Dveře od toalet a koupelen vybavit zamykáním, které personál v případě potřeby může otevřít zvenčí (do 2 měsíců).**
- 18) Na oddělení S8 oddělit jednotlivé sprchy zástěnou dostatečně velkou k zastínění celé postavy (do 2 měsíců).**
- 19) Na oddělení B1 prodloužit časový interval, ve kterém je odemčena koupelna (bezodkladně).**

10.6 Soukromý prostor pro příjem návštěv

Zpráva z první návštěvy kritizovala, že ne všechna navštívená oddělení měla k dispozici plnohodnotný soukromý prostor pro příjem návštěv. Na oddělení A9 probíhaly návštěvy v jídelně, na oddělení S8 sloužila jako návštěvní místnost široká chodba s několika stoly a židlemi, na oddělení A16 probíhaly návštěvy v malém průchozím prostoru před hlavním vchodem na patře, který je oddělen dveřmi od oddělení. Také bylo kritizováno, že na oddělení A9 a A16 platil zákaz vstupu dětem mladším 15 let, čímž bylo některým pacientům setkání s dětmi v zásadě zapovězeno.

Návštěvy, mnohdy emočně i organizačně náročné pro všechny zúčastněné, nemohou bez adekvátního zázemí probíhat hladce a s maximálním prospěchem pro pacienta. Neexistence soukromého prostoru pro příjem návštěv je problematická, protože návštěvy v průchozích a rušných prostorech neprobíhají v klidu a v alespoň základním soukromí. Také to problematizuje umožnění návštěvy dětí, pro něž může být pobyt na oddělení v konkrétních případech nevhodný.

Následnou návštěvou zaměstnanci Kanceláře zjistili, že situace nadále zůstává problematická na odděleních A9, A14 a A16. Na těchto odděleních probíhají návštěvy primárně v rámci vycházek. Alternativou pro konání návštěv na oddělení A9 je jídelna či denní místnost. Na odděleních A14 i A16 je k dispozici pouze průchozí místnost před oddělením. Návštěvy dětí mladších 15 let jsou v nemocnici povolovány po domluvě s lékařem.

Konání návštěv primárně v rámci vycházek nepovažuji za konečné řešení absence vhodné návštěvní místnosti. Nejde jen o to, že někteří pacienti nemají povoleny vycházky, a tím pádem nemají možnost se setkat s návštěvou. Problém nastává také v případě nepříznivého počasí, kdy je potřeba zajistit vhodné zázemí pro konání návštěvy. Společné prostory



na oddělení, stejně tak průchozí místnost před oddělením, však neposkytují dostatek soukromí a klidu. Konání návštěv v jídelně či denní místnosti může vést k negativnímu postoji ostatních pacientů, kteří tyto místnosti kvůli probíhajícím návštěvám nemohou využívat.

V tomto ohledu proto nemohu považovat opatření za naplněné a apeluji na nemocnici, aby hledala způsoby, jak návštěvní místnosti na odděleních vytvořit. Co se týká návštěv dětí, cílem by mělo být vytvoření prostoru přizpůsobeného svým rázem i vybavením pro setkání rodičů s dětmi, čímž by se také předcházelo jejich případné traumatizaci z ústavního prostředí.

Opatření:

- 20) Na odděleních A9, A14 a A16 vytvořit soukromý prostor pro příjem návštěv umožňující průběh návštěvy v klidu. Tento prostor upravit pro konání návštěv s dětmi (do 3 měsíců).**

10.7 Zajištění bezdrogové zóny

Ve zprávě z první návštěvy tehdejší ochránkyně upozornila, že na oddělení A16 se nachází řada skryšů pro schovávání drog. To bylo zdůvodněno zejména nevhodnou stavební dispozicí budovy, nedostačujícím nastavením venkovního kamerového systému (pouze z jedné strany budovy), nevynutitelností osobních prohlídek u některých pacientů a zneužíváním jiných pacientů k pronášení drog. Bezdrogové prostředí je základní podmínkou pro funkční režim odvykací léčby na oddělení. Bez jeho zajištění postrádá protialkoholní a protitoxikomanická léčba na oddělení veškerý smysl. Tehdejší ochránkyně proto uložila vedení nemocnice opatření uzpůsobit podmínky na oddělení A16 tak, aby byla zajištěna bezdrogová zóna.

V době následné návštěvy bylo se oddělení A16 nadále potýkalo s vnášením drog. Problému si je vědom personál i dotazovaní pacienti z oddělení. Po první návštěvě došlo k výměně linolea, pod které pacienti ukryvali drogy, za dlažbu. To oceňuji. Namátkově jsou také prováděny prohlídky osobních věcí. Toxikologické vyšetření pacientů probíhá vždy po vycházkách, při přestupu do vyšší režimové kategorie a také namátkově, případně u některých pacientů na základě vyhodnocení rizika pravidelně.

Ačkoliv oddělení přijalo některá opatření, nejedná se o finální a kompletní řešení. Za základ považuji to, že personál má povědomí o tom, jakým způsobem se drogy na oddělení dostávají. Apeluji proto na vedení nemocnice, aby společně s personálem oddělení A16 nepolevovali ve snaze o prevenci, ale nadále hledali další řešení, kterým vnášení drog zamezí. V současnosti se jeví jako efektivní krok zajištění venkovního kamerového snímání ze všech nezbytných stran a znemožnění předávání předmětů přes okna (např. instalací oken, která lze otevřít pouze na úzkou ventilaci, příp. umístěním průhledné bezpečné zábrany před okno na fasádu budovy).

Opatření:

- 21) Uzpůsobit podmínky na oddělení A16 tak, aby bylo zajištěno bezdrogové prostředí (do 6 měsíců).**

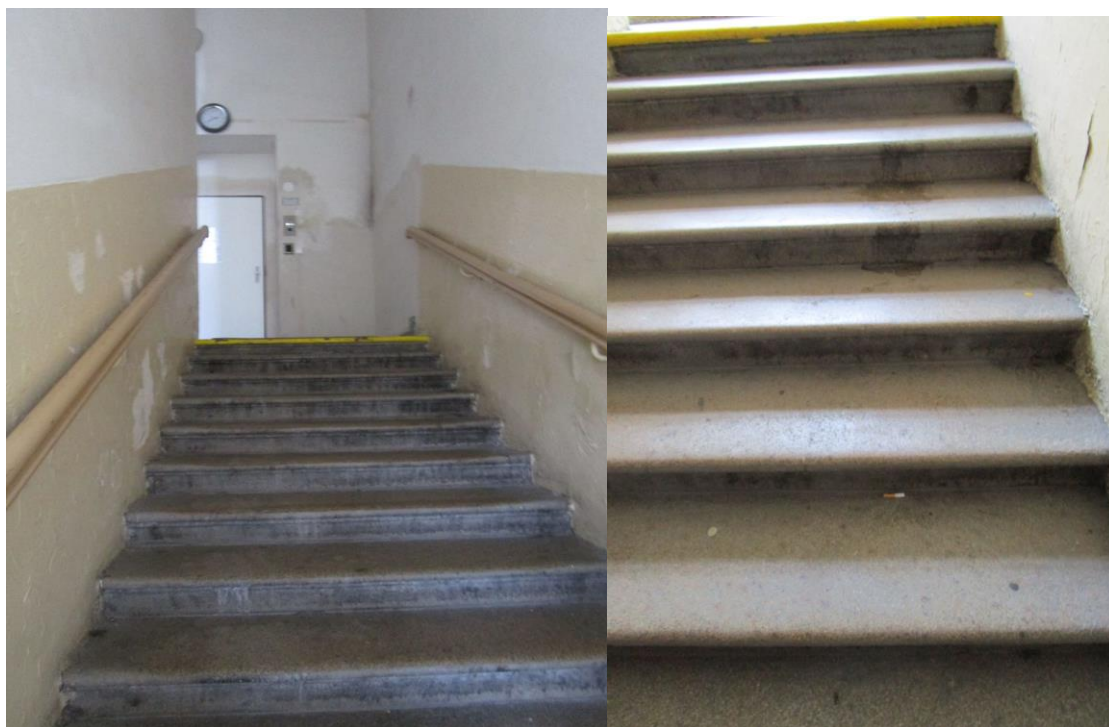


10.8 Vstupní prostory

Během první návštěvy byly vstupní prostory na oddělení A16 velmi zanedbány, špinavé, zdi byly oprýskané a na zemi se povalovaly nedopalky. Ačkoliv zpráva neobsahovala opatření, nemocnice byla vyzvána k nápravě.

Estetika prostor může mít terapeutický význam a být zdrojem vizuální stimulace pro pacienty. Jde však také o to, aby se pacienti v nemocnici cítili co nejlépe a neumocňovalo se v nich napětí či trauma z hospitalizace. Nedůstojnost podmínek pobytu se přitom snadno stane zdrojem frustrace.

Během následné návštěvy působily vstupní prostory na oddělení A16 zanedbaným dojmem. Na chodbě při hlavním vstupu na oddělení se nacházelo ptačí hnízdo. To má za následek, že na kameře, zdech i podlaze se nacházel ptačí trus. Zcela nedůstojně působí prostory zadního vstupu na oddělení. Na zemi byly nedopalky, stěny byly velmi oprýskané a schody byly znečištěny. Okna byla volně otevřena a nedala se zavřít. Zanedbanost prostor nelze omlouvat ani tím, že tento vchod se podle sdělení personálu nevyužívá kvůli riziku útěku pacientů oddělení A16, neboť se chodba využívá i jinými odděleními.



Chodba u zadního vstupu na oddělení A16

Nadto si dovoluji poukázat, že reálné používání zadního vstupu na oddělení A16 není úplně zřejmé. Pokud se tento vstup nepoužívá kvůli bezpečnostnímu riziku útěku pacientů, pak je otázkou, z jakého důvodu vchod není uzavřen a je označen cedulí vstupu pro personál a návštěvy na oddělení A16.



Cedule u zadního vchodu na oddělení A16

Opatření:

- 22) Upravit vstupní prostory na oddělení A16 a přehodnotit využívání zadního vstupu na oddělení A16 (do 2 měsíců).**

11. Program léčby

První návštěvou byl zjištěn velký rozdíl v propracovanosti a náročnosti programu ochranného léčení na odděleních A9 a A16. Problematická situace byla shledána na oddělení A16, kde byl program oddělení dostatečný pouze pro některé pacienty (např. jako doplněk pro pacienty psychiatrického ochranného léčení). Pro ostatní pacienty pobyt v nemocnici naplňoval spíše detenční účel. Ve zprávě z první návštěvy proto bylo doporučeno, aby lékařský tým přehodnotil léčebný program na tomto oddělení a prohloubil rozdělení, režim a terapeutický program pro pacienty tak, aby odpovídal jejich potřebám, případně aby byla zajištěna skutečná možnost přestupu pacientů schopných intenzivní protialkoholní a protitoxikomanické léčby na specializované oddělení.

Nemocnice by měla garantovat individualizovaný přístup k léčebným potřebám pacientů a zajistit jim léčbu šitou na míru. Ať už je organizace péče jakákoli, programy ochranného léčení by měly být stanoveny. Co se rozsahu a podrobností týká, měly by zohledňovat jednotlivé fáze pobytu a léčby a žádní pacienti by z nich neměli vypadávat. Co do pojetí, měly by směřovat k možnosti ochranné léčby ukončit, respektive přeměnit formu ústavní na ambulantní. Stanovení takových programů by vedlo k usnadnění práce při stanovování individuálních léčebných plánů a dále k větší jistotě pacientů i zdravotníků. Pacientovi totiž bude jasné, co se od něj očekává a jakým způsobem nemocnice o jeho léčbě referuje soudu.³⁹

39 VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata. Zpráva ze systematických návštěv 2019 [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2019 [cit. 12. 10. 2022]. ISBN 978-80-7631-016-2. Dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/7436>, kap. 13a).



Program léčby na oddělení A16 se od první návštěvy příliš nezměnil. Následnou návštěvou bylo zjištěno, že základem léčebného programu je farmakoterapie a ranní komunita, která je povinná pro všechny pacienty. Ostatní léčebné aktivity (např. skupinové terapie, psaní deníků, edukační skupiny) neprobíhají intenzivně a navíc jsou nepovinné. Pacienti jsou přes den prakticky bez strukturovaného aktivního programu.

Podle sdělení personálu zůstává nadále hlavním problémem fakt, že se na oddělení nachází pacienti s ochranným léčením protitoxikomanickým i psychiatrickým. Rozumím tomu, že tito pacienti mají rozdílné potřeby. To však nemůže být ospravedlněním pro neposkytování péče, jež pacientům umožní dosáhnout účelu ochranného léčení. Právě naopak, pokud nemocnice poskytuje péči pacientům různých diagnóz a pacientům vyžadujícím různé léčebné postupy a nároky na jednom oddělení, musí zajistit, aby to nepředstavovalo překážku v léčbě jednotlivých pacientů. **Přestože tedy od roku 2017 nebylo v silách nemocnice dosáhnout změny koncepce oddělení, tak tím nelze omlouvat skutečnost, že nebyl vypracován ani program léčby a režim oddělení, který by reflektoval individuální potřeby léčby pacientů.**

Na oddělení není zaveden žádný efektivní motivační režim. Pacienti jsou rozděleni do tří kategorií, kterými se mají posouvat a postupně získávat více kompetencí. V domácím řádu oddělení však není specifikováno, za jakých podmínek pacient postupuje, jak dlouho v kategorii musí setrvávat a ani co konkrétně musí splnit pro postup do další kategorie. Podrobně není specifikováno ani to, co pobyt v konkrétní kategorii obnáší. **Současný systém tak není dostatečně propracován na to, aby mohl pacientům přinášet užitek a reflektoval jistý postup v léčbě pacienta.**

Na oddělení je dále zaveden tzv. systém spolusprávy, v rámci kterého předseda (volený personálem z řad pacientů) dohlíží na plnění úkolů a spolu s personálem provádí průběžné hodnocení pacientů. Není však konkrétně určena doba, na jakou je předseda jmenován. Současné nastavení systému spolusprávy nepovažuji za vhodné, neboť skýtá riziko zneužití ze strany manipulativnějších pacientů. Jako vhodnější se jeví stanovení pevné doby a střídání či volení předsedy ze strany pacientů. **Apeluji na nemocnici, aby systém spolusprávy na oddělení A16 přehodnotila a zvolila řešení poskytující záruky proti zneužití.**

Opatření:

- 23) **Vypracovat pro oddělení A16 program léčby a režim oddělení, který bude reflektovat individuální potřeby léčby pacientů (do 6 měsíců).**
- 24) **Vypracovat pro oddělení A16 jasné informace a pravidla pro rozdělení pacientů do kategorií a postup v léčbě (do 6 měsíců).**
- 25) **Upravit systém spolusprávy na oddělení A16 tak, aby byl zajištěn proti zneužití (do 2 měsíců).**



12. Pobyť venku

Zpráva z první návštěvy vytykala, že pacientům z oddělení A9 a A16 nebyl zajištěn každodenní přístup na vzduch. Pobyť venku závisel na kapacitě personálu a režimové kategorii, ve které se pacienti nacházeli. Nemocnice byla upozorněna, že pacientům by měla garantovat denní přístup na vzduch, přičemž pobyť na vzduchu by neměl být ničím podmiňován, vyjma aktuálního zdravotního stavu pacienta. Vedení nemocnice na opatření reagovalo sdělením, že k zajištění každodenního pobytu na vzduchu každému pacientovi nenachází žádné dobré řešení, a to zejména kvůli charakteru prostor nemocnice a personálním nárokům.

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).

Následnou návštěvou zaměstnanci Kanceláře zjistili, že podmínky pro přístup na vzduch se na jednotlivých odděleních liší. Na oddělení A9 se pacienti dostanou na čerstvý vzduch samostatně v rámci vycházek (možnost vycházek však závisí na počtu bodů), případně v doprovodu personálu (tato možnost závisí na kapacitě a volném času personálu). Pacienti z filtrové části oddělení B1 a A12 se dostanou na vzduch v rámci vycházky s návštěvou. Pacienti, kteří nemají návštěvu, musí setrvávat na oddělení a pobyť na čerstvém vzduchu jim není zajištěn jinak (např. v doprovodu personálu). Na oddělení A14 se pacienti dostanou na čerstvý vzduch v rámci samostatných nebo skupinových vycházek. Na oddělení A16 se systém vycházek nezměnil, pacienti v kategorii III. (např. při porušení abstinence) nadále nemají nárok na vycházku po areálu nemocnice ani v doprovodu personálu. Tito pacienti nemohou chodit ani do vnější kuřárny, takže se vůbec nedostanou na vzduch. To je nepřijatelné.

Upozorňuji, že nemocnice může omezit vycházky u pacientů v ochranném léčení jen ze zákonných důvodů.⁴⁰ Omezení vycházek jako trest přitom zákon nepředpokládá. U konkrétního pacienta lze tedy vycházky omezit pouze v případě, že jsou v rozporu s jeho individuálním léčebným plánem a účelem ochranného léčení a neexistuje mírnější řešení. Takové rozhodnutí musí být zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Může se jednat o situace, kdy má personál odůvodněné obavy, že by pacient i přes zajištění dohledu vycházku využil k útěku nebo k získání zakázaných předmětů. Takové obavy však nebudou opodstatněné u všech pacientů.

Jsem si vědom toho, že zajištění bezpečného prostoru pro pobyť na vzduchu všem pacientům je závislé na omezených materiálních možnostech nemocnice. Vedení nemocnice by však nemělo na řešení tohoto problému rezignovat, ale musí hledat řešení, jak takový prostor pro pacienty zajistit. Do doby, než bude zajištěn standard zabezpečeného venkovního prostoru pro všechny pacienty, musí nemocnice překonat případné organizační

40 Podle § 83 odst. 3 zákona o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.



a personální potíže a umožnit každodenní pobyt na vzduchu alespoň pravidelnými vycházkami v doprovodu personálu pro každého, kdo nemá aktuální zdravotní kontraindikaci. Personální situaci lze posílit například spoluprací se studenty, dobrovolníky či příbuznými. Zapojit se může také sociální služba, se kterou může pacient spolupracovat během hospitalizace a v této spolupráci pokračovat po propuštění z nemocnice. V případě pacientů s potřebou zvýšeného dohledu lze vycházku realizovat právě s dohledem personálu, aby pacienti nemohli vykonávat aktivity, které jsou v rozporu s jejich individuálním léčebným plánem.

Opatření:

- 26) Zajistit všem pacientům bez zdravotní kontraindikace možnost denního přístupu na vzduch, a to i v nepříznivém počasí (do 3 měsíců).**
- 27) Na oddělení A16 ukončit praxi omezování vycházek pacientům v kategorii III. (bezodkladně).**

13. Režimový oděv

Během první návštěvy nemocnice byli pacienti z oddělení A9 a filtrové části A12 nuceni nosit pyžama přes den. Jednalo se o tzv. režimový oděv, který na oddělení A9 sloužil k odlišení „nových“ pacientů a jako následek za porušení pravidel ochranné léčby. Na oddělení A12 se mělo jednat o bezpečnostní opatření v akutním stadiu nemoci.

Tehdejší ochránkyně upozorňovala, že uvedená praxe míří na lidskou důstojnost. Poukazovala zejména na ponižující a stigmatizující charakter takového trestu. Co se týče zajištění vhodného oděvu, jež nebude ohrožovat bezpečnost pacienta, doporučovala, aby taková opatření byla vždy přijímána individuálně a pouze, je-li to nezbytně nutné. Povaha opatření přitom musí být důstojná. Vedení nemocnice v navazující komunikaci přislíbilo ukončení povinnosti nosit pyžama přes den za trest a jako odlišovací opatření.

Pracovníci Kanceláře v rámci následné návštěvy zjistili, že nemocnice od uvedené praxe zcela neupustila. Na oddělení A9 platí povinnost nosit pyžamové kalhoty v tzv. vstupním (po přijetí na oddělení) a motivačním režimu (při dosažení nízké bodové hranice). Personál neznal důvod tohoto opatření a jeho dodržování vyžaduje, protože se jedná o pravidlo vnitřního řádu. Na oddělení A12 pracovníci Kanceláře zaznamenali, že někteří pacienti byli přes den v pyžamu (celé nebo spodní díl). Personál oddělení sdělil, že pacienti nosí pyžama přes den, pouze pokud chtějí nebo nemají vlastní oblečení. To odpovídá domácímu řádu oddělení. Někteří pacienti však nezávisle na sobě sdělili, že povinnost nosit pyžama přes den ve filtrové části oddělení nadále trvá.

Trvám na tom, že povinnost nosit pyžama jakožto sankční opatření za porušení režimových nastavení, dosažení nízké bodové hranice a k odlišení pacientů v různém režimu na oddělení má stigmatizující charakter a vede ke snižování důstojnosti pacientů. Pacient má mít možnost nosit osobní oblečení, a to nejlépe vlastní. Vlastní oděv je důležitým projevem naší individuality a jeho odejmutí může vést k uniformitě až dehumanizaci. Pokud pacient vhodným oblečením nedisponuje, má mu být poskytnuto oblečení, které po dobu hospitalizace nosí pouze on a jehož povaha je důstojná, což nespĺňuje nošení pyžama přes den. V případě pacientů, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt v lůžku, je nežádoucí, aby



trávili celý den v pyžamu, neboť to podporuje status nemocného, a nijak to nepřispívá procesu uzdravení a resocializace. Navíc, u pacientů, kteří v nemocnici pobývají i několik let, to může vést ke ztrátě společenských návyků, splývání denních dob atd.

Opatření:

- 28) Zrušit povinnost nosit pyžamo při dosažení nízké bodové hranice a po příjmu na oddělení – ve vstupním režimu a filtrové části (bezodkladně).**

14. Informace pro pacienty v ochranném léčení

Tehdejší ochránkyně doporučovala, aby do standardu „*Práva a povinnosti pacienta s uloženým ochranným léčením*“ byly doplněny informace o dalších právech pacientů týkajících se ochranného léčení (právo na nutnou obhajobu při rozhodování soudu o změně nebo prodloužení ochranného léčení, informace o maximální lhůtě dvou let, v níž je soud povinen přezkoumat další trvání léčby a o právu pacienta podat soudu návrh na přezkum důvodnosti dalšího trvání léčby před uplynutím lhůty a také o možnosti změny ústavního ochranného léčení na ambulantní za splnění stanovených podmínek).

Dále upozornila, že informace pro pacienty jsou roztříštěny v několika různých dokumentech, což může být chaotické. Tam, kde visel domácí řád oddělení na nástěnce, byla jeho přístupnost limitována (pacienti jej mohli odnést). Ve zprávě bylo doporučeno vytvořit pro pacienty informační brožuru s domácím řádem a jejich právy a povinnostmi, kterou obdrží ve fyzické podobě.

Během následné návštěvy zaměstnanci Kanceláře zjistili, že standard „*Práva a povinnosti pacienta s uloženým ochranným léčením*“ byl od první návštěvy pozměněn. Při porovnání původní verze a verze dostupné na odděleních A9 a A16 v době návštěvy však bylo zjištěno, že v něm nebyly doplněny uvedené informace o dalších právech pacientů v ochranném léčení. Standard byl naopak doplněn o oprávnění nemocnice podat návrhy soudu na prodloužení, přeměnu formy či přeměnu na zabezpečovací detenci. Také byla doplněna informace o tom, že nemocnice je oprávněna hlásit státnímu zastupitelství demonstrativně vyjmenované prohřešky pacienta.

Standard byl rovněž pozměněn v části týkající se ustanovení § 85 odst. 1 zákona o specifických zdravotních službách. Nově pravidlo v bodě č. 8 mimo jiné sděluje, že lékař je vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta či jeho nepříznivé změně oprávněn zakázat telefon, návštěvu, předávání korespondence a je oprávněn kontrolovat balíky pacienta. Zákonné zmocnění⁴¹ nemocnice k těmto krokům však jasně vymezuje, že nemocnice může přistoupit takovému opatření pouze za situace, že existuje souvislost mezi opatřením a narušením individuálního léčebného postupu.⁴² To musí být rovněž řádně zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Nemocnice tedy nemá univerzální

41 Viz § 85 odst. 1 písm. a) bodu 2 zákona o specifických zdravotních službách. Odkazují také na základní zásadu vztahující se na výkon ochranného léčení – nemožnost omezovat lidská práva nad případy a míru stanovenou zákonem. Viz § 83 odst. 3 zákona o specifických zdravotních službách.

42 Například k zákazu mobilního telefonu pacientovi nemocnice může přistoupit za předpokladu, že pacient v souvislosti s užíváním mobilního telefonu porušuje svůj individuální léčebný postup.



oprávnění k zákazu mobilního telefonu, návštěv, předávání korespondence ani ke kontrole balíků.

Co se týče přístupnosti informací o pobytu v nemocnici, oceňuji, že na oddělení A9 byl domácí řád (včetně práv a povinností pacientů) nejen vyvěšen na nástěnce oddělení, ale byl také zpracován do jednotné brožury. Každý pokoj na tomto oddělení má přidělenou jednu brožuru. To pacientům umožňuje si domácí řád a ostatní informace prostudovat také v soukromí a klidu na pokoji. Na ostatních odděleních jsem se s obdobným řešením nesetkal. **Jedná se však o příklad dobré praxe, a proto jej doporučuji zvážit také na ostatních odděleních nemocnice.**

Opatření:

- 29) Přepracovat standard „Práva a povinnosti pacienta s uloženým ochranným léčením“ v souladu se zákonem a doplnit jej o další práva a informace související s výkonem ochranného léčení (bezodkladně).**

15. Role Policie ČR

Během první systematické návštěvy nemocnice bylo zjištěno, že personál často volá Policii České republiky (dále jen „policie“) při nutnosti omezení pacienta.⁴³ Asistence policie při pacifikaci nebo omezení pacienta byla v nemocnici standardním krokem, jak ochránit personál nemocnice. Tehdejší ochránkyně na to reagovala opatřením, aby byly zajištěny vhodné podmínky pro to, aby personál zvládal péči o agresivní pacienty bez nutnosti asistence policie, a to navýšením počtu mužského zdravotnického personálu.

Zajištění pracoviště psychiatrické péče musí být takové, aby agresivní chování pacienta (pokud jde o projev onemocnění, a nikoli trestně postihnutelného chování) zvládali primárně zdravotníci vlastními silami, a to bezpečně a s využitím jen nezbytně nutné síly. **Pacient má právo na péči zdravotníků a v terapeutickém prostředí, nikoli na „pacifikování“ a roli pachatele.** Čekání na zásah policie také znamená prodlevu s poskytnutím péče, což může představovat ohrožení pacienta.

Podle sdělení personálu policii na odděleních B1, A12 a A16 volají, když potřebují pomoc s neklidným a agresivním pacientem a sami na to nestačí.⁴⁴ Takové situace podle sdělení personálu nastávají, protože na oddělení pracují převážně ženy. Jedná se tak o důsledek nedostatečného personálního zajištění.

Právo přivolat policii je v případě ohrožení zdraví nebo života personálu či jiných pacientů nepopiratelné a zdravotník může odmítnout poskytnout zdravotní služby v případě, že by při jejich poskytování došlo k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.⁴⁵ Nemocnice však musí vynaložit maximální úsilí, aby zvládala projev onemocnění pacientů vlastními silami. Asistenci policie přitom nelze považovat za vhodné řešení nedostatečného personálního zajištění. Upozorňuji, že tato zpráva v žádném případě nesmí být vnímána jako nátlak na zdravotníky, aby vstupovali do situací, které považují

⁴³ Průměrně došlo v období ledna 2016 až června 2017 k výjezdu policie na žádost personálu do Psychiatrické nemocnice Kosmonosy 5,5krát za měsíc.

⁴⁴ To vyplývá rovněž ze záznamu ve zdravotnické dokumentaci pacienta E., ze dne 30. 9. 2021, kdy personál věděl, že bude muset pacienta omezit a přivolal policii k asistenci při omezení.

⁴⁵ Viz § 50 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.



za nepřiměřeně ohrožující, ale především jako výzva vůči vedení nemocnice, aby zvýšilo úroveň bezpečí v nemocnici, a tím omezilo počet situací, kdy je zásah policie nutný. **Odkazují na opatření, jež formulují v kapitole 9.**

Nemocnice nevede komplexní přehled případů zásahů policie, přičemž jako nežádoucí události jsou evidovány pouze některé. Dotázané policejní ředitelství sdělilo, že personál nemocnice přivolal policii ohledně asistence při zvládnutí agresivního pacienta za rok 2021 celkem v 35 případech.⁴⁶ Ve většině případů postačila pouhá přítomnost příslušníků policie (personální převaha). V šesti případech však došlo k použití donucovacích prostředků, a to úchopů, hmatů, v jednom případě i taseru. Žádný z případů použití donucovacích prostředků policií vůči pacientovi v nemocnici nebyl nalezen mezi nežádoucími událostmi. To nepovažuji za správné.

Každé přivolání policie by mělo být evidováno jako nežádoucí událost. V opačném případě hrozí získávání zkreslených údajů mimo jiné o tom, v jakých situacích k zásahům dochází nejčastěji, čímž je komplikováno vytváření preventivních opatření pro předcházení těmto situacím. V případě použití donucovacích prostředků vůči pacientovi navíc považuji za nutnost provést také interní šetření zaměřené na nezbytnost, přiměřenost a profesionalitu zvoleného postupu.

Dotázané policejní ředitelství sdělilo, že koordinace průběhu zásahů v nemocnici není oficiálně standardizována. Společné nácviky ani školení policistů v zacházení s psychiatrickými pacienty neprobíhá. **Pokud se naskytne příležitost navázat užší spolupráci s policejními složkami, navrhuji pamatovat při tom i na pravidelné vzdělávání policistů,** jenž by zahrnovalo téma asistence při ošetření člověka s duševním onemocněním, deescalace a alternativ k silovému zvládnutí problematického chování osoby trpící duševní poruchou.

Opatření:

- 30) Evidovat každý zásah policie jako nežádoucí událost a vyhodnocovat jej za účelem možnosti přijetí opatření ke zvýšení bezpečnosti na odděleních, a tím i k omezení nutnosti zásahů policie (průběžně).**
- 31) Každé použití donucovacích prostředků vůči pacientovi v nemocnici podrobovat internímu šetření zaměřenému na nezbytnost, přiměřenost a profesionalitu zvoleného postupu (průběžně).**

16. Nezbytnost omezení a jeho trvání

Během první návštěvy se omezování pacientů ochrannými pásy pohybovalo v řádu 20 hodin až tří dnů, v některých případech došlo k omezení trvajícím až 7 dnů. Vícedenní omezení bylo přitom zkresleno institutem přerušování omezení, podle kterého bylo opětovné omezení pacienta do 24 hodin od předchozího omezení pokračováním původního omezení. Ze zdravotnické dokumentace obecně vyplývalo prodlužování omezení čistě z preventivních

⁴⁶ Průměrně došlo v období roku 2021 k výjezdu policie na žádost personálu do Psychiatrické nemocnice Kosmonosy 2,9krát za měsíc.



důvodů, což bylo vedeno obavami personálu z toho, že by další neklid pacienta vlastními silami nezvládl.

Zákon použití omezovacích prostředků připouští pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.⁴⁷ Dále zákon 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.

Co se týče trvání omezení, právní pravidla ani odborné standardy neobsahují žádné pevné limity, ale je přísně vázáno na trvání bezprostřední hrozby. Zdůrazňuji však standard CPT, podle kterého by **mechanické omezení a izolace měla být co nejkratší, tedy v řádu minut než hodin.**⁴⁸ Čím delší je trvání omezení, tím musí být přesvědčivěji doložen jeho důvod a intenzivnější snaha o vytvoření podmínek pro jeho ukončení. U opakovaného nebo vícehodinového použití omezení bez náležitého důvodu lze hovořit o nelidském a ponižujícím zacházení.⁴⁹ 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.⁵⁰ Neuvedení důvodu v dokumentaci či nedostatečná čitelnost záznamů jde k tíži nemocnice.⁵¹

Dlouhodobé používání pásů zvyšuje riziko trombózy a zápalu plic⁵² a proleženin, zejména u starších pacientů.⁵³ 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 namísto 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 prevence nefungovala, jaká se ještě budou zkoušet a jak se bude restriktivní režim kompenzovat, respektive postupně zmírňovat.**⁵⁴

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

48 Standard CPT z roku 2017, bod 4. 1.

49 Srov. rozsudky Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice ze dne 18. 10. 2012, č. 37679/08 a M. S. proti Chorvatsku (č. 2), ze dne 19. 2. 2015, č. 75450/12.

50 Ustanovení § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

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

52 TAKATA, Taketo; FUNAYAMA Michitata. Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia. *General Hospital Psychiatry* [online]. 2020, č. 62 [cit. 26. 10. 2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834319303378>.

53 KERSTING, Xenia A. K., HIRSCH Sophie, STEINERT Tilman. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Front. Psychiatry* [online]. 2019 [cit. 26. 10. 2022]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00400/full>.

54 **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 následně 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.



Z poznatků z následné návštěvy vyplývá, že v nemocnici obecně dochází také k velmi dlouhému použití ochranných pásů – v rámci 3 až pěti dnů, v některých případech i měsíce. **Dokumentace omezení pacientů přitom opakovaně postrádá konkrétní popis bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob. Typicky se jedná o obecné konstatování agrese či rizika bezprostřední hrozby na životě či zdraví bez vysvětlení, v čem spočívá. Dokumentace zcela postrádá záznamy o zvážení mírnějších alternativ a důvodu, proč nebylo možné je využít, a informaci o debriefingu.** Zápisy ve zdravotnické dokumentaci nejsou dostatečné pro zjištění průběhu stavu pacienta ani péče o něj. V několika studovaných případech docházelo k dlouhodobému a opakovanému omezení pacienta, aniž by byl zpracován plán, jak dalšímu omezení předejít. Níže uvádím pouze některé příklady, o něž opírám svoje zjištění.

- (1) **Pacient F.** byl hospitalizován z ústavu sociální péče pro agresi a neklid. Jedná se o 19letého pacienta se středně těžkým mentálním postižením, oboustrannou slepotou a epilepsií. Pacient byl od počátku hospitalizace na oddělení A12 omezován ochrannými pásy, přestože se v zápisech opakovaně objevuje, že na chování pacienta má vliv kognitivní deficit („nerozumí, co se mu říká, není schopen se domluvit, pacient nevidomý“). Podle centrální evidence omezení byl pacient omezen od 25. 11. 2020 do 19. 1. 2021, tedy dohromady 56 dnů.

Napříč celou dokumentací průběhu omezení chybí zdůvodnění omezení, případně ze zápisu nevyplývá, v čem bezprostřední ohrožení na životě či zdraví spočívá, zcela chybí informace o tom, zda personál zvažoval nějaké mírnější prostředky k omezení, nebo plánoval, jak trvání omezení předcházet. Podle mnoha zápisů navíc omezení trvalo i v situaci, kdy pacient spal a byl klidný⁵⁵ nebo pokračovalo z preventivních důvodů.⁵⁶

Zápisy zdravotních sester v průběhu omezení pacienta jsou často zcela totožné a pouze konstatují, že došlo ke kontrole končetin a prokrvení. Naopak chybí informace o základních životních funkcích, příjmu a výdeji tekutin, vyprazdňování, a zda byl pacient z omezení uvolňován a na jak dlouho.

Od 4. 12. 2020 (v 9:00 hod.) do 7. 12. 2020 (v 9:00 hod.) pak zcela chybí jakýkoliv zápis lékaře o zdravotním stavu pacienta. Dne 15. 12. 2020 (v 5:00 hod.) je zaznamenán počínající dekubit na levé dolní končetině. Podle zápisu byl dekubit ošetřen, nicméně zcela chybí informace o možné kompenzaci a předcházení tvorbě dekubitů.

Dne 9. 1. 2021 je uveden první zápis o přerušení omezení. Omezení bylo ukončeno dne 19. 1. 2021 v 12:53 hod. s odůvodněním, že pacient je již parciálně zklidněn, lépe reaguje na domluvu, bez přímé agrese. **Popis zdravotního stavu pacienta při ukončení omezení se však obsahově neliší od některých předchozích zápisů, a proto není jasné, proč nemohlo být omezení ukončeno dříve.** Ihned po ukončení omezení byl pacient propuštěn z nemocnice. V dokumentaci chybí záznam o tom, zda byl proveden debriefing, nebo se jej nepodařilo provést z důvodu pacientova postižení.

55 Například zápis v dekurzu pacienta F. ze dne 28. 11. 2020 v 13:00 hod. a v 19:00 hod., 6. 12. 2020 v 1:00 hod., 3:00 hod., 5:00 hod. a další.

56 Například epikríza v dekurzu pacienta F. ze dne 21. 12. 2020.



- (2) **Pacientka G.** byla hospitalizována od 17. 12. 2021 na oddělení B1 pro dekompenzaci psychického stavu. Pacientka měla těžkou depresi s psychotickými příznaky. Podle zápisu v dekurzu ze dne 21. 12. 2021 v 2:45 hod. pacientka škrtila jinou pacientku, proto byl kontaktován žurnální lékař a pacientka byla omezena ochrannými pásy. **Indikace omezení postrádá informaci, proč nebylo možné použít mírnější prostředky.** Podle centrální evidence omezení trvalo téměř tři dny.

Následující zápisy sester uvádí, že pacientka je neklidná, svlékla si plenu, ale není popsáno trvající bezprostřední ohrožení na životě či zdraví. Zápis sestry v 5:55 hod. uvádí, že pacientka je částečně zklidněna, nicméně není jasné, proč zklidnění pacientky nevedlo k ukončení omezení. Kontrola lékařem byla provedena až v 8:00 hod. při vizitě. Zápis lékařky navíc pouze konstatuje, že pacientka je v omezení bez bližšího zdůvodnění. Ani z následujících zápisů nevyplývá, v čem spočívá bezprostředního ohrožení na životě či zdraví. V 20:00 hod. zdravotní sestry zapsaly, že pacientka je bez omezení horních končetin. **Není však jasné, co k tomu vedlo, a proč nemohlo dojít k uvolnění dříve, případně proč není možné uvolnění také dolních končetin.**

Podle zápisu lékařky ze dne 23. 12. 2021 v 8:00 hod. je pacientka bez agrese, nicméně omezení trvá z důvodu nevyzpytatelnosti chování a rizik z toho plynoucích. Jedná se tak o preventivní použití omezovacího prostředku, což je v rozporu se zákonem. V 10:00 hod. toho dne je v dekurzu záznam sester o uvolnění omezení, nicméně z dalších zápisů **není jasné, zda bylo omezení uvolněno pouze na chvíli, nebo bylo zcela ukončeno.** Následující zápisy sester popisují, že pacientka leží, je napájena, nespí, nekomunikuje. Chybí však jakýkoliv popis důvodů pro omezení. Podle centrální evidence omezení došlo k ukončení omezení až dne 24. 12. 2021 v 2:00 hod. Zcela chybí záznam o provedení debriefingu.

Nadto kritizují, že z protokolu o nežádoucí události, v důsledku které došlo k omezení pacientky, není jasné, zda bylo přijato jakékoliv opatření k prevenci opakování události. Závažné je také to, že ačkoliv byl o události sepsán protokol o nežádoucí události, tato událost není součástí poskytnutého výpisu z evidence nežádoucích událostí. V tomto odkazují na opatření č. 45.

- (3) **Pacient C.** byl hospitalizován dne 11. 7. 2020. Jednalo se o pacienta s diagnózou paranoidní schizofrenie, kterého do nemocnice přivezla rychlá záchranná služba v doprovodu policie. Důvodem byla slovní a hrozící brachiální agrese. Pacient byl prakticky ihned omezen magnetickými pásy. Podle centrální evidence omezení trvalo necelé dva dny.

Dle zápisu lékaře tak bylo přikročeno k omezení pro agresivní výhrůžky, paranoii a riziko autoagrese. **Chybí však informace o tom, proč nebylo možné využít mírnější prostředky. Následující zápisy toho dne již činily pouze zdravotní sestry, což neodpovídá doporučení ministerstva ke kontrole lékařem každé 3 hodiny.** Zápisy sester neobsahují žádný popis stavu pacienta vyjadřující nezbytnost pokračování v omezení. Podle zápisu sestry v 23:00 hod. toho dne pacient spal, bylo zkontrolováno omezení a končetiny, ačkoliv není jasné, z jakého důvodu bylo vůbec nutné v omezení pokračovat. Následující den lékař v 10:37 hod. zaznamenal, že pacient je klidnější, s polékovým útlumem. **Zápis „Vzhledem k opakovaným agresím v psychóze**



ponecháno omezení“ vypovídá o preventivním použití omezovacího prostředku, což je v rozporu se zákonem. Ze záznamu také vyplývá, že nebyly zváženy žádné mírnější prostředky k omezení.

Na základě uvedených případů docházím k závěru, že v nemocnici dochází k porušení zásady nezbytnosti a subsidiarity, kdy má být použit co nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití a použití omezovacího prostředku musí probíhat důstojně a bez zbytečného utrpení. Ze studované zdravotnické dokumentace vyplývá, že omezovací prostředky byly používány i preventivně, v některých případech také přes klid pacienta. **Pacient F. byl podroben nepřiměřeně restriktivním podmínkám v podobě dlouhodobého omezení s téměř žádným rozvolněním. To považuji za závažné pochybení a postup v rozporu se zákonem dosahující intenzity špatného zacházení.⁵⁷**

Opatření:

- 32) Nepoužívat omezovací prostředky bez trvání řádného důvodu (průběžně).**
- 33) 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 (průběžně).**
- 34) Soustavně sledovat případy omezení trvajících nad několik hodin a hledat možnost úprav v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče, aby byla četnost a délka trvání omezovacího prostředku snížena. Pro rizikové pacienty zpracovávat plán zvládnutí rizika z důvodu prevence vzniku života ohrožujících situací, a to v rámci individuálního léčebného postupu (průběžně).**

16.1 Omezení jako prevence pádu

Diskuse o tom, za jakých podmínek lze omezit volný pohyb pacienta v souvislosti s prevencí pádu, zahrnuje řadu faktorů, a nelze ji uzavřít pouhým konstatováním, zda taková praxe je přijatelná, či nikoliv. Jsem si vědom, že omezení v případě rizika pádu pramení ze snahy zajistit co nejvyšší míru bezpečí pacienta a nesouvisí s úmyslem pacienta jakkoli poškodit. Zákon však umožňuje použití omezovacího prostředku pouze za účelem odvrácení **bezprostředního** ohrožení. Prevence pádu tak sama o sobě nenaplnuje požadavky pro indikaci použití omezovacího prostředku. Není totiž přípustné, aby omezovací prostředek nahrazoval nedostatečný počet personálu, nemožnost dohledu nad pacientem nebo umožňoval dodržování časového harmonogramu oddělení (např. v případě pacientů, kteří jsou zvyklí usínat v pozdějších hodinách). Je také třeba brát v potaz, že s omezením volného pohybu pacienta je spojena řada rizik. Každé omezení volného pohybu, nejen omezení neklidného pacienta, může způsobit nežádoucí účinky ve formě zranění způsobeného mechanickým omezením, ale také psychické újmy, pocit ztráty důstojnosti či potlačování podpory autonomie a prohlubování závislosti na péči.

⁵⁷ Stejně jako u pacienta I. popsaného níže shledávám pochybení i na straně státu jako celku, který pro pacienta F. nevytvořil vhodnou sociální službu. Na rozdíl od pacienta I. však u pacienta F. neshledávám snahu nemocnice snížit utrpení pacienta spojené s pobytem v podmínkách, které nejsou připraveny na jeho specifickou situaci.



Ze studované zdravotnické dokumentace pacienta H. vyplývá, že pacient byl omezen ochrannými pásky pro „závažné riziko spojené se zmateností“. Lékař omezení zdůvodnil tím, že pacient byl delirantní, dezorientovaný a padal z lůžka. **Takový zápis je však vágní a nevyplývá z něj, v čem konkrétně spočívalo bezprostřední ohrožení na životě či zdraví, ani zvažování jiného možného a mírnějšího řešení rizika pádu než omezením pacienta.** Navíc musím podotknout, že ve zdravotnické dokumentaci pacienta nebyl nalezen žádný protokol o pádu pacienta. V dokumentaci o omezení pacienta chybí informace o změně dohledu nad pacientem⁵⁸ a informace o přerušení omezení pro rehabilitaci pacienta (např. procházka s dopomocí, dopomoc na toaletu apod.). Z dokumentace vyplývá, že omezení pacienta bylo uvolněno z důvodu návštěvy. Naopak v době, kdy pacient spal, omezení trvalo. Dále kritizuji, že ze záznamů zdravotních sester o zdravotních komplikacích pacienta (zahlenění, kašel, vysoký tlak) není jasné, zda byly informace předány lékaři, přičemž omezení pacienta pokračovalo.

Nezpochybnuji, že u některých pacientů by zanedbání rizika pádu mohlo znamenat bezprostřední vážné ohrožení jejich zdraví či života. V takovém případě je nutné popsat konkrétní riziko, které pacientovi bezprostředně hrozí, a podrobně je zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci. Než však nemocnice k použití omezovacího prostředku přistoupí, měla by usilovat o co nejbezpečnější prostředí bez nutnosti omezovat pacientův volný pohyb. Takovým opatřením může být snížení lůžka na noc či přistavení podložky nebo matrace pod lůžko.⁵⁹

Opatření:

35) K použití omezovacího prostředku, včetně omezení za účelem prevence pádu, přistupovat jako ke krajnímu opatření poté, co mírnější alternativy selžou (průběžně).

16.2 Kazuistika pacienta I.

„Vyspělost a humanita každé společnosti se pozná i podle způsobu, jakým zachází s těmi nejzranitelnějšími osobami, tedy s těmi, kdo se z jakýchkoli důvodů ocitli na jejím okraji, a zda také u nich respektuje, že jsou svobodní a rovní si s ostatními v důstojnosti i právech. Každá lidská bytost totiž musí být bez výjimek chráněna před mučením nebo špatným zacházením v rozporu s čl. 7 odst. 2 Listiny a čl. 3 Úmluvy.“⁶⁰ Zadržování člověka v podmínkách, které dostatečně nerespektují jeho důstojnost a které kvůli závislosti na péči nemůže opustit, snadno dosáhne intenzity špatného zacházení, přičemž odpovědnou za tuto situaci nemusí být jen nemocnice. Stát se zavázal špatné zacházení nepřipustit, což kromě závazku se špatného zacházení nedopouštět (tzv. negativní závazek)

58 Ačkoliv personál oddělení sdělil, že u pacientů v omezení lékař vždy ordinuje, v jakých kontrolách má být pacient kontrolován.

59 Je důležité vybrat správnou matraci (např. s pozvolnými okraji proti zakopávání, reflexními páskami, aby byla vidět v noci, snadno odstranitelná, aby nepřekážela, když u lůžka není nutná). Viz Quigley, P. A. (2016). Evidence levels: applied to select fall and fall injury prevention practices. *Rehabilitation nursing*, 41(1), 5-15.

60 Nález Ústavního soudu IV. ÚS 1559/20, ze dne 10. 11. 2020, odst. 18.



obsahuje také závazek vytvářet podmínky, aby ke špatnému zacházení nedocházelo (tzv. pozitivní závazek).⁶¹

Na oddělení A14 se nachází pacient I. se závažnými duševními poruchami (středně těžkou mentální retardací a dětským autismem), v důsledku kterých se projevuje náročným chováním. Pacient byl dlouhodobě omezován, a to buď pobytem v místnosti k bezpečnému pohybu, nebo pásy na křesle umístěném naproti sesterně. Zde byl pod dohledem přiděleného pracovníka. Pacient trávil část dne i mimo omezení, o čemž svědčí zápisy ve zdravotnické dokumentaci, podle které byl během jednoho týdne 6x na vycházce v doprovodu personálu. Během návštěvy pacient působil spokojeně, interakce mezi pacientem a jemu přiděleným zdravotníkem působila tak, že spolu mají dobrý vztah.

Pracovník Kanceláře pobyt v křesle vyzkoušel. Připevnění pomocí pásů ke křeslu nebylo bolestivé, pásy byly dostatečně volné a zároveň se z nich nešlo vyvléknout a ani křeslo převrhnout či se i s křeslem zvednout. Režim omezení pacienta pásy v křesle byl stanoven v dopisu od ředitele, který měli zdravotníci vyvěšen na sesterně. Podle dopisu omezení pacienta v křesle zůstává v režimu omezení v místnosti k bezpečnému pohybu. V režimu omezení ochrannými pásy by pacient byl, pokud by byl omezen pásy v lůžku (což se dělo při předchozí hospitalizaci pacienta).



Pokoj k bezpečnému pohybu, ve kterém bydlel pacient I.

Omezení pacienta je v dokumentaci odůvodňováno následovně „*při uvolněných opakované poruchy chování – demolační/destruktivní tendence*“. Může tak vzniknout pochybnost

⁶¹ Pro shrnutí k závazkům státu ve vztahu ke špatnému zacházení viz Evropský soud pro lidská práva. Guide on Article 3 of the European Convention on Human Rights [online]. Štrasburk: Evropský soud pro lidská práva. [cit. 11. 10. 2022]. Dostupné z: https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_3_ENG.pdf.



o tom, zda je naplněna zákonná podmínka použití omezovacího prostředku pouze v případě bezprostředního ohrožení na životě či zdraví a zda nebylo možné využít mírnější prostředky. Pokud má nemocnice s násilím ze strany pacienta zkušenost a ví, že jeho zdravotní stav se od poslední epizody násilí nijak nezměnil, obava z opětovného násilí může být odůvodněna.⁶² Nicméně, i když je vyhodnoceno bezprostřední riziko u konkrétního pacienta, opatření vedoucí k jeho zmírnění by mělo být krátkodobé, efektivní a zejména přiměřené, tak aby co nejméně zasahovalo do práv pacienta za zachování bezpečí okolí.

Co se týče zajištění dohledu nad pacientem, oceňuji, že nemocnice vyčlenila člena personálu, který se pacientovi věnuje a vykonává nad ním dohled. Pracovník má však i jiné úkoly a jeho pobyt na oddělení je vázán na pracovní dobu. Četnost kontrol a záznamů ve zdravotnické dokumentaci během omezení pomocí pásů v křesle má odpovídat režimu omezení v místnosti k bezpečnému pohybu.⁶³ Realita je jiná, neboť zápisy sester byly běžně činěny v intervalu až čtyř hodin. To neodpovídá ani zákonu, ani nemocničnímu standardu. **Faktem však je, že z dokumentace není jasně zřetelné, od kdy do kdy přesně byl pacient v křesle poután. To je závažný nedostatek.** Samotný fakt, že je četnost záznamů u tohoto omezení pásy upravena jinak než u omezení pásy v lůžku, nepovažuji za problematický, protože situace je netypická a imobilizace není takové intenzity jako při „běžném“ omezení ochrannými pásy v lůžku. Pokud však nemocnice k omezení v křesle přistupuje jako k pobytu v místnosti k bezpečnému pohybu, musí naplňovat pravidla pro tento omezovací prostředek. **Pochybení nemocnice tak sledávám především v kvalitě vedené zdravotnické dokumentace a zajištění dohledu nad pacientem.**

Ze zdravotnické dokumentace pacienta je zřejmá marná snaha nemocnice zajistit mu vhodnou pobytovou sociální službu, v níž by mohla být dostupná více individuální péče v menším kolektivu a byla věnována větší pozornost rozvoji jeho kompetencí. Možnosti nemocnice měnit podmínky, v nichž zdravotní péči poskytuje, jsou omezeny. V tomto případě tak sledávám zásah do důstojnosti člověka především v důsledku systémového přehlížení potřeb jedné skupiny zvláště zranitelných osob, kteří doplácí na nedostatek vhodných a dostupných sociálních služeb.⁶⁴ Mám za to, že stát (popřípadě kraje, na které stát přenesl povinnost zajišťovat dostupnost sociálních služeb) nechal pacienta slovy Ústavního soudu „na holičkách“.⁶⁵

62 Slovo bezprostředně neznamena jen tady a teď, ale pokud se inspirujeme 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 léčeni, omezovací prostředky a další témata.

63 Podle standardu č. 39 *Pacient s rizikem agrese a odpovídající úrovně dohledu* pacient omezený pásy či v izolační místnosti spadá do Typu A. Tomu má odpovídat trvalý intenzivní dozor, který je definován jako nepřetržitý dohled (vizuálně či kamerou). Kontroly a záznamy zdravotní sestrou mají být činěny v intervalu dvou hodin (pokud lékář nestanoví jinak).

64 Dochází tak k situaci, kdy je péče poskytována v podmínkách, které jsou nevhodné, avšak pokud by péče poskytována nebyla, byla by situace člověka ještě méně důstojná. V takové situaci nelze za špatné zacházení činit odpovědnou nemocnici, ale stát, který nevytvořil vhodnější podmínky.

65 Viz náleží Ústavního soudu I. ÚS 2637/17, ze dne 23. 1. 2018, odst. 18.



Na nutnost rozvoje sítě sociálních služeb proto upozorním Středočeský kraj a dále Ministerstvo práce a sociálních věcí, po kterém budu požadovat, aby spolu s Ministerstvem zdravotnictví a kraji hledalo cestu, jak by pacientům, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni z důvodu nedostupnosti vhodné sociální služby, takovou službu stát zajistil.

17. Dohled v omezení

Ve zprávě z první návštěvy tehdejší ochránkyně upozornila, že interval kontrol pacienta v omezení lékařem jedenkrát denně při vizitě je nedostačující a v porovnání s ostatními psychiatrickými zařízeními extrémně dlouhý. Zpráva rovněž doporučovala, aby nemocnice v dlouhodobém výhledu usilovala o zajištění nepřetržitého dohledu nad pacienty v omezení, a to ideálně neustálou přítomností kvalifikovaného pracovníka u pacienta.

Z čl. 1 odst. 10 metodického doporučení ministerstva vyplývá, že lékař má hodnotit stav pacienta a rozhodovat o trvání omezení v pravidelných intervalech, a to u pacienta omezeného pásy minimálně každé 3 hodiny.

Následnou návštěvou bylo zjištěno, že podle standardu č. 1 *Omezení pacienta* lékař přehodnocuje nutnost omezení pacienta při každé vizitě, což podle studované zdravotnické dokumentace pacientů odpovídá intervalu jednou denně.⁶⁶ **Upozorňuji, že standard zavedený nemocnicí není v souladu s metodickým doporučením ministerstva. Interval jednou denně není ani přiměřený tomu, o jak intenzivní zásah do integrity člověka jde.**

Dále odkazuji na standard CPT, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod dohledem přítomného pracovníka.⁶⁷ 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**.⁶⁸

Jednotlivé typy dohledu ošetřovatelským personálem a jejich intenzita je konkrétně vysvětlena ve standardu č. 39 *Pacient s rizikem agrese a odpovídající úrovně dohledu*. Ze standardu mimo jiné vyplývá, že pacient v omezení má být pod trvalým intenzivním dozorem. Sestry mají pacienta sledovat nepřetržitě, tj. mít jej osobně na očích (vizuálně či kamerou). Dále standard stanovuje, že frekvence kontrol zdravotními sestrami a zápis do dekurzu je činěn, pokud lékař nestanoví jinak, v intervalu dvou hodin. **To nepovažuji za dostačující s ohledem na to, o jak velký zásah do integrity člověka se jedná. Interval neodpovídá ani praxi v jiných psychiatrických zařízeních, kde jsou činěny záznamy**

66 Zde vycházím například ze zdravotnické dokumentace pacientky G., pacientky J., pacienta K., pacienta L.

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

68 Čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva.



o zdravotním stavu pacienta každých 15 minut. Ze studované zdravotnické dokumentace navíc vyplývají také případy omezení, kdy byl interval zápisů o zdravotním stavu pacienta delší než dvě hodiny, aniž to bylo zdůvodněno.⁶⁹

K omezení pacientů jsou na odděleních využívány místnosti s průhledem do sesterny či vyšetřovny. Některé místnosti jsou navíc vybaveny kamerou, přičemž obraz se přenáší do sesterny. Na oddělení A14 se nachází místnost k bezpečnému pohybu, která je vybavena kamerou, ale bez průhledu do místnosti pro personál. Dohled nad pacienty v omezení není zajištěn přítomností pracovníka, ale kombinací sledování skrze průzor (či kameru) a osobních kontrol. Nemocnice tedy nenaplňuje standard, jež doporučuje CPT. Musím také upozornit, že používání kamer nenahrazuje osobní dohled personálu. Naopak, kamery mohou vést k eliminaci veškeré intimity pacientů a nahrazování osobní péče personálu distančním neosobním sledováním. Nejde přitom o úsporu času personálu, neboť sledování obrazu blokuje pracovníka, a protože je únavné, vyžaduje pravidelné střídání, aby bylo zabezpečeno řádně. Tedy v případě, že není zajištěno, aby kameru neustále sledoval vyhrazený člen personálu (a jeho pravidelné střídání), tak v takové situaci není zajištěn nepřetržitý dohled, osobní ani skrze kameru. **Takový případ přitom nesplňuje ani národní standard.**

Za závažné dále shledávám, že místnosti určené k omezení pacientů nejsou vybaveny signalizačním zařízením. Ze zdravotnické dokumentace pacientů vyplývá, že pacienti přivolávají personál křikem.⁷⁰ Pokud pacient v omezení (typicky v uzamčené místnosti) nemá, jak přivolat personál, je vystaven riziku nedůstojných situací a umocňuje se jeho bezmocnost a frustrace. Pokud tedy nemocnice nezajišťuje dohled přítomností pracovníka, musí vybavit místnost signalizací.

Opatření:

- 36) Provádět lékařskou kontrolu pacienta v omezení ochrannými pásy [kurty] nejméně každé 3 hodiny a provádět z ní slovní zápis (průběžně).**
- 37) Provádět slovní zápisy o zdravotním stavu pacienta v omezení ochrannými pásy do zdravotnické dokumentace každých 15 minut (průběžně).**
- 38) Zajistit nepřetržitý dohled nad pacienty v omezení, a pokud možno i stálou přítomnost pečujícího u osoby v omezení (průběžně).**
- 39) Zajistit k dispozici signalizační zařízení pro pacienty v omezení, u nichž není zajištěn dohled přítomností pracovníka (bezodkladně).**

18. Soukromí pacienta v omezení

Zpráva z první návštěvy obsahovala upozornění na nevhodnou koncepci pokoje intenzivní péče na oddělení A16. Jednalo se o třílůžkový pokoj, který zároveň sloužil k omezování pacientů ochrannými pásy, přičemž jedno z lůžek bylo počítáno do celkového stavu, a tedy

69 Zde odkazuji například na dokumentaci omezení v dekurzu pacienta M. ze dne 25. 7. 2022.

70 Zde odkazuji na zápis v dekurzu pacienta B. ze dne 23. 2. 2020 v 15:01 hod.



běžně obsazeno. Pokud bylo třeba omezit neklidného pacienta a zajistit mu soukromí, tento zde běžně ubytovaný pacient musel opustit svůj pokoj.

Nacházet se v omezení před očima jiného pacienta je ponižující a muset snášet projev člověka, který nekontroluje své nebezpečné chování, zase může být traumatizující. Pacient v omezení se také nachází ve zranitelném postavení a může se stát obětí násilí ze strany jiných pacientů. Nemocnice musí vynaložit maximální úsilí, aby tomu zabránila. Nejlépe tím, že zajistí, aby pacient v omezení nesdílel místnost s nikým jiným. Požadavek, aby pacient v mechanickém omezení nebyl vystaven pohledu dalších pacientů, vyplývá z čl. 1 odst. 13 metodického doporučení ministerstva.

Následnou návštěvou zaměstnanci Kanceláře zjistili, že na odděleních B1, A12 a A16 se nachází vícelůžkové místnosti využívané k omezování pacientů pomocí ochranných pásů. Na odděleních A12 a A16 jsou navíc některá tato lůžka zahrnuta do lůžkového fondu, a mohou být tedy standardně obsazena. S ohledem na obsazenost oddělení tak může docházet k situacím, kdy je omezení před zraky jiných pacientů nevyhnutelné. Nemocnice proto musí hledat řešení a co nejvíce se snažit předcházet situaci, kdy je pacient v omezení vystaven přítomnosti nebo pohledu jiných pacientů. Základním předpokladem je vyřazení lůžek určených k omezování pacientů do lůžkového fondu, neboť jejich využívání jako běžných pokojů neumožňuje pohotovostní využití pro jiné pacienty, jejichž zdravotní stav pobyt v těchto místnostech vyžaduje.

Ve filtrové části oddělení B1 je před místnostmi určenými k omezování pacientů ochrannými pásy předsíň. Podle sdělení pacientů jsou však dveře od předsíně často otevřeny, a pacienti tak často vidí na pacienty, kteří jsou zrovna v omezení. **Doporučuji klást zvýšenou pozornost na zavírání těchto dveří a ochranu soukromí pacientů v omezení.**

Opatření:

- 40) Zajišťovat soukromí a bezpečí pacientů, kteří jsou v omezení, a znemožnit přístup jiných pacientů k pacientovi v omezení nebo vizuální kontakt s ním (bezodkladně).**
- 41) Místnosti určené k bezpečnému pohybu a místnosti určené k omezení pacienta ochrannými pásy nepočítat do celkové kapacity lůžek oddělení (bezodkladně).**



Nová rizika špatného zacházení

19. Neočekávaná úmrtí pacientů

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.⁷¹ Tomu odpovídá také doporučení CPT, aby [stát zajistil, že by] bylo prováděno důkladné vyšetření každého úmrtí pacienta, ke kterému dojde v souvislosti s jakýmkoli použitím síly, použitím omezovacích prostředků nebo případy násilí mezi pacienty. Cílem šetření 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.⁷²

Ze studované dokumentace vyplývá pět případů neočekávaného úmrtí. Přestože se ve čtyřech případech jednalo o úmrtí pacientů v omezení, v žádném z uvedených případů nebyla kontaktována policie. To patrně proto, že příčina úmrtí pacientů byla následně pitvou stanovena. Ve dvou případech však není pitevní zpráva součástí zdravotnické dokumentace. Nelze tak ověřit, že příčina úmrtí uvedená ve zdravotnické dokumentaci odpovídá závěrům pitevní zprávy, což vzhledem k níže uvedeným nedostatkům péče může vzbuzovat pochybnosti. Navíc sama pitva nemusí odpovědět na všechny otázky spojené s úmrtím, například jaký přesně byl mechanismus působení různých vlivů, jako je i omezení. Tyto případy tak vzbuzují i další otázku, totiž kdo objasní okolnosti a příčinu úmrtí u osob, u kterých není po provedení pitvy zcela jasné, zda úmrtí nastalo pouze z chorobných příčin, či došlo i k zanedbání péče nebo cizímu zavinění. Pozůstalí mají právo na účinné vyšetřování zaměřené na objasnění příčiny úmrtí, což případně může vést k odškodnění nebo vyvození odpovědnosti konkrétních osob. Střet zájmu nemocnice a pozůstalých je zde pochopitelný.

Ze zdravotnické dokumentace pacientů vyplývá, že k žádnému z neočekávaných úmrtí neproběhlo ani interní šetření ze strany nemocnice. To považuji za nedostatečné a alarmující s ohledem na nedostatky vedení zdravotnické dokumentace, jež vzbuzují vážné pochybnosti o náležitosti poskytnuté péče.

- (1) **Pacientka G.** byla hospitalizována pro depresivní poruchu s psychotickými příznaky, zemřela ve věku 54 let. Dne 24. 12. 2021 v 2:00 hod. ji zdravotní sestra našla v omezení ochrannými pásy bez známek života (omezením pacientky se zabývá v kapitole 16). Omezení pacientky trvalo necelé tři dny. Podle dokumentace byl informován žurnální lékař. Podle jeho zápisu v 2:41 hod. příčina úmrtí nebyla jasná, proto byla nařízena soudně lékařská pitva. To je správné. Součástí zdravotnické

71 Srov. rozsudek Velkého senátu Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Fernandes de Oliveira proti Portugalsku* ze dne 31. ledna 2019, č. 78103/14, dohledatelné pomocí eslp.justice.cz, bod 137. Rozsudek ESLP ve věci *Arskaya proti Ukrajině* ze dne 5. prosince 2013, č. 45076/05, bod 65.

72 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.



dokumentace však není zpráva z pitvy. Úmrtí pacientky bylo evidováno jako nežádoucí událost, nicméně z dokumentace nevyplývá, že by událost byla nějak dále řešena.

- (2) **Pacient C.** byl hospitalizován pro paranoidní schizofrenii, zemřel ve věku 51 let. Podle zápisu ve zdravotnické dokumentaci ho dne 13. 7. 2020 v 4:50 hod. zdravotní sestra našla bez tepu. Podle zápisu zdravotní sestry byl kontaktován žurnální lékař. Následuje zápis lékaře, že ve 4:50 hod. bylo omezení magnetickými pásy ukončeno (pacient byl omezen po dobu necelých dvou dnů). Tento zápis je na rozdíl od jiných zápisů lékařů činěn propiskou a těsně mezi předchozí a následující zápis. To vyvolává dojem, že byl zápis dopsán až zpětně. Podle dalšího zápisu žurnálního lékaře v 5:23 hod. byl lékař přivolán k pacientovi v 5:12 hod; z toho tedy vyplývá, že zdravotním sestram trvalo 22 minut, než přivolaly lékaře.

Lékař zahájil nepřímou srdeční masáž, nicméně byla neúspěšná. Vzniká tak silné podezření na neposkytnutí včasné zdravotní péče. Podle zápisu lékaře bylo ohledáno tělo, nebyly nalezeny známky poranění či traumatu. Byla indikována pitva. Ve zdravotnické dokumentaci je uveden výsledek pitvy (opis pitevní diagnózy). Byl sepsán protokol o nežádoucí události, do kterého byla později doplněna příčina úmrtí (trombolická embolie plicní tepny). Nicméně, chybí jakákoliv informace o tom, jak se tato závažná situace dále zhodnotila.

- (3) **Pacient H.** byl hospitalizován pro abstinenční syndrom, zemřel ve věku 60 let. Pacient byl omezen ochrannými pásy z důvodu zmatenosti a rizika pádu (tímto typem omezení a pochybnostem ve zdravotnické dokumentaci se zabývám v kapitole 16.1). K úmrtí pacienta z dokumentace vyplývá, že pacient byl v 5:10 hod. nalezen zdravotní sestrou bez známek života. O tomto byl informován lékař, který v 5:15 hod. konstatoval smrt pacienta.

V dokumentaci zcela chybí záznam o tom, zda personál zahájil neodkladnou resuscitaci, případně z jakého důvodu se tak nestalo. Ze zápisu vyplývá, že lékař indikoval pitvu pacienta, pitevní zpráva však není součástí zdravotnické dokumentace. Z výstupní zprávy vyplývá, že příčinou smrti byla srdeční zástava. Z dokumentace nevyplývá, že by úmrtí pacienta bylo předmětem jakéhokoliv dalšího šetření.

- (4) **Pacientka J.** byla hospitalizována pro mánii s psychotickými symptomy, zemřela ve věku 62 let. Pacientka zemřela v omezení ochrannými pásy. Omezení trvalo 12 dnů, přičemž zápisy o průběhu zdravotního stavu a péči o pacientku ve zdravotnické dokumentaci naznačují závažné nedostatky (např. nedostatečné lékařské kontroly, nedostatečný popis bezprostředního ohrožení na životě či zdraví, chybějící informace o mírnějších alternativách, anebo plánu pro ukončení omezení s ohledem na to, některé dny chybí slovní zápis lékaře – je zde pouze razítko „stav nezměněn“).

K úmrtí pacientky z dokumentace vyplývá, že v 5:00 hod. zdravotní sestry nahlásily lékaři zvýšenou teplotu pacientky a následně v 5:18 hod. informovaly lékaře, že pacientka je bez známek dechu, nebyl nahmatán pulz. Podle zápisu byl přivolán lékař a zahájena resuscitace. Pacientka však zemřela. V dekurzu je pouze informace o tom, že lékař prosí o informování rodiny. Součástí zdravotnické dokumentace je pitevní protokol, podle kterého měla pacientka bakteriální infekci neznámé lokalizace, zemřela na srdeční zástavu. V dokumentaci není zmínka o tom, zda bylo úmrtí pacientky podrobena dalšímu šetření zaměřenému na poskytovanou péči.



- (5) **Pacient K.** byl hospitalizován pro paranoidní schizofrenii, zemřel ve věku 56 let. Dne 2. 2. 2022 v 7:20 hod. byl nalezen v kolapsovém stavu na jídelně, přičemž přítomný personál ihned zahájil resuscitaci. Po 10 minutách dorazila rychlá zdravotnická pomoc, která přebrala resuscitaci. Resuscitace se nezdařila, byla indikována pitva zemřelého. Pitevní protokol je obsahem zdravotnické dokumentace pacienta.

Jako základní příčina úmrtí byla označena aspirace cizího tělesa (rohlíku) v hrtanu, překrvení plic a otok mozku. O úmrtí pacienta byla sepsána nežádoucí událost, která obsahuje pouze popis události, výsledek pitvy a informování sestry pacienta. Z dokumentace však nevyplývá, že by úmrtí pacienta bylo interně prošetřeno. To považují za nedostačující, neboť je známo, že psychiatrické medikace mohou vést ke zhoršení polykání pacientů a není jasné, zda byl personál přítomen na jídelně při podávání stravy.

Opatření:

- 42) **Bezodkladně poskytnout kopie pitevních protokolů z provedené pitvy pacientky G. a pacienta H. (spolu s vyjádřením ke zprávě).**
- 43) **Sdělit, zda byla v případě úmrtí pacientů C., G., H., J. a K. informována policie (bezodkladně).**
- 44) **Bezodkladně podrobit úmrtí pacientů C., G., H., J., K. internímu rozboru s cílem získat maximální poučení, co se týká postupů poskytování péče, i vysvětlení události pro personál. Poskytnout mně plnou zprávu [nikoliv jen závěry] z těchto šetření (spolu s vyjádřením ke zprávě).**
- 45) **Přístupovat 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. Tyto události vyhodnocovat [tedy hledat opatření, kterými by bylo možno předejít jejich opakování] a zaznamenávat do celkové evidence nežádoucích událostí (průběžně).**

20. Rozleповání pošty od soudu

Ve zdravotnické dokumentaci pacientů M. a I. byly nalezeny obálky od soudu, které nebyly rozlepeny. Obálky byly označeny nápisem „NEUKLÁDAT“. Doručenka z obálek ale byla odtržena. Poštu od soudu přebírá za pacienty personál, přičemž personál následně také poštu otvírá a seznamuje pacienta s jejím obsahem. To nepovažuji za vhodné. Nemocnice by na sebe neměla brát odpovědnost za to, že pacienta s písemností seznámí, protože může mít s pacientem protichůdné zájmy. Nastavení také nese velké riziko toho, že nemocnice předá poštu pacientovi (a případně jej seznámí s obsahem) v situaci, kdy pacient obsah nepostihuje. Formálním předáním písemnosti tak pacient může lehce přijít o možnost podání opravného prostředku, nebo mu jeho využití může být ztíženo.

Pokud není pacient schopen se s písemností seznámit, nemocnice by o tomto měla vyrozumět soud. Informace o tom, že pacient není schopen porozumět písemnostem doručovaným od soudu, jsou pro něj důležité, aby mohl přijmout opatření k zajištění procesní ochrany pacienta (například vyslat vyššího soudního úředníka, který zajistí jak



předání písemnosti, tak nezávislé informování pacienta, případně ověří, že je informování nemožné).

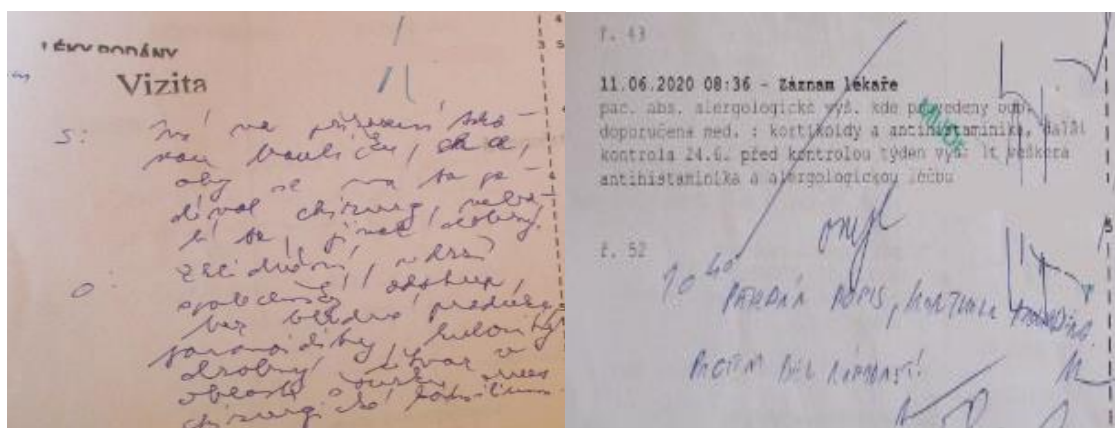
Opatření:

- 46) V případě, že má nemocnice za to, že pacientovi není možné efektivně předat písemnost do vlastních rukou a ukládá mu ji v jeho zdravotnické dokumentaci, vyrozumět o nepředání písemnosti soud (průběžně).
- 47) Předávat pacientům korespondenci od soudu bezodkladně. V případě, že o to pacient požádá, vysvětlit mu obsah dopisu (průběžně).
- 48) V případě, že je nemocnice přesvědčena, že pacient nerozumí obsahu dopisu od soudu ani po podání vysvětlení, vyrozumět soud, ať učiní vhodná opatření, aby se člověk mohl vhodnou formou s obsahem rozhodnutí seznámit (průběžně).

21. Úroveň zdravotnické dokumentace

Na tomto místě se zabývám kvalitou a přehledností zdravotnické dokumentace pacientů, přičemž dokumentování omezovacích prostředků rozebírám výše v kapitole 16. Zákon obecně uvádí, že zdravotnická dokumentace, včetně jejích samostatných součástí, musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována.⁷³

Oceňuji, že průběžné záznamy o stavu pacienta jsou ze strany lékařů a zdravotních sester zapisovány společně v jednom dokumentu. Jednotlivé zápisy v dokumentaci však trpí několika nedostatky, které výrazně ztěžují její srozumitelnost. Jde především o to, že zápisy ve zdravotnické dokumentaci jsou činěny z velké části ručně a často jsou zcela nečitelné. Dále jde také o škrtnání či zpětné dopisování. Nepřehlednost záznamů přitom může vést k poškození pacienta.



Anonymizované fotografie zdravotnické dokumentace

K obsahu zápisů podotýkám, že některé zápisy ve zdravotnické dokumentaci jsou zkratkovité a nevyplývají z nich dynamika vývoje zdravotního a psychického stavu (např. zápis „stav beze změn“, „spolupracuje“). Používání těchto formalizovaných frází nepovažuji za vhodné, neboť vede k tomu, že nejsou zapisovány důležité informace pro hodnocení

⁷³ Ustanovení § 54 odst. 2 zákona o zdravotních službách.



stavu pacienta. Jako zcela nedostačující shledávám, pokud je v záznamu o stavu pacienta pouze razítko lékaře bez jakýchkoliv informací o aktuálním zdravotním stavu pacienta.

S ohledem na zjištění ve zprávě, považuji za nutné provést interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace. **V rámci interní kontroly i vzdělávání personálu by se zařízení mělo zaměřovat na kompletnost, čitelnost a výstižnost záznamů ve zdravotnické dokumentaci včetně zaznamenávání průběhu použití omezovacích prostředků. Považuji za vhodné, aby interní kontrolu vedení dokumentace provedl pracovník, který nepůsobí na daném oddělení.**

Doporučení:

- 49) Provést interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace se zaměřením na čitelnost a výstižnost záznamů ve zdravotnické dokumentaci, včetně zaznamenávání průběhu použití omezovacích prostředků, a mimo jiné zhodnotit, zda je v dokumentaci dostatečně zachyceno konkrétní chování pacienta, nebo jsou používány obecné pojmy (do 3 měsíců).**



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• K léčbě bez souhlasu pacienta přistupovat pouze v zákonem předpokládaných případech [poskytování neodkladné péče], anebo po získání souhlasu příslušného soudu. V tomto ohledu přepracovat také formulář „<i>Poučení pacienta přijatého k výkonu ochranného léčení</i>“ (opatření č. 3).• Stanovit jasná pravidla pro postup v situacích akutních zdravotních obtíží pacientů a s těmito pravidly obeznámit všechny zaměstnance (opatření č. 9).• Odstranit rizikové prvky z prostor určených pro pacienty v akutním stavu (opatření č. 12).• Vybavit toalety toaletním papírem (opatření č. 16).• Na oddělení B1 prodloužit časový interval, ve kterém je odemčena koupelna (opatření č. 19).• Na oddělení A16 ukončit praxi omezování vycházek pacientům v kategorii III. (opatření č. 27).• Zrušit povinnost nosit pyžamo při dosažení nízké bodové hranice a po příjmu na oddělení – ve vstupním režimu a filtrové části (opatření č. 28).• Přepracovat standard „<i>Práva a povinnosti pacienta s uloženým ochranným léčením</i>“ v souladu se zákonem a doplnit jej o další práva a informace související s výkonem ochranného léčení (opatření č. 29).• Zajistit k dispozici signalizační zařízení pro pacienty v omezení, u nichž není zajištěn dohled přítomností pracovníka (opatření č. 39).• Zajišťovat soukromí a bezpečí pacientů, kteří jsou v omezení, a znemožnit přístup jiných pacientů k pacientovi v omezení nebo vizuální kontakt s ním (opatření č. 40).• Místnosti určené k bezpečnému pohybu a místnosti určené k omezení pacienta ochrannými pásy nepočítat do celkové kapacity lůžek oddělení (opatření č. 41).• Sdělit, zda byla v případě úmrtí pacientů C., G., H., J. a K. informována policie (opatření č. 43).
Do 1 měsíce	<ul style="list-style-type: none">• Zakotvit povinnost personálu nosit bezpečnostní náramky do vnitřního řádu nemocnice. Personál poučit o povinnosti nosit bezpečnostní náramky (opatření č. 5).
Do 2 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Vybavit oddělení B1, A12 a A14 schránkou pro podávání stížností a zajistit vybírání schránek nezávislým pracovníkem jednou týdně (opatření č. 1)• Vypracovat a umístit na oddělení B1, A9, A12, A14 a A16 informace o stížnostním mechanismu rovněž ve srozumitelném a jednoduchém jazyce (např. formou myšlenkové mapy či infografiky). Pacienty



	<p>se zhoršenou schopností porozumět informovat o stížnostním mechanismu opakovaně také ústně (opatření č. 2).</p> <ul style="list-style-type: none">• Dveře od toalet a koupelen vybavit zamykáním, které personál v případě potřeby může otevřít zvenčí (opatření č. 17).• Na oddělení S8 oddělit jednotlivé sprchy zástěnou dostatečně velkou k zastínění celé postavy (opatření č. 18).• Upravit vstupní prostory na oddělení A16 a přehodnotit využívání zadního vstupu na oddělení A16 (opatření č. 22).• Upravit systém spolusprávy na oddělení A16 tak, aby byl zajištěn proti zneužití (opatření č. 25).
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Na všech odděleních vypracovat plán optimálního personálního zajištění a pracovat na jeho realizaci. V souvislosti s tím usilovat zejména o navýšení počtu mužského personálu a navýšení počtu lékařů na odpolední a noční směně (opatření č. 8).• Na odděleních A9, A14 a A16 vytvořit soukromý prostor pro příjem návštěv umožňující průběh návštěvy v klidu. Tento prostor upravit pro konání návštěv s dětmi (opatření č. 20).• Zajistit všem pacientům bez zdravotní kontraindikace možnost denního přístupu na vzduch, a to i v nepříznivém počasí (opatření č. 26).• Provést interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace se zaměřením na čitelnost a výstižnost záznamů ve zdravotnické dokumentaci, včetně zaznamenávání průběhu použití omezovacích prostředků, a mimo jiné zhodnotit, zda je v dokumentaci dostatečně zachyceno konkrétní chování pacienta, nebo jsou používány obecné pojmy (opatření č. 49).
Do 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Katry na oddělení A16 nahradit jiným řešením k zajištění bezpečnosti personálu (opatření č. 4)• Vytvořit plán změny koncepce oddělení A12 a B1 [s cílem oddělit pacienty v akutní fázi onemocnění od zaléčených pacientů] a zahájit jeho realizaci (opatření č. 11).• Zajistit všem pacientům z oddělení A12 a B1 noční stolek, skříň a nějaký uzamykatelný prostor na pokoji. Klíč od uzamykatelného prostoru na pokoji vydávat všem pacientům, u nichž to není vyloučeno na základě individuálního posouzení rizik (opatření č. 14).• Nalézt vhodné řešení pro odstranění mříží z oken, sestavit plán úpravy oken vhodným technickým řešením a zahájit jeho realizaci (opatření č. 15).• Uzpůsobit podmínky na oddělení A16 tak, aby bylo zajištěno bezdrogové prostředí (opatření č. 21).• Vypracovat pro oddělení A16 program léčby a režim oddělení, který bude reflektovat individuální potřeby léčby pacientů (opatření č. 23).• Vypracovat pro oddělení A16 jasné informace a pravidla pro rozdělení pacientů do kategorií a postup v léčbě (opatření č. 24).



Do 1 roku	<ul style="list-style-type: none">• Snížit kapacitu mnohalůžkových pokojů na maximálně 4 lůžka, a to takovým způsobem, aby v budoucnu bylo možné nadále snižovat kapacitu pokojů, a zvolit takové stavební řešení, které nebude vyžadovat průchozí pokoje (opatření č. 13).
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Důsledně rozeznávat použití farmakologického omezovacího prostředku [tj. podání tlumících léků s použitím síly (nebo její hrozbou) za účelem zvládnutí chování pacienta], tedy zajistit jeho používání na základě rozhodnutí lékaře a s náležitým dokumentováním včetně centrální evidence (opatření č. 6)• 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. 7).• Usilovat o vysokou úroveň organizační kultury a edukovat personál o nezbytnosti zachování profesionálního vystupování k pacientům (opatření č. 10).• Evidovat každý zásah policie jako nežádoucí událost a vyhodnocovat jej za účelem možnosti přijetí opatření ke zvýšení bezpečnosti na odděleních, a tím i k omezení nutnosti zásahů policie (opatření č. 30).• Každé použití donucovacích prostředků vůči pacientovi v nemocnici podrobovat internímu šetření zaměřenému na nezbytnost, přiměřenost a profesionalitu zvoleného postupu (opatření č. 31).• Nepoužívat omezovací prostředky bez trvání řádného důvodu (opatření č. 32)• 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 (opatření č. 33).• Soustavně sledovat případy omezení trvajících nad několik hodin a hledat možnost úprav v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče, aby byla četnost a délka trvání omezovacího prostředku snížena. Pro rizikové pacienty zpracovávat plán zvládnutí rizika z důvodu prevence vzniku života ohrožujících situací, a to v rámci individuálního léčebného postupu (opatření č. 34).• K použití omezovacího prostředku, včetně omezení za účelem prevence pádu, přistupovat jako ke krajnímu opatření poté, co mírnější alternativy selžou (opatření č. 35).• Provádět lékařskou kontrolu pacienta v omezení ochrannými pásy [kurty] nejméně každé 3 hodiny a provádět z ní slovní zápis (opatření č. 36).



- Provádět slovní zápisy o zdravotním stavu pacienta v omezení ochrannými pásy do zdravotnické dokumentace každých 15 minut (opatření č. 37).
- Zajistit nepřetržitý dohled nad pacienty v omezení, a pokud možno i stálou přítomnost pečujícího u osoby v omezení (opatření č. 38).
- 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. Tyto události vyhodnocovat [tedy hledat opatření, kterými by bylo možno předejít jejich opakování] a zaznamenávat do celkové evidence nežádoucích událostí (opatření č. 45).
- V případě, že má nemocnice za to, že pacientovi není možné efektivně předat písemnost do vlastních rukou a ukládá mu ji v jeho zdravotnické dokumentaci, vyrozumět o nepředání písemnosti soud (opatření č. 46).
- Předávat pacientům korespondenci od soudu bezodkladně. V případě, že o to pacient požádá, vysvětlit mu obsah dopisu (opatření č. 47).
- V případě, že je nemocnice přesvědčena, že pacient nerozumí obsahu dopisu od soudu ani po podání vysvětlení, vyrozumět soud, ať učiní vhodná opatření, aby se člověk mohl vhodnou formou s obsahem rozhodnutí seznámit (opatření č. 48).

Spolu s vyjádření
ke zprávě

- Bezodkladně poskytnout kopie pitevních protokolů z provedené pitvy pacientky G. a pacienta H. (opatření č. 42).
- Bezodkladně podrobit úmrtí pacientů C., G., H., J., K. internímu rozboru s cílem získat maximální poučení, co se týká postupů poskytování péče, i vysvětlení události pro personál. Poskytnout mně plnou zprávu [nikoliv jen závěry] z těchto šetření (opatření č. 44).