



Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Boženy Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice
Zřizovatel:	Jihočeský kraj
Předseda:	MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.
Typ zařízení:	psychiatrické oddělení nemocnice
Kapacita:	60 lůžek
Datum návštěvy:	14. – 15. 10. 2021
Datum vydání zprávy:	4. května 2022
Návštěvu provedli:	Mgr. Tereza Ciupková, Mgr. Gabriela Mazúrová, MUDr. Otilie Bartáková, Stanislav Jirkovský, DiS., Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský.

Mgr. Monika Šimůnková
zástupkyně veřejného ochránce práv

Obsah

Úvodní informace	4
Systematická návštěva a její cíl	4
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	4
Charakteristika zařízení	6
Průběh návštěvy	7
Zaměření návštěvy	7
Shrnutí	9
Zjištění a doporučení	11
1. Bezpečnost pro pacienty a personál	11
1.1 Standard	11
1.2 Nebezpečné prvky v prostředí	11
1.3 Kamery	11
1.4 Signalizace od pacienta	13
1.5 Přivolání pomoci kolegů	13
1.6 Užívání izolačního pokoje na stanici A jako normálního pokoje	13
2. Personál	14
2.1 Zajištění poskytované péče	14
2.2 Podpora personálu	14
2.3 Školení personálu o používání omezovacích prostředků	14
3. Soukromí a důstojnost pobytu	15
3.1 Soukromí v průběhu návštěv	15
3.2 Možnost uložení si svých věcí v bezpečí	15
3.3 Soukromí na toaletách a ve sprchách	15
3.4 Vizity	16
4. Péče 16	17
4.1 Aktivity pro pacienty	17
4.2 Pobyt na čerstvém vzduchu	17
4.3 Péče o pacienta v závažném somatickém stavu	18
5. Režim21	21
6. Používání omezovacích prostředků	21
6.1 Standard	21



6.2	K používání omezovacích prostředků na oddělení	22
6.3	Rozhodování o použití a trvání omezení	23
6.4	Nezbytnost omezení, jeho trvání a dokumentování jeho průběhu.....	24
6.5	Dohled nad pacientem v omezení	26
6.6	Místnost určená k bezpečnému pohybu	27
6.7	Omezení pacienta pásy v lůžku.....	28
6.8	Používání farmakologického omezení na oddělení	28
6.9	Soukromí a bezpečí při omezení.....	30
6.10	Zpětný rozbor tzv. debriefing	30
6.11	Evidence a vnitřní kontrola.....	31
7.	Pojistky v průběhu hospitalizace.....	33
7.1	Poučení pacienta převzatého bez jeho souhlasu.....	33
7.2	Souhlas pacienta s hospitalizací.....	33
7.3	Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení	34
7.4	Stížnosti	35
	Přehled opatření k nápravě.....	37

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.¹ Současný ochránce JUDr. Stanislav Křeček tuto část své působnosti přenesl na svou zástupkyni, tedy na mě.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. Zařízení psychiatrické péče jsou jedním ze zařízení, jež mohu navštívit.³

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením (blíže viz část Zaměření návštěvy). Návštěvy probíhají zásadně⁴ neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“),⁵ konkrétně právníky, psychiatrické sestry a lékaře. Šetření 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 v České republice.

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 se podrobně nevěnuje oblastem, v nichž nebylo zjištěno riziko špatného zacházení. Soustředí se pouze na možné nedostatky.** Proto může působit nepříznivě a nevyváženě. Prosím čtenáře zprávy, aby na to pamatovali. Bez ohledu na závěry zprávy si vážím náročné práce všech zaměstnanců zařízení.

Zprávu pošlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsáním zjištěním a navrženým opatřením.⁷ Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

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

2 Podle § 2 odst. 4 zákona o veřejném ochránci práv. Více na www.ochrance.cz, v sekci *Veřejný ochránce práv, Rozdělení působnosti*.

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

4 Tato konkrétní návštěva byla ohlášena s jednodenním předstihem z důvodu epidemické situace.

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

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

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

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. Navrhují 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 označují opatření, která považují 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.

Ráda 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 nebudu vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **považovat za dostatečná**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁸ 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** na svých internetových stránkách⁹ a 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 Tzv. sankční opatření, u kterých se postupuje obdobně podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

9 Na stránkách www.ochrance.cz v sekci *Ochrana osob omezených na svobodě*.

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

Charakteristika zařízení

Psychiatrické oddělení nemocnice České Budějovice (dále jen jako „oddělení“) poskytuje akutní psychiatrickou péči dospělým pacientům s onemocněními z celého spektra psychiatrických diagnóz.

Na oddělení jsou 4 stanice. Z toho jsou 2 stanice uzavřené a zbylé 2 jsou polouzavřené, co je tím myšleno vysvětlují dále v textu.

Stanice jsou následující:

Stanice A – jedná se o uzavřenou koedukovanou příjmovou stanici, s kapacitou 12 lůžek. V době návštěvy na tomto oddělení bylo hospitalizováno 9 pacientů. Lůžka jsou na stanici A rozdělena do 3 pokojů po 3 lůžkách. Dále se do celkové kapacity započítávají 3 pokoje, kde je samostatné lůžko přikotvené k zemi. Na stanici se nacházejí 2 místnosti určené k bezpečnému pohybu, v každé může být umístěn 1 pacient, tato lůžka nejsou započítána do celkového počtu lůžek. Každý pokoj má samostatnou sprchu a toaletu, kromě místností určených k bezpečnému pohybu, které mají toaletu a sprchu společnou.

Stanice B – jedná se o uzavřenou koedukovanou stanici zaměřenou na méně závažné stavy, než stanice A. V době návštěvy na této stanici bylo hospitalizováno 16 pacientů. Lůžka jsou na stanici rozdělena do dvoulůžkových ložnic. Každý pokoj má samostatnou sprchu a toaletu.

Stanice C – jedná se o polouzavřenou¹¹ koedukovanou stanici. V době návštěvy na této stanici bylo hospitalizováno 17 pacientů. Lůžka jsou na stanici C rozdělena do dvoulůžkových ložnic. Každý pokoj má samostatnou sprchu a toaletu.

Stanice D – jedná se o polouzavřenou koedukovanou stanici. V době návštěvy na této stanici bylo hospitalizováno 15 pacientů. Lůžka jsou na stanici D rozdělena do dvoulůžkových ložnic. Každý pokoj má samostatnou sprchu a toaletu.

Na všech stanicích se dále nachází společná jídelna, kuřárna a terapeutická místnost, která by se měla otevírat v době uzavření denního stacionáře v přízemí.

Celkem oddělení disponuje 60 lůžky, přičemž ročně na oddělení proběhne více než 900 hospitalizací. Podle výroční zprávy za rok 2020 je průměrná doba hospitalizace na oddělení 15 dnů, dle sdělení personálu jsou na oddělení někteří pacienti i 3 měsíce.

Oddělení poskytuje i ambulantní péči, dětskou ambulantní péči a provozuje denní stacionáře. Těmto aspektům se však zpráva nevěnuje.

¹¹ Režim na stanicích C a D je mírnější, než na stanicích A a B, ale pacienti nemohou bez součinnosti personálu sami stanici opustit.

Budova oddělení se nachází mimo hlavní areál Nemocnice České Budějovice (dále jen jako „zařízení“) a disponuje také uzavřenou oplocenou zahradou a uzavřeným vjezdem pro rychlou záchrannou službu.

Budova oddělení byla zrekonstruována před 2 lety a uzpůsobena pro poskytování akutní psychiatrické péče o dospělé pacienty.

Průběh návštěvy

Systematická návštěva zařízení proběhla ve dnech 14. a 15. 10. 2021 bez ohlášení. Návštěvu provedli právníci Kanceláře Mgr. Tereza Ciupková, Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský a Mgr. Gabriela Mazúrová. Na šetření se též podíleli pověřeni experti MUDr. Otilie Bartáková a Stanislav Jirkovský, DiS.

Úvodního rozhovoru, při němž bylo předáno pověření k provedení návštěvy, se za zařízení účastnil předseda představenstva MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. Na oddělení návštěvu následně doprovázel primář oddělení MUDr. Jan Tuček, Ph.D., a vrchní sestra oddělení Mgr. Hana Dohnalová.

Zaměstnancům Kanceláře byl umožněn přístup do všech prostor a mohli hovořit se všemi zaměstnanci i pacienty. Zaměstnanci Kanceláře studovali zejména zdravotnickou dokumentaci pacientů, dokumentaci týkající se stížností, dokumentaci nežádoucích událostí a vnitřní předpisy zařízení.

Za poskytnutí součinnosti zaměstnancům zařízení děkuji.

Zaměření návštěvy

S ohledem na zákonný cíl systematických návštěv nejsou předmětem šetření veškeré důležité aspekty poskytování péče, nýbrž jen ty, které souvisí s právním pojmem „špatné zacházení“ a jeho prevencí.¹² Takové závažnosti mohou při hospitalizaci dosáhnout (i) špatné podmínky a režim, pokud by byla překročena nevyhnutelná míra strádání vždy spojená se zbavením svobody, (ii) nezajištění péče nebo některé nedobrovolně podstoupené léčebné postupy či použití fyzické síly, jež by nebylo nezbytně nutné v důsledku jednání osoby, (iii) neprofesionální jednání, nebo dokonce násilí ze strany pečujících a (iv) nezajištění ochrany před ublížením nebo zneužitím ze strany třetích osob.

12 Nemocnici zřizovanou Ministerstvem zdravotnictví a pověřenou zákonem k realizaci opatření, jako je i nedobrovolná hospitalizace a léčba, je třeba ve světle judikatury Evropského soudu pro lidská práva považovat za veřejnou instituci, jejíž postup může být přičitatelný státu [viz např. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2) ze dne 19. 2. 2015, č. 75450/12, bod 99. Přiměřeně viz také rozsudek ve věci Bureš proti České republice ze dne 18. 10. 2012, č. 37679/08, bod 77. Obojí dohledatelné pomocí eslp.justice.cz]. Úkony či nečinnost zaměstnanců mohou zakládat odpovědnost státu za porušení zákazu špatného zacházení. Svůj přístup tedy opírám o výklad závazků plynoucích státu z článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb., dále jen „Úmluva“).

Pro naplnění tohoto cíle jsem zkoumala nastavení preventivních a následných opatření pro zamezení špatného zacházení s pacienty, a to jak ze strany personálu, tak jiných pacientů. Dále byly zkoumány vytipované kazuistiky, zjišťovány personální, materiální a organizační podmínky i fungování stížnostního mechanismu.

Shrnutí

Hlavním benefitem oddělení je **prostředí, kdy budova** byla v nedávné době zrekonstruována právě pro pobyt a léčbu psychiatrických pacientů. Všechny stanice jsou velmi prostorné a prosvětlené. Pokoje pacientů jsou převážně dvojlůžkové, přičemž na stanici pro pacienty v akutním stavu jsou 2 místnosti určené k bezpečnému pohybu. Pokoje pacientů mají vlastní toalety a sprchy. Prosklené sesterny zajišťují dobrý přehled o dění na odděleních. Pacienti na oddělení mohou využívat služby denního stacionáře, aktivizační místnosti a venkovní uzavřené zahrady. Oproti jiným psychiatrickým zařízením je budova kliniky v dobrém stavu, prostředí je příjemné a vytváří podmínky pro poskytování nerestriktivní péče. Nicméně lze shledat i několik dílčích problémů. Ve zprávě např. upozorňuji na špatné podmínky pro zajištění přístupu na vzduch pro některé pacienty, stejně jako stále se objevující chyby ve vedení zdravotnické dokumentace.

Personální zajištění péče se jeví jako dostatečné, což potvrdili i samotní pracovníci. Oceňuji, že přístup personálu k pacientům byl během návštěvy slušný a vstřícný.

Naopak shledávám chybně nastavenou praxi v **používání omezovacích prostředků na oddělení**. Zařízení musí učinit opatření k tomu, aby byl skutečně respektován princip subsidiarity a nezbytnosti u používání omezovacích prostředků v klinické praxi. Dokumenty zařízení k používání omezovacích prostředků nejsou navíc dostatečně uzpůsobeny k tomu, aby naplnily tyto principy. Ze studované zdravotnické dokumentace vyplývá, že pacienti často nejsou uvolněni z omezení, a to ani v případech, že nevykazují znaky neklidu. Hlavně ve zdravotnické dokumentaci nebyla opodstatněná nutnost doby trvání používání omezovacích prostředků, a tak v některých případech bylo omezení nepřipustně dlouhé. Rozsah kontrol pacienta v omezení lékařem neodpovídá pravidlům. Jelikož použití omezovacího prostředku v jiné situaci než v situaci bezprostředního ohrožení, tedy v rozporu se zákonem, představuje špatné zacházení, shledávám v praxi nemocnice riziko špatného zacházení, umocněné nesprávně vedenou zdravotnickou dokumentací, což jde k tíži nemocnice.

Oddělení vůbec nepracuje s farmakologickým omezením. To považuji za problematické, neboť fakticky k takovým omezením na oddělení již dochází. Od 1. ledna 2022 vstoupila v účinnost novela zákona o zdravotních službách¹³, která upravila nově i definici farmakologického omezení. Vyzývám zařízení proto, aby upravilo stávající používání omezovacích prostředků tak, aby odpovídalo aktuální právní úpravě.

Zásadním nedostatkem je **vedení zdravotnické dokumentace**, a to nejen při používání omezovacích prostředků. V dokumentaci se objevovaly přepisy rukou, u kterých nebylo možné identifikovat odpovědnou osobu. Navíc v případě použití omezení nebylo vždy jasné

13 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o zdravotních službách“).

zachyceno bezprostřední ohrožení, k jehož odvrácení byl omezovací prostředek použit, nebo informace o tom, proč nebylo možné využít mírnější prostředek. Apeluji na zařízení, aby **provedlo vnitřní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace** a využilo tuto zprávu jako jeden z podkladů ke změně zavedené praxe.

Ve své zprávě upozorňuji na **nedostatečný stížnostní mechanismus na oddělení**. Co se týká vyřizování stížností, které obdrží, tak při jejich vyřizování jsem shledala několik problémů.

Zjištění a doporučení

1. Bezpečnost pro pacienty a personál

1.1 Standard

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

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

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

1.2 Nebezpečné prvky v prostředí

Zařízení musí přijímat kroky k tvorbě takového prostředí, které je pro pacienta, při respektu k jeho autonomii, co nejméně ohrožující. Prostor, v němž je osoba držena, musí být přiměřený jejímu zdravotnímu stavu. Pokud tomu tak není, může to být vnímáno jako absence respektu k potřebám člověka. Má zpráva nemá být vnímána jako výzva k vytvoření sterilního prostředí. Odstraněny by však měly být zejména ty prvky, které pacientům kromě ohrožení nic nepřinášejí.

Oddělení je nově zrekonstruováno, na žádné ze stanic jsem nezjistila prvky, které by potřebovaly bezpečnostní úpravy.

1.3 Kamery

Kamery na pokojích u pacientů, kde pacienti bydlí, jsou výrazným zásahem do jejich soukromí. Používání kamer v prostorech, kde pacienti bydlí a léčí se, může vést k eliminaci veškeré intimity a nahrazováním osobní péče distančním neosobním sledováním. Závažnosti

špatného zacházení¹⁴ může dosáhnout i intenzivní zásah do soukromí pacienta, jako je plošné používání kamer v ložnicích. Právo na bezpečí musí být vyvažováno právem pacienta na soukromí, což vyžaduje provádět individuální hodnocení rizika a individuální rozhodnutí o použití kamery. Nejde navíc o úsporu času personálu, neboť sledování obrazu blokuje pracovníka, a protože je únavné, vyžaduje pravidelné střídání, aby bylo zabezpečeno řádně.¹⁵

Využívání kamer není jasně vymezeno v zákoně a v psychiatrických nemocnicích je používání kamerového systému nastaveno různě.¹⁶

Systém, který nepořizuje záznam a který je využíván na oddělení, snímá na všech stanicích prostor přede dveřmi a chodbu, kuřárnu a společenskou místnost. Dále na stanici A jsou kamery umístěné ve všech pokojích, v místnosti pro bezpečný pohyb je kamera i se zvukem. Na stanici B jsou kamery aktuálně jen na několika pokojích, podle sdělení staniční sestry je v plánu rozšíření počtu kamer do všech pokojů. Na žádné ze stanic kamery nesnímají sprchy a záchody. Monitor s výstupem z kamer je umístěn na sesterně. Během návštěvy bylo zjištěno, že monitor byl neustále sledován jedním ze zaměstnanců.

Mám za to, že každá stanice i ta pro poskytování akutní péče, by měla být vybavena několika ložnicemi bez kamer. Pokud jsou kamery na oddělení na všech ložnicích, nelze k jejich používání přistupovat individuálně, protože kamerami je snímán každý pacient.

Vedení popisovalo stanici B jako příjmovou stanici pro pacienty, kteří spolupracují a jsou méně riziková než na stanici A. Proto shledávám vyjádření o zamýšleném rozšíření kamerového systému do všech pokojů jako možné riziko narušení soukromí pacientů. Někteří pacienti se při rozhovorech přímo zmiňovali, že jim je nepříjemné být sledován 24 hodin v kuse, ačkoliv byli už přesunuti ze stanice A.

Opatření:

- 1) Odstranit ty kamery, které nejsou bezpodmínečně nutné k zajištění bezpečnosti pacientů, a to zejména kamery ze společenských prostor a z běžných pokojů (do 6 měsíců).**
- 2) Instalovat kamery pouze v místnostech, kde je vyhodnocena nutnost zvýšeného dohledu (průběžně).**

14 Čl. 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.

15 Zpráva ze systematických návštěv: Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata. 2019. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/21-2016-NZ-MLU_SZ-ochranne_leceni.pdf. Str. 45–47.

16 Zpráva ze systematických návštěv: Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata. 2019. https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/21-2016-NZ-MLU_SZ-ochranne_leceni.pdf. Str. 45–47.

1.4 Signalizace od pacienta

Pacient by měl mít možnost přivolat si personál důstojným způsobem. Na oddělení bylo zjištěno, že všichni pacienti mají ze svého lůžka možnost přivolat si personál. V případě, že by došlo k nehodě v koupelně a pacient by upadl na zem, je možné přivolat personál díky umístění tlačítka v nižší poloze. Zjištěné považují za případ správné praxe.

1.5 Přivolání pomoci kolegů

Personál má k dispozici přenosná tlačítka k přivolání pomoci kolegů. Tlačítka jsou spojena se systémem na sesternách a lze jimi přivolat pomoc z jiných oddělení. V případě, že zaměstnanec zmáčkne přenosné tlačítko, tak se poplach rozezná na všech sesternách.

Z vyjádření zaměstnanců vyplynulo, že není jasně daný postup, kdo v případě alarmu zůstává na stanici a kdo z personálu má odpovědnost pomoci volajícímu zaměstnanci. To může v krizové situaci vést k prodlevě způsobené tím, že se zaměstnanci budou muset domlouvat, kdo zůstane na oddělení a kdo vyrazí na pomoc.

Opatření:

- 3) Vypracovat postup pro případ volání pomoci kolegů z jiných stanic (do 3 měsíců).**

1.6 Užívání izolačního pokoje na stanici A jako normálního pokoje

Pokud není pokoj využíván jako omezovací prostředek, má mít pacient možnost svůj pokoj vždy opustit. Pokoje, které nemají z vnitřní strany kliku, představují riziko v tom, že je pacient nebude moci opustit rychle v krizové situaci (např. požár) a že v nich fakticky bude pacient vystaven omezení, kdy např. omylem dojde k zabouchnutí dveří.

Pokoje 4 až 6 na stanici A jsou vedeny jako izolační pokoje, a proto oddělení odůvodňuje absenci kliky z obou stran. Dle personálu oddělení ovšem v případě naplnění kapacity stanice jsou tyto pokoje využívány i jako normální pokoje. To způsobuje riziko, že dojde k zabouchnutí pacienta na pokoji, který se může jinak volně pohybovat po stanici. Jeví se jako neúčelné, že dveře nejsou vybaveny klikou z obou stran, protože pokud je v místnosti pacient omezen pásy, nemůže se ke dveřím dostat a klika ho nijak neohrožuje. Navíc jsou klikou vybaveny dveře na toaletu, takže nelze argumentovat tím, že by klika představovala ohrožení. Koule, která je na dveřích místo kliky, představuje stejné riziko. Absence kliky zvenčí je odůvodnitelná tím, že k pacientovi v omezení pásy by neměl mít přístup jiný pacient. To lze však vyřešit tím, že v případě využití pokoje k omezení pacienta jsou dveře zamčeny klíčem nebo je odejmuta vnější klika.

Opatření:

- 4) Zajistit, aby nemohlo dojít k tomu, že pacient nebude moci volně opustit pokoj v situaci, kdy není pokoj využíván jako omezovací prostředek (průběžně).**

2. Personál

Zaměřila jsem se i na počet personálu na všech stanicích, jeho vzdělání v oblasti používání omezovacích prostředků a na dostupnost supervize. Během návštěvy zaměstnanci Kanceláře pozorovali i jednání personálu s pacienty a shledali pouze zdvořilý a vstřícný přístup včetně oslovování.

2.1 Zajištění poskytované péče

Vyžádala jsem si informace o počtu personálu přítomného na oddělení. Na oddělení je naplněn minimální standard stanovený vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Podle sdělení vedoucích pracovníků je ve směně na všech stanicích vždy staniční sestra na ranní směnu, denní zajišťují 2 sestry a 2 sanitáři. Na noční směny se snaží zajistit přítomnost muže vždy, ale ne vždy je to možné. Na oddělení jsou v pracovních dnech a o víkendu přítomni vždy minimálně 2 lékaři. Nedocházím k závěru, že by množství personálu na oddělení bylo nedostatečné.

2.2 Podpora personálu

Jsem přesvědčena, že práce na psychiatrickém lůžkovém oddělení je natolik náročná, že potřeba supervize panuje na všech stanicích. Navrhuji proto uvážit nabídku supervizí pro zaměstnance.

Na oddělení nebyla zaměstnancům nabízena pravidelná ani ad hoc supervize. Vedením byla zmíněna možnost využít služeb psychologů z oddělení, nebo těch, kteří pracují v zařízení na jiných odděleních. Z rozhovoru s vedením vyplynulo, že vedení oddělení si není vědomo možnosti realizace supervize speciálně zaměřené pro personál psychiatrických oddělení.

Navrhuji proto nabídnout zaměstnancům možnost supervize. V případě nutnosti individuální podpory doporučuji tuto službu např. v podobě krizové intervence zprostředkovat nejlépe externím dodavatelem, aby nevznikaly paralelní vztahy (kolega – kolega a klient – terapeut).

2.3 Školení personálu o používání omezovacích prostředků

Každý rok probíhá školení personálu o používání omezovacích prostředků, které je vedeno oddělením. Další školení se zaměřením na omezovací prostředky, jako je školení na deeskalační techniky, na oddělení neprobíhá. **Doporučuji zařízení, aby zařadilo školení na deeskalační techniky mezi pravidelná školení.**

Opatření:

- 5) **Zajistit ošetrovatelskému personálu pravidelné [aspoň jednou ročně] školení na deeskalační techniky a používání omezovacích prostředků (do 1 roku).**

3. Soukromí a důstojnost pobytu

Nedostatečný pocit soukromí nebo nedůstojnost podmínek pobytu se snadno stane zdrojem frustrace. Zaměřuji se proto i na úroveň soukromí a důstojnost podmínek v zařízeních.

3.1 Soukromí v průběhu návštěv

Návštěva pacienta by měla probíhat v klidu a v alespoň základním soukromí. Samy o sobě jsou návštěvy emočně i organizačně náročné pro všechny zúčastněné. Bez adekvátního zázemí nemohou probíhat hladce a s maximálním prospěchem pro udržení a upevnění sociálních vazeb pacienta.

Stanice C a D měly doposud společnou návštěvní místnost, kterou zřizovatel rozdělil. Nyní jsou místnosti oddělené. Na oddělení A a B jsou návštěvní místnosti spojeny s jídelnou.

Ačkoliv teoreticky může dojít k situaci, kdy se budou návštěvy více pacientů v jedné místnosti vzájemně rušit, tak je oddělení dostatečně prostorné a žádný z pacientů neupozorňoval na to, že by v průběhu návštěvy neměl dostatek soukromí.

3.2 Možnost uložení si svých věcí v bezpečí

Uzamykatelné skříňky považuji za standard tam, kde není ohrožující sama přítomnost skřínky. Klíček od skříněk má být vydán všem pacientům, u nichž to není v rozporu se zdravotním stavem. Absence uzamykatelných prostor může negativně ovlivnit jejich pocit bezpečí a autonomie.

Pacienti na pokojích měli k dispozici noční stolek a skříň. Přestože skříň měla zámek, pacienti neměli možnost si skříň uzamknout. Noční stolky uzamykání neumožňovaly. Pokud pacienti chtěli uzamknout své cennosti, museli si věci uložit na sesterně. Žádná ze stanic neprováděla individuální zhodnocení zdravotního stavu pacienta pro vydání klíčů k uzamčení skříní ani nevydání neuváděla v dokumentaci.

Opatření:

- 6) Poskytovat pacientům klíče od skříní po individuálním zhodnocení jejich stavu a případné neposkytnutí zaznamenat do dokumentace (průběžně).**

3.3 Soukromí na toaletách a ve sprchách

Pacient má právo na soukromí, které je třeba respektovat, tím citlivěji v prostorách toalet a sprch. Zákon o zdravotních službách výslovně zmiňuje právo pacienta na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.¹⁷

¹⁷ Ustanovení § 28 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách.

Toalety na patientských pokojích mají dveře se zámky. Dle sdělení personálu ale tyto zámky pacienti nepoužívají, protože nejsou plně nainstalovány. Soukromí pacienta používajícího toaletu tak může narušit někdo další, kdo si nevšimne, že je obsazena. Zámky na toaletách umožňují otevření zámku zvenčí v případě nutnosti zásahu personálu. Není proto důvod neumožnit pacientům možnost se uzamknout na toaletě.

Opatření:

7) Umožňovat pacientům používat zámky na sociálních zařízeních (průběžně).

Pouze v jednom případě na oddělení B museli pacienti využívat sprchu na chodbě z důvodu technické závady té, kterou měli na pokoji. V případě provádění intimní hygieny v koupelně na chodbě pacientem, který je samostatný, je postavení okna v koupelně krajně nevhodné. Do koupelny lze totiž nahlédnout zvenčí z jiné stanice. Přestože zaměstnanci poukázali na možnost využití zástěny, nepovažuji to za trvalé řešení.

Opatření:

8) Znemožnit pohled do okna koupelny zvenčí, např. použitím matných fólií, které poskytnou pacientům více soukromí (do 1 měsíce).

3.4 Vizity

Jedním ze základních práv pacienta podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně¹⁸ je právo na soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. Je to pacient, kdo je oprávněn rozhodovat o tom, jaké informace budou poskytovány dalším osobám, což je však prakticky neproveditelné během skupinových vizit, a vizity by tak měly probíhat při zajištění soukromí.

Lékařské vizity na stanicích probíhají v soukromé místnosti, nikoli na pokojích pacientů. To považuji za správnou praxi, protože je tak zachováno soukromí pacientů. Pacienti ale musí na vizitu čekat na chodbě před místností, kde vizita probíhá. Často tak všichni čekají na chodbě třeba hodinu a půl. **Doporučuji stanicím upravit způsob provádění vizit tak, aby pacienti nebyli nuceni čekat na chodbě s ostatními pacienty.**

4. Péče

Ačkoliv účelem mé návštěvy není hodnocení kvality poskytované péče, zaměřila jsem se na několik oblastí, u nichž obecně vnímám souvislost s rizikem špatného zacházení. Používání omezovacích prostředků, které by systémově bylo možné také zařadit do této kapitoly, řeším z důvodu rozsáhlosti tématu samostatně dále v kapitole č. 5 *Používání omezovacích prostředků*.

18 Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 1997, vyhlášená pod č. 96/2001 Sb., čl. 10.

4.1 Aktivity pro pacienty

Pacienti v průběhu hospitalizace mají mít mimo čistě léčebných aktivit přístup i k aktivitám, které vedle léčby umožní odreagování a smysluplné trávení času.

Pacienti mají možnost v dopoledních hodinách využívat denní stacionář na oddělení. Zde je pro pacienty dostupná např. ergoterapie.

Na všech stanicích je navíc ještě aktivizační místnost, která je podle sdělení personálu přístupná pacientům v době, kdy je denní stacionář uzavřen. Místnost je vybavena mj. boxovacím pytlíkem, deskovými hrami a místem k sezení.

Pacienti nemají do místnosti volný přístup, ale musí je někdo pustit. Většina pacientů však sdělovala, že neví, na koho se s této záležitostí obrátit a jaký má aktivizační místnost režim. Informace o dostupných aktivitách a způsobu, jak má pacient o aktivitu požádat, nebyly nikde vyvěšeny. Na nástěnce na stanici A bylo uvedeno, že na inspekčním pokoji je možnost zapůjčení pastelek a her. Takováto informace by ale měla být doplněna o to, na koho se obracet.

Navrhuji proto, aby nejlépe na dveřích aktivizační místnosti byly zveřejněny informace pro pacienty o možnosti vstupu do aktivizační místnosti

Opatření:

- 9) **Zpřístupnit pacientům informace o vstupu do aktivizační místnosti a o podmínkách jejího využití (průběžně).**

4.2 Pobyt na čerstvém vzduchu

CPT doporučuje pobyt na čerstvém vzduchu bez časového limitu, jen s odkazem na podřízení se ordinovaným procedurám a aktivitám,¹⁹ zároveň je požadováno zajištění dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytné. Nemocnice by měla mít k dispozici náhradní oblečení a obuv, pokud pacient nemá vlastní pro pobyt venku.

Pobyt na čerstvém vzduchu lze omezit nebo případně stanovit nutnost doprovodu, ale musí to být na základě individuálního posouzení a tato skutečnost by měla být zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci. Pobyt na čerstvém vzduchu mimo oddělení lze také omezit vnitřním řádem za účelem zajištění řádného chodu oddělení, takové omezení však nesmí být nepřiměřené.

Respektuji, že akutní stav duševního onemocnění může činit ohrožujícím pro pacienta nebo jeho okolí i pobyt v terapeutické zahradě. Všem pacientům, u nichž to není v rozporu s jejich zdravotním stavem, by však pobyt na čerstvém vzduchu měl být dostupný. Pobyt

19 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 1. 2. 2022]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>, bod 94.

na čerstvém vzduchu nemusí mít jen podobu pobytu v uzavřené zahradě, ale může se jednat i o vycházku v doprovodu zaměstnance, dobrovolníka nebo návštěvy.

Ačkoliv oddělení disponuje uzavřenou zahradou, tak přístup na ni není přímo z oddělení. Každý pacient, i ten který může oddělení opustit samostatně, tak musí být na zahradu odveden personálem. Informace o možnosti využít terapeutické zahrady nebyla uvedena na nástěnkách oddělení.

Podle zdravotnické dokumentace **pacient č. 1** na zahradě od doby přijetí, tj. více jak 20 dnů, nebyl. Zákaz vycházek nebo vstupu na zahradu v jeho dokumentaci ale uveden nebyl. Naopak podle dokumentace byl aktuálně zařazen do stupně dohledu, v němž měl mít povoleny vycházky s rodinou. Dle mého názoru pak vycházka s rodinou je méně restriktivní režim než režim pobytu v uzavřené zahradě s personálem.

Opatření:

- 10) Pacientům, u nichž to nevyklučuje zdravotní stav, umožnit každodenní pobyt na čerstvém vzduchu (případně stanovit nutnosti doprovodu) a případné omezení pobytu na čerstvém vzduchu zaznamenat do zdravotnické dokumentace (průběžně).**

4.3 Péče o pacienta v závažném somatickém stavu

Během návštěvy si pověření pracovníci vyžádali zdravotnickou dokumentaci několika pacientů. Dva z pacientů na oddělení zemřeli a jeden z pacientů byl propuštěn, ale následně byla v jeho případě podána stížnost. V následujícím textu se odkazuji na tyto případy, které vyhodnotili přítomní pověření experti, jako problematické. Uvádím kazuistiky 3 pacientů, u nichž se vyskytly pochybnosti o správnosti postupu oddělení.

- U **pacienta č. 2** nebylo provedeno somatické vyšetření v rámci vstupního vyšetření s odůvodněním, že pacient „příliš nespolupracuje“. V dokumentaci dále chybí záznam nebo vizuální popis pacienta týkající se např. výživy, hydratace, zda je dušný či zda má normální zbarvení kůže. Dále je uvedeno, že byl pacient vyšetřen na neurologii, ale není uvedeno datum vyšetření, důvod k vyšetření či jaký byl stav zornic. Zápis obsahuje pouze doporučení k CT vyšetření hlavy. Při přijetí na oddělení byl zaznamenán vyšší krevní tlak a podána antipsychotická a anxiolytická terapie. Dle sesterského zápisu byl pacient při přijetí rozrušený, psychotický, avšak rámcově spolupracující. V průběhu noci byl klidný, spává. Není zde však zápis o měření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, tělesná teplota) nebo jakýkoliv jiný zápis o somatickém stavu. Dne 14. 8. 2021 v rámci lékařské vizity 10:20 hod. dokumentace obsahuje zápis, že pacient spává, ale porucha chování trvá a je simplexní. Dle sesterského zápisu ovšem pacient v 10:20 hod. jedl, pil a byl bez agrese.
- Ve 13:40 hod. byl pacient nalezen personálem bez známek života, ve 14:00 hod. bylo konstatováno úmrtí.
- V průvodním listu k pitvě ošetřující lékař píše, že pacient byl pravidelně sledován každých 15 min. V předložené dokumentaci však nebyl zápis o průběžných kontrolách; hodnoty fyziologických funkcí byly měřeny pouze při příjmu spolu s váhou, není zde

popis, jak pacient vypadal, zda dostatečně pil nebo močil. Dále je v průvodním listu, že pacientovi pro mírný polékový útlum nepodána medikace, avšak tuto informaci jsem nenalezla ani v záznamu lékaře či sesterském záznamu. Výsledek pitevního protokolu v dokumentaci není.

- Vzhledem k monstrózní obezitě, nejasným neurologickým obtížím a vyššímu krevnímu tlaku se jednalo o vysoce rizikového pacienta. **Vzhledem k výše popsanému se z pohledu experta jedná o podcenění závažnosti zdravotního stavu pacienta.**
- Z dokumentace **pacientky č. 3**, která byla přijata dne 10. 2. 2019, vyplývá, že se jednalo o pacientku se syndromem závislosti na alkoholu, kachektickou s alkoholickým jaterním selháním. Na psychiatrické oddělení byla přeložena po vyšetření na interním oddělení, kde byla diagnostikována snížená hodnota sodíku a draslíku v krvi, dále výrazná anemie a přeložena pro rozvinutý delirantní stav na psychiatrické oddělení. Pacientka po celou dobu hospitalizace nespolupracovala a vyžadovala plnou ošetrovatelskou péči.
- Dne 11. 2. 2019 obsahuje dokumentace zápis noční sestry, že pacientka od příjmu nemočila. Nenásleduje však žádný zápis, jak se tato situace řešila, je zde zápis až ve 22 hod. téhož dne, že pacientka močí do plen. V lékařských záznamech zcela chybí popis somatického stavu. Dále není vůbec reagováno na aktuální zdravotní stav pacientky, kdy není sledován příjem a výdej tekutin, nejsou sledovány hodnoty kontrolních doporučených odběrů, hodnoty amoniaku, které jsou v této fázi onemocnění velmi důležité pro sledování případného rozvoje jaterní encephalopathie. Dne 14. 2. 2019 přitom proběhlo interní vyšetření, které doporučuje odběr na amoniak. Dne 15. 2. 2019 se objevuje jednorázová ordinace ve formě podání infuze fyziologického roztoku bez medikace. Téhož dne dochází ke zhoršení zdravotního stavu pacientky, kdy bylo indikováno okamžité vyšetření MRI, kde byla prokázána atrofie mozku. Dne 16. 2. 2019 opět jednorázově podána 5% glukosa 500 ml, chybí zde ale záznam, zda pacientka přijímá ústy, zda polyká medikaci, jak vypadá bilance tekutin, zda je hydratována, zda nejsou přítomny známky krvácení. Dne 18. 2. 2019 ve 4:30 hod. pacientka nalezena bez známek života.
- Delirantní stav je závažný život ohrožující stav, kdy je nutné sledovat dynamiku metabolických parametrů, hladiny amoniaku a zabezpečit adekvátní parenterální terapii. Z dokumentace vyplývá, že se jednalo o závažný stav a expert se domnívá, že pacientka měla být na monitorovaném lůžku. Z pohledu experta se opět jednalo o podcenění závažnosti zdravotního stavu pacientky.
- V prostudované dokumentaci **pacienta č. 4** bylo zjištěno, že po celou dobu hospitalizace byl veden pod jiným rodným číslem a jinou zdravotní pojišťovnou. Je však zajímavé, že v rámci vstupního sociálního vyšetření je správné rodné číslo, ale pouze chybně uvedena zdravotní pojišťovna. Na vstupním příjmovém listu na psychiatrické oddělení A je správně uvedeno rodné číslo i zdravotní pojišťovna. Proto nerozumím tomu, jak je možné, že byl pacient č. 4 po celou dobu hospitalizace včetně propouštěcí zprávy veden pod jiným rodným číslem a zdravotní pojišťovnou. Ze stížnosti ze dne 3. 7. 2019 sociálního zařízení, odkud byl pacient převezen, navíc vyplývá, že proběhla několikrát snaha o úpravu údajů právě ze strany sociálního

zařízení. Kdy došlo k úpravě a opět k navrácení této závažné administrativní chyby, není jasné a v **předložené dokumentaci není záznam, kdo chybu zjistil, kdo a kde provedl úpravy v dokumentaci. Toto vyvolává pochybnosti o řádném vedení dokumentace.**

- V rámci vstupní příjmové sesterské epikrízy ze dne 15. 6. 2019 není popsáno žádné porušení kůže (zarudnutí, dekubitus či jiná poranění kůže), a toto není popsáno ani v průběhu hospitalizace v žádném sesterském záznamu, avšak v sesterské epikríze ze dne 17. 6. 2019 je popsáno zarudnutí kvalifikované jako opruzenina.
- Po celou dobu hospitalizace není v dokumentaci lékařský zápis o somatickém stavu pacienta ani reakce na sesterský zápis ze dne 17. 6. 2019, eventuálně úprava režimových opatření nebo medikace. Jsou zde velmi strohé lékařské zápisy, např. „klidný, defektní, organický“. Řada zápisů je formálních a je používán tzv. razítkový systém, často bez podpisu, kdo výkon provedl a jaký je aktuální stav pacienta.
- V závěrečné ošetřovatelské epikríze je záznam o změně na kůži, který byl následně (bez označení zdravotníka provádějícího změnu) pozměněn na opruzeninu. Dále není jasné, co pacient dostal za medikaci před překladem a jak bylo o kůži pečováno. Tyto informace nejsou obsaženy ani v překladové zprávě. Dle vyjádření sociálního zařízení, do kterého se pacient 4. vrátil, měl klient dekubit v sakrální oblasti, opruzená třísla a místy zapáchající bolestivé trhlínky kůže. Medikace byla opět vystavena na jiného pacienta.
- Z pohledu experta není zdravotnická dokumentace vedena řádně, vyskytují se zde časté úpravy, přepisy perem bez řádného označení, kdy a kdo opravu provedl. Ačkoliv vedení při zmínce na toto téma sdělilo, že chybu opravili, jakmile byla zjištěna, toto tvrzení nemůže být pravdivé, když správné údaje mělo zařízení k dispozici již od počátku. Při propuštění měl pacient dle záznamů změny na kůži (opruzenina), porušení kůže bylo škrtnutím opraveno. Tato změna je i graficky zaznamenána na polohovacím záznamu v oblasti kříže. **Všechny tyto administrativní a případně i ošetřovatelské chyby vyvolávají pochybnosti o pravdivosti zápisů a řádném vedení dokumentace.**

Přestože mohu pevně doufat, že se jedná o excesy z praxe, shledávám tyto výkyvy jako vysoce problematické.

Opatření:

11) Důsledně zaznamenávat osoby, které mění zápis ve zdravotnické dokumentaci (průběžně).

S ohledem na tato zjištění a zjištění uvedená v dalších kapitolách, **považuji za nutné, aby poskytovatel provedl 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, za podstatný nedostatek považují změny ve zdravotnické dokumentaci bez jasného označení zdravotníka, který je provedl.**

Opatření:

12) Provést interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace (do 3 měsíců).

5. Režim

Součástí hospitalizace na psychiatrickém oddělení jsou opatření, která se běžně nazývají „režimová“. Jedná se o pravidla a zvyklosti, které významným způsobem regulují pobyt na oddělení, určují, co je komu a za jakých podmínek dovoleno a co zakázáno.²⁰ Pokud by tato pravidla byla omezující nad míru nezbytně nutnou zejména pro zajištění řádného chodu oddělení a respektování práv ostatních pacientů,²¹ tak by (byť kumulativně²²) mohly vést ke špatnému zacházení.

Pravidla, která utváří režim oddělení, bývají zpravidla obsažena ve vnitřních řádech, přičemž pacient má ze zákona právo být s vnitřním řádem seznámen.²³

Na stanicích se aktuálně nenachází kopie vnitřního řádu volně dostupná pacientům. Vnitřní řád nebyli schopni na dotaz poskytnout ani zaměstnanci, proto ho nejsem schopna zhodnotit. Přesto se zaměstnanci Kanceláře v průběhu dne nesetkali s tím, že by na odděleních byl vyžadována zjevně nesprávný režim. Pacienti měli přístup k telefonu, mohli nosit vlastní oblečení a nebyly jim omezovány návštěvy.

Opatření:

13) Shrnout pravidla platná na oddělení do vnitřního řádu a zpřístupnit ho pacientům ve volně dostupných prostorech stanic (do 6 měsíců).

6. Používání omezovacích prostředků

6.1 Standard

Vedle naplnění základního účelu, kterým je odvrácení vážného nebezpečí, mají omezovací prostředky často nežádoucí účinky (způsobení bolesti, zranění, ponížení, narušení terapeutického vztahu, dokonce hrozí i náhlá úmrtí). Proto je jejich používání podrobeno

20 LUKASOVÁ, Marie. PETR, Tomáš. ŘÍČAN, Pavel. *Analýza režimových opatření*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2020. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Analiza-rezimovych-opatreni-2020.pdf>, <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Analiza-rezimovych-opatreni-2020.pdf>.

21 Viz § 46 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.

22 Viz rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Stanev proti Bulharsku ze dne 17. 1. 2012, stížnost č. 36760/06, § 205.

23 Viz § 28 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.

přísným pravidlům (včetně náročnějšího povolovacího procesu, dokumentování a rozboru případu s pacientem).²⁴

Aby v realitě poskytování péče skutečně platilo, že omezení je až krajní opatření, a personální, materiální a organizační podmínky na daném pracovišti je naopak nevynucují, měl by poskytovatel používání omezovacích prostředků centrálně sledovat a usilovat o jeho minimalizaci. Nesmí se připustit použití jako výchovné opatření nebo jako kompenzace nedostatku ošetřujícího personálu a nevhodnosti prostředí poskytování péče. Součástí tématu tak jsou také mírnější alternativy k odvrácení hrozícího nebezpečí, opatření ke snížení nezbytnosti používat omezení a systematické úsilí zařízení o naplňování zásady co nejmenšího omezení.²⁵

Zákon o zdravotních službách prošel novelizací a od 1. ledna 2022 nabylo účinnosti nové znění § 39, které upravuje omezení volného pohybu pacienta. Nové znění zákona o zdravotních službách tak připouští jako omezovací prostředek a) úchop zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, b) omezení v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, c) umístění v místnosti určené k bezpečnému pohybu, d) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin, e) **psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta**, nebo f) kombinaci uvedených prostředků.

Nově tedy **není přípustné omezení volného pohybu v sítovém lůžku**, jak tomu bylo do 31. prosince 2021. Zároveň zákon zpřesnil **definici farmakologického omezovacího prostředku jako podání léku silou za účelem zvládnutí chování pacienta**.

6.2 K používání omezovacích prostředků na oddělení

Metodický pokyn předsedy představenstva o Omezení volného pohybu pacienta v NCB (dále jen „vnitřní předpis zařízení k OP“) definuje druhy omezovacích prostředků, které prostředky se za omezovací nepovažují, jejich použití a hlášení použití omezovacích prostředků do centrální evidence.

Za omezující prostředky vnitřní předpis zařízení k OP považuje ty, které jsou uvedeny v zákonné úpravě.²⁶ Za omezovací prostředky nepovažuje pobyt v sítovém lůžku a izolační místnosti, pokud není lůžko nebo místnost uzavřena, užití psychofarmak z léčebných

24 Vycházím z § 39 zákona o zdravotních službách, metodického doporučení ministerstva a doporučených postupů psychiatrické péče. Dále vycházím ze Standardu CPT z roku 2017.

25 Jde o jednu z obecných zásad péče o osoby s duševní poruchou, viz článek 8 Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10, na ochranu lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou.

26 Ustanovení § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

důvodů, fixace v křesle pro udržení stability, připoutání končetiny i končetin při aplikaci infuze a upevnění zábran k lůžku.

6.3 Rozhodování o použití a trvání omezení

Zákon stanoví, že použití omezovacího prostředku má zásadně indikovat lékař a jen výjimečně, při nebezpečí z prodlení, jiný zdravotnický pracovník.²⁷

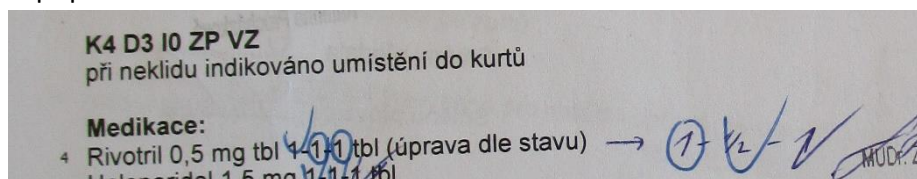
Z poskytnuté zdravotnické dokumentace jsem nezjistila situaci, kdy by se k použití omezovacího prostředku bezodkladně nevyjádřil lékař.

Zařízení ovšem upozorňuji na zavádějící užívání pojmů. Zdravotnická dokumentace pacienta č. 5 obsahuje záznam „Celý den neklidný, vchází na cizí pokoje, i přes upozornění opakovaně, reaguje vyjíždě, izolován na pokoji č. 7, do zklidnění stavu.“ Pokoj č. 3 je izolační místnost. Z rozhovoru s personálem vyplynulo, že v případě, že pacienta na izolační místnosti nezavřou, pak to nepovažují za omezení. Nelze rozhodnout, zda se jednalo o použití omezovacího prostředku bez rozhodnutí lékaře, je ale namístě upozornit na nevhodnost záznamu v dokumentaci, protože formulace „izolován na pokoji“, svádí k úvaze o použití omezení, které by navíc znamenalo porušení zákona. V záznamu by mělo být výslovně uvedeno, že místnost byla odemčena. **Pro přehlednost a kvalitu dokumentace zařízení doporučuji, aby používala přesné pojmy, které nedávají vzniknout pochybnostem o použití omezovacího prostředku.**

Opatření:

14) Upravit vnitřní předpis týkající se izolačních místností a definovat pravidla jejího používání (do 6 měsíců).

V dokumentaci pacienta č. 5 jsem si všimla, že měl pravidelně předepisováno umístění do kurtů v případě neklidu.



Obrázek 1: záznam ze zdravotnické dokumentace pacienta č. 5 ze dne 12. 10. 2021 o indikaci umístění do kurtů při neklidu

Není mi zcela jasné, z jakého důvodu se tato fráze opakovaně objevuje v dokumentaci pacienta. **Omezující prostředky nemohou být předepisovány preventivně a každé jejich**

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

použití musí být předepsáno po zvážení aktuální situace lékařem. Ze zdravotnické dokumentace jsem ovšem nezjistila, že by tento omezovací prostředek byl u pacienta využit.

6.4 Nezbytnost omezení, jeho trvání a dokumentování jeho průběhu

Ze zákona o zdravotních službách vyplývá, že omezovací prostředek lze použít pouze tehdy, je-li účelem jeho použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a že omezení pacienta nesmí trvat déle, než trvá ohrožení.²⁸ Neplatí, že by s použitím omezovacího prostředku bylo nutné čekat až na vyhocení situace,²⁹ pokud je lékař na základě své odbornosti přesvědčen, že pacient k realizaci ohrožení bezprostředně směřuje.

Průběh omezení má být přehledně dokumentován tak, aby ze záznamů bylo zpětně možno rekonstruovat důvod a průběh omezení, a také, aby bylo zajištěno předávání informací mezi zdravotníky. Bez řádně vedené zdravotnické dokumentace nemůže zdravotnické zařízení prokázat, že naplnilo zákonem uložené povinnosti.

Ze záznamů o průběhu omezení má být zřejmé, proč nebylo možné využít mírnější alternativy omezení, na základě čeho se zdravotníci domnívali, že je namístě v omezení pokračovat, a jaký byl zdravotní stav pacienta v průběhu omezení.³⁰

V zařízení je pro zachycení rozhodnutí použití omezovacího prostředku několik záznamových formulářů. Nejdříve je omezení zapsáno do denního dekurzu, ze kterého lze v ojedinělých případech vyčíst i důvod omezení. Ve stejném dokumentu je zaznamenáván rovněž stav pacienta v omezení každou hodinu. Dále je použití omezovacího prostředku zaznamenáno do dokumentu *Použití omezovacích prostředků* (dále jen „formulář OP“). První stranu vyplňuje ošetřující lékař. Ten do kolonky, která neposkytuje mnoho prostoru, zaznamená důvod omezení, dále stanoví frekvenci kontrol ošetřovacího personálu. Sám lékař zapisuje kontroly pacienta v omezení každé 3 hodiny. Na další stránce pak ošetřující personál zapisuje tlak, tep, výsledek glasgow coma scale (dále jen jako „GCS“) a způsob omezení pacienta v lékařem udaném časovém intervalu. Dále se omezení zapisuje do vnitřní softwarové aplikace zařízení.

Níže uvádím několik příkladů použití omezovacího prostředku ze studované zdravotnické dokumentace:

- **Pacientka č. 6** byla omezena při příjmu dne 9. 10. 2021. Jako důvod pro omezení je ve formuláři OP uveden neklid a agrese, v lékařské zprávě z uvedeného dne je z 18:25 hod. záznam: „*S pacientkou již nelze navázat validní kontakt. Nadává (Jděte*

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

29 Viz rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Aggerholm proti Dánsku ze dne 15. 9. 2020, stížnost č. 45439/18, § 96-98.

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

do prdele! Já tu nebudu!’)“. V centrální databázi, stejně jako ve formuláři OP, je indikace omezení popsána jako „*neklid, agrese*“. Pacientka dle ošetřovatelského dekurzu hodinu po omezení spí nebo pospává, chodí na toaletu s personálem a hydratuje se. Přesto je jí omezení ukončeno až následující den v 8:30 hod. ráno.

- **Pacient č. 7** byl v průběhu hospitalizace omezován opakovaně. U některých epizod omezení jsou však záznamy o rozhodnutí pro použití omezovacího prostředku velmi chudé a navíc chybí pravidelné zhodnocení nutnosti pokračování omezení. Dne 27. 8. 2021 ve 20:00 hod. zápis v ošetřovatelském dekurzu zní „*pacient stále neklidný, psychotický, nutné fyzické omezení pro nebezpečí heteroagrese*“. Ve formuláři OP je jako indikace omezení uvedena „*agresivita*“. Ve 20:00 hod. následujícího den, když byl pacient stále v omezení, obsahuje zápis v ošetřovatelském dekurzu „*tekutiny, pospává*“. Dále podle zápisu ošetřovatelského personálu pacient spí, hydratuje se, chodí na toaletu (s výjimkou ojedinělého neklidu ve 3:00 hod.). Ošetřovatelský personál v 10:10 hod. zaznamenává pacientův stav jako „*klidnější, močil, jedl, pil*“. Od 22:00 hod. pacient spí. Přesto je mu omezení ukončeno až v 6:30 hod. dne 30. 8. 2021.

Ze zdravotnické dokumentace pacientů č. 6 a 7 také není zřejmé, zda a jaké mírnější alternativy byly použity před přistoupením k omezení. V obou náhodně vybraných dokumentacích jsem objevila přinejmenším problematické zhodnocení nutnosti trvání omezení, kdy pacienti dle záznamu již nebyli neklidní nebo agresivní, ale byli ponecháni v omezení několik následujících hodin. Ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci pacientů navíc není vždy zřejmé, v čem bezprostřední ohrožení pacienta nebo jeho okolí spočívalo. **Použití omezovacího prostředku v jiné situaci než v situaci bezprostředního ohrožení, tedy v rozporu se zákonem, představuje špatné zacházení.**³¹ Přitom neuvedení důvodu v dokumentaci jde k tíži zařízení.

Jak bylo uvedeno výše, ve zdravotnické dokumentaci pacienta musejí být přezkoumatelně zachyceny důvody pro použití omezovacího prostředku, jakož také pro trvání jeho použití. Obecné formulace obsažené ve formuláři OP tak nemohou obstát, protože pojem neklid a agrese je velmi široký a pouze z něj nelze posoudit, zda byly naplněny podmínky pro použití omezovacího prostředku. Konkrétní informace o stavu pacientů vedoucí k omezení jsou většinou uvedeny pouze v denním dekurzu.

Doporučuji sjednotit zápisy o použití omezovacích prostředků a aby záznamy o zdůvodnění rozhodnutí lékaře o použití omezovacího prostředku ve formuláři OP byly

31 Srov. rozsudky Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice a M. S. proti Chorvatsku (č. 2).

co možná nejkonkrétnější. Momentální roztržitost zápisu totiž minimálně zahrnuje ošetřující personál zbytečnou administrativou.

Dále nepovažuji za přínosné zapisování výsledků GCS³². Není mi jasné, jaký důvod má takové měření, jestliže se zápis s největší pravděpodobností pouze přepisuje.³³ Jedná se opět o zbytečnou zátěž ošetřovatelského personálu, který by se mohl více soustředit na popis stavu pacienta. Na pravidelné zhodnocení stavu pacienta v omezení ale ve formuláři není dostatečný prostor.

Opatření:

- 15) Upravit dokumentaci o průběhu použití omezovacího prostředku v souladu s požadavky vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, a to zejména s důrazem na zaznamenání důvodu omezení a jeho trvání a neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků (průběžně).**
- 16) Dokumentovat výstižně nezbytnost uplatnění a trvání omezovacího prostředku, tedy popsat stav pacienta, bezprostřední ohrožení a důvod neúčinnosti mírnějších postupů nebo postupů vedoucích k uvolnění (průběžně).**

6.5 Dohled nad pacientem v omezení

Výbor CPT prosazuje jako standard,³⁴ že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení (pásky, síťové lůžko) nebo izolace, by měl být pod dohledem přítomného pracovníka.³⁵ Vedle zajištění bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta

32 Glasgow Coma Scale – Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí je stupnice používaná k vyhodnocení míry vědomí člověka.

33 Viz např. pacientka č. 3, které mělo být měřeno GCS v omezení 10. 10. 2021 ve 3:30 hod. ráno, kdy podle ošetřovatelské dokumentace spala. Přesto podle zápisu do formuláře OP má výsledek GCS 15, což znamená plné vědomí.

34 Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 1. 2. 2022]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd> (dále jen „Standard CPT z roku 2017“).

35 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.“

a zabránění pocitu opuštěnosti. Kamera tento stupeň dohledu nenahrazuje. Národní standard je méně náročný, když požaduje obecně **nepřetržitý dohled**.³⁶

Vnitřní předpis zařízení k OP upravuje dohled nad pacientem v kapitole č. 3.4. V případě použití ochranných pásů nebo kurtů a omezení pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu má být u pacienta zajištěn nepřetržitý dohled zdravotnických pracovníků. Lékař dále určí frekvenci ošetřovatelských kontrol a sledování, které zahrnuje sledování stavu vědomí, měření tlaku a pulzu, příjem a výdej tekutin, těsnost nasazení omezovacích prostředků a stav periferního prokrvení. Frekvence kontrol je buď nastavena na každou 1 hodinu, nebo dle ordinace lékaře. Lékař také určí frekvenci lékařských kontrol.

Z dokumentace omezení pacientů vyplývá, že ošetřující personál přistupuje k záznamům o průběhu omezení při zápisech do dekurzu častěji než stanovuje lékař.³⁷ Ošetřující personál zapisuje kontroly do ošetřovatelského dekurzu u všech pacientů po 1 hodině, zatímco do záznamu o sledování použití omezovacích prostředků zapisuje stav v intervalech určených lékařem. Kvituji snahu ošetřovatelského personálu provádět kontroly pacienta v omezení častěji. Přesto i tato časová frekvence je dle mého názoru příliš dlouhá a lékaři nastavená kontrola ošetřovatelským personálem po 3 hodinách je zcela nevyhovující. Typicky se v obdobných zařízeních setkávám s tím, že záznamy o průběhu jsou pořizovány nejméně v intervalu 30 minut.

Na oddělení je nepřetržitý dohled nad pacienty v omezení prováděn prostřednictvím kamerového systému. Upozorňuji ovšem na to, že pro zajištění nepřetržitosti dohledu musí být u monitoru neustále někdo přítomen, obraz z kamer sledovat a v případě potřeby zasáhnout. Pozorování kamerami proto nepředstavuje úsporu času personálu. **Zařízení proto doporučuji, aby v co největším rozsahu upřednostňovalo přímý osobní dohled nad pacientem v omezení.**

Opatření:

- 17) Zkrátit a sjednotit frekvenci ošetřovatelských kontrol u pacientů v omezení (průběžně).**

6.6 Místnost určená k bezpečnému pohybu

Na oddělení jsou 2 místnosti určené k bezpečnému pohybu, a to na stanici A, které mají společnou chodbu a toaletu. Obě místnosti jsou vybaveny kukátkami ve dveřích a jsou snímány kamerovým systémem. V místnostech určených k bezpečnému pohybu jsem nezjistila žádné

³⁶ Srov. čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva.

³⁷ Podle zdravotnické dokumentace pacientů, kteří byli v omezení, personál v ošetřovatelském dekurzu zapisoval kontrolu stavu pacienta každou hodinu, ve formuláři o OP je ovšem lékařem stanovena kontrola stavu pacienta každé 3 hodiny.

prvky, které by představovaly bezprostřední ohrožení pacienta. Lůžka v místnostech určených k bezpečnému pohybu správně nejsou počítána do počtu lůžek na oddělení.

6.7 Omezení pacienta pásy v lůžku

Pacient omezený pásy v lůžku se nachází ve zranitelném postavení, proto považují za nepřípustnou praxi v zařízení, kdy jsou pacienti pásy v lůžku omezováni na pokojích, kde jsou umístěni jiní pacienti, kteří nejsou v omezení, nebo dokonce na velkých ložnicích, kde k nim má přístup množství jiných pacientů.

K této praxi dochází z důvodu, že oddělení nepovažuje každé omezení pásy za použití omezovacího prostředku. Z pohovorů se zaměstnanci vyplynulo, že v některých situacích fixují obě dvě končetiny jako prevenci vytrhnutí si např. periferního žilního katetru u neklidného klienta. Za použití omezovacího prostředku nebylo dokonce považováno ani omezení břišním či hrudním pásem v lůžku jako prevence pádu. Všechny tyto fixace se nejenže nehlásí jako omezující prostředky, ale ani se nepoznamenávají do dokumentace, resp. to není vnitřními předpisy vyžadováno. To navíc znamená, že není stanovena frekvence ošetřovatelských ani lékařských kontrol.

Docházím k závěru, že použití pásů se stává použitím omezovacího prostředku, pokud není pacient schopen sám si fixovanou končetinu bez obtíží uvolnit, protože pak dochází k omezení volného pohybu pacienta. Pokud je tedy pacient fixován byt za jednu končetinu, ale sám s použitím omezovacího prostředku v konkrétní situaci nevyslovil souhlas nebo v průběhu omezení např. vlivem svého zdravotního stavu není schopen omezení sám bez výrazných obtíží ukončit (uvolnění fixované končetiny nebo rozepnutí hrudního pásu), tak se jedná o použití omezovacího prostředku a musí být dodržován standard, který je s jeho použitím spojen.

Opatření:

- 18) Dodržovat standardy používání omezovacích prostředků u všech případů omezení, tedy i z důvodu podávání infuze nebo jako prevence pádu (průběžně).**

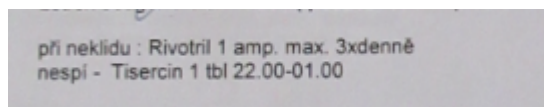
6.8 Používání farmakologického omezení na oddělení

Hranice mezi podáním léčiva jako fakultativní medikace nebo jako omezovacího prostředku se může jevit jako nejasná, mám však za to, že pokud pacient medikaci ke zvládnutí neklidu odmítá a je mu podána přes jeho odpor, musí k takové situaci být přistupováno jako k použití omezovacího prostředku. **Novelizací zákona o zdravotních službách účinnou od 1. 1. 2022 dal zákonodárce jasně najevo, že podání psychofarmak silou za účelem zvládnutí chování**

pacienta je omezovacím prostředkem bez ohledu na to, zda je léčivo podáno v rámci léčby duševního onemocnění, či nikoliv.³⁸

Vnitřní předpis zařízení k OP v době návštěvy obsahoval definici farmakologického omezovacího prostředku obsaženou v původním znění zákona o zdravotních službách, bude ho tedy nutné aktualizovat.

Podle centrální evidence omezovacích prostředků není na oddělení farmakologické omezení používáno. Dochází však k předepisování podání ampulí Rivotrilu při neklidu.³⁹ Takovouto fakultativní ordinaci jsem zjistila v různém dávkování ve zdravotnické dokumentaci pacientů č. 1, č. 5



Obrázek 2: záznam o fakultativním předpisu podání Rivotrilu ve zdravotnické dokumentaci pacienta č. 1 ze dne 25. 9. 2021

Zjevným příkladem použití farmakologického omezení je podání zklidňující medikace při příjmu pacientky č. 6. Z dokumentace vyplývá, že Haloperidol a Rivotril, které měla následující dny předepsané jako medikaci pro neklid, jí bylo možné podat až po asistenci zásahové služby, což je zjevná hrozba silou a vypovídá o nesouhlasu pacientky. Z centrální evidence však vyplývá, že toto podání medikace nebylo hodnoceno jako použití omezovacího prostředku, což považuji za chybu. Od účinnosti nového znění zákona o zdravotních službách navíc není pochyb o tom, že podobný postup představuje přímý rozpor se zákonem.

Dalším příkladem použití farmakologického omezení je podání Haloperidolu pacientovi č. 5 dne 24. 9. 2021. Ve zdravotnické dokumentaci pacienta k tomuto podání není nic uvedeno, ovšem o 2 hodiny později pacient podle zápisu odmítl svou pravidelnou medikaci. Nelze bez pochyby určit, jestli pacientovi č. 5 byly podány léky dobrovolně, zvláště když pak odmítl léky za 2 hodiny poté. Pokud ovšem nedal pacient souhlas, tak to oddělení mělo evidovat jako omezující opatření.

Opatření:

- 19) Přistupovat k podání psychofarmaka, popřípadě jiného léčivého přípravku pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta, jako k používání omezovacího prostředku a dbát o to, aby každé farmakologické omezení bylo prokazatelně indikováno, příp. schváleno lékařem (průběžně).**

38 Ustanovení § 39 odst. 1 písm. e) zákona o zdravotních službách.

39 Jako „neklidová medikace“ se předepisuje i např. Haloperidol a Apaurin, viz záznam ze zdravotnické dokumentace pacienta č. 2 ze dne 12. 10. 2021.

20) Upravit vnitřní předpis nemocnice k OP tak, aby odpovídal novele zákona o zdravotních službách a seznámit s ním personál (bezodkladně).**6.9 Soukromí a bezpečí při omezení**

Nacházet se v omezení před očima jiného pacienta je ponižující a muset snášet projev člověka, který nekontroluje své nebezpečné chování, zase může být traumatizující. Pacient v omezení se také nachází ve zranitelném postavení a může se stát obětí násilí ze strany jiných pacientů.

Zařízení musí vynaložit maximální úsilí, aby tomu zabránilo. Nejlépe tím, že zajistí, aby pacient v omezení nesdílel místnost s nikým. Požadavek, aby pacient v mechanickém omezení nebyl vystaven pohledu dalších pacientů, vyplývá z čl. 1 odst. 13 metodického opatření ministerstva.⁴⁰

Formálně dochází na oddělení k omezení pacientů v podmínkách, kdy je jiní pacienti nevidí, jelikož omezení probíhá na jednolůžkových pokojích. **S ohledem na to, že oddělení nepovažuje některá omezení pásy v lůžku za použití omezovacího prostředku, však může dojít k situaci, kdy je pacient fakticky omezen na pokoji za přítomnosti dalších pacientů.** Protože požadují již v opatření č. 15, aby k těmto omezením přistupovalo zařízení jako k použití omezovacího prostředku, neformuluji zde další opatření, neboť předpokládám, že do budoucna i takovéto omezení bude probíhat na jednolůžkové ložnici.

6.10 Zpětný rozbor tzv. debriefing

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.⁴¹

Přestože vedoucí pracovníci uváděli, že lékaři debriefing provádí po každém omezení, z rozhovoru s pacienty vyplynulo, že si toho nejsou vědomi. U pacientky č. 6, u které byly použity omezovací prostředky hned při příjmu a u které trvalo omezení až do následujícího dne, nebyl dle dokumentace proveden žádný debriefing.

40 Metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta, částka 4/2018 Věstníku MZ účinného od 20. dubna 2018 (dále jen „metodické doporučení ministerstva“).

41 Standard CPT, str. 50, bod 46. Dostupné z: <https://www.refworld.org/pdfid/4d7882092.pdf>.

Opatření:

- 21) Důsledně provádět s pacienty rozhovor po ukončení omezení ve smyslu a s cílem popsaného debriefingu a zaznamenat jej do zdravotnické dokumentace (průběžně).**

6.11 Evidence a vnitřní kontrola

Ve svých doporučeních dlouhodobě poukazuji na nutnost vedení zvláštní evidence, která by přehledně podchycovala případy použití omezovacích prostředků a umožňovala zařízení mít přehled o četnosti využívání restrikcí, sledovat trend a provádět efektivně vnitřní kontrolu. Praxi používání omezovacích prostředků by mělo zařízení pravidelně vyhodnocovat za účelem cíleného snižování potřeby jejich používání.⁴²

Zákon o zdravotních službách v § 39 odst. 4 stanoví povinnost zařízení vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, kterou ovšem nijak dál nespecifikuje. Podle mého názoru se jedná o nedostatečný zákonný požadavek, který zařízení alespoň převyšuje tím, že eviduje omezení i dle jednotlivých oddělení. Jsem však i přesto přesvědčena, že **stávající evidence zařízení neumožňuje zařízení cíleně hodnotit praxi používání omezovacích prostředků.**

V Nemocnici České Budějovice neexistuje centrální evidence použití omezovacích prostředků, z níž by bylo možné zjistit, který pacient byl kdy omezen. Přístup k používání omezovacích prostředků v zařízení, který je popsán v předcházejících podkapitolách, jsem tak mohla hodnotit pouze na základě dokumentace pacientů, která obsahuje i formuláře OP, u nichž jsem na použití omezovacího prostředku narazila náhodně nebo u nichž si použití omezovacího prostředku vybavil personál.

Četnost použití omezovacích prostředků na psychiatrickém oddělení za rok 2021 shrnuje Tabulka 1, která byla vytvořena na základě poskytnutých informací o souhrnném použití omezovacích prostředků na oddělení.

	Leden omezení	Únor omezení	Březen omezení	Duben omezení	Květen omezení	Červen omezení
Omezení – kurty	2 ⁴³ 4	4 1	3 2	6 1	6 9	4 2
Omezení – izolační místnost	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

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

43 Horní číslo znamená počet mužů, vůči kterým byl omezovací prostředek použit, a dolní číslo počet žen, vůči kterým byl omezovací prostředek použit.



Tabulka 1: četnost použití omezovacích prostředků za rok 2021

V informacích o souhrnném použití omezovacích prostředků byly i záznamy, které považuji za ne zcela jasné. Nemocnice eviduje např. informace nazvané „omezení – detence“. Není přitom jasné, zda tato informace odkazuje na to, kolik pacientů bylo hospitalizováno bez souhlasu, nebo kolik pacientů hospitalizovaných bez souhlasu bylo omezeno. Dále nemocnice eviduje v souvislosti s omezením např. informace nazvané „psychotické stavy“. Není zřejmé, zda informace odkazuje na důvod použití omezovacího prostředku nebo na důvod hospitalizace.

Stávající úroveň evidence znemožňuje podrobnou kontrolu, takže ani zaměstnanci Kanceláře nemohli při kontrole postupovat cíleně. Administrativní zátěž spojená s tvorbou evidence navíc není v tuto chvíli vyvážena ziskem relevantních poznatků, a to z následujících důvodů:

- z evidence není zřejmé, zda byly omezovací prostředky použity vůči jednomu či vůči více pacientům kombinovaně,
- z evidence nelze poznat, zda se omezení týkalo zranitelných skupin osob (děti, osoby s omezenou svéprávností, osoby vyššího věku),
- z evidence nelze poznat, jak dlouho omezení trvalo,
- z evidence nelze poznat, zda bylo omezení přerušováno,
- z evidence nelze poznat, v průběhu jakého omezení došlo k nežádoucí události (např. přetrhnutí kurtu, rozpletení sítě, zranění pacienta).

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

Opatření:

- 22) Evidovat použití omezovacích prostředků takovým způsobem, který umožní (při zachování ochrany osobních údajů) vytvořit evidenci obsahující identifikační údaje konkrétního pacienta, informaci o jeho případné zranitelnosti, o době trvání omezení, o počtu přerušení omezení a o výskytu případných nežádoucích událostí s omezením spojených (do 6 měsíců).**
- 23) Vést evidenci všech omezovacích prostředků podle zákona o zdravotních službách (průběžně).**

7. Pojistky v průběhu hospitalizace

7.1 Poučení pacienta převzatého bez jeho souhlasu

Na oddělení jsou hospitalizováni i pacienti, kteří byli přijati bez svého souhlasu. Z občanského zákoníku⁴⁴ vyplývá, že **pacient hospitalizovaný bez souhlasu musí bez zbytečného odkladu obdržet náležité vysvětlení svého právního postavení, zákonného důvodu učiněného opatření a možností právní ochrany.**

Na oddělení v době návštěvy nebyl dostupný žádný materiál, který by shrnoval práva a postavení nedobrovolně hospitalizovaného pacienta a který by si pacient v klidu mohl prostudovat po nedobrovolném převzetí do zdravotnického zařízení, až bude situace méně vypjatá než při jeho příjmu. Navrhují proto zařízení, aby takový materiál vytvořilo nebo využilo již existující volně dostupné materiály. Mohu nabídnout leták *Psychiatrická nemocnice* vytvořený Kanceláří.⁴⁵

Opatření:

- 24) Kromě ústního poučení předávat nedobrovolně hospitalizovaným pacientům i písemný materiál shrnující jejich postavení (do 2 měsíců).**

7.2 Souhlas pacienta s hospitalizací

Souhlas pacienta s hospitalizací musí být svobodný a informovaný, pokud pacient z důvodu svého kognitivního deficitu nerozumí situaci, v níž se nachází, nelze jeho souhlas s hospitalizací považovat za právně platné právní jednání. Pokud za něj nemůže souhlas s hospitalizací udělit jeho zákonný zástupce, musí se k jeho hospitalizaci vyjádřit soud.

Za vzbuzující pochybnosti o správném postupu považují přijetí pacientky č. 3. Dle zdravotnické dokumentace byla pacientka přijata dne 9. 10. 2021 nedobrovolně a následně omezena kurty od 18:30 hod.

Zarážející je ovšem to, že přes omezení v lůžku a popisovaný stav pacientka podepsala téhož dne 9. 10. 2021 v 19:37 hod. souhlas s poskytováním informací a ve 20:49 hod. souhlas s přijetím, ačkoliv podle ošetřovatelského záznamu o omezení v tu dobu spávala nebo spala.

Opatření:

- 25) Souhlasy od pacientů získávat za situace, kdy to jejich zdravotní stav a kvalita vědomí umožňuje (průběžně).**

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

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

7.3 Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení

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

Nyní nepojednávám o povinnosti formulované přímo v zákoně o zdravotních službách, ale o důsledku mezinárodního závazku České republiky chránit (nejen) osoby omezené na svobodě před špatným zacházením. Bez objektivizovaného popisu známek zranění je konkrétně v případě osob omezených na svobodě pro orgány státu velmi těžké unést důkazní břemeno, že zranění nevzniklo jejich zaviněním nebo nedbalostí. Právě v případě osob omezených na svobodě rozhodnutím orgánu veřejné moci je i postup psychiatrické nemocnice přiřitatelný státu.⁴⁶

Pacient č. 7 byl během hospitalizace léčen s hematomem levého oka. Dle dokumentace si sestra všimla a zapsala vznikající hematom den po příjmu, tedy dne 27. 8. 2021. Pacient byl v té době neklidný a za původce hematomu označoval Policii ČR. Kromě naordinování léčby na hematom se dokumentace ke zranění nevrací. Ani z příjmové zprávy na psychiatrickém oddělení, ani ze zpráv zdravotnické záchranné služby však nevyplývá, že by se pacient před hospitalizací udeřil do hlavy. Přesto není možné z dokumentace vyčíst, kdy ke zranění došlo.

Opatření:

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

46 Standard toho, jak má vypadat záznam o zjištěných zraněních použitelný pro případné budoucí vyšetřování špatného zacházení, vyplývá z OSN Istanbulského protokolu z roku 1999 (Zásady pro účinné vyšetřování a dokumentaci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání) a je obsažen ve standardu CPT: Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Pořizování záznamů a podávání zpráv o lékařských zjištěních o špatném zacházení. Výňatek z 23. všeobecné zprávy CPT, publikované v roce 2013. [online]. Francie. © Council of Europe. [cit 1. 2. 2022], bod 74. Dostupné z <https://rm.coe.int/16806ccc36>.

7.4 Stížnosti

Stížnostní mechanismus je jednou z pojištěk proti špatnému zacházení s osobami zbavenými svobody. Pokud se bere vážně a jeho využívání je pacientům otevřeno, pak kromě této funkce také přispívá k dobrým vztahům s personálem. Zákon o zdravotních službách nestanoví, jak má poskytovatel stížnostní mechanismus nastavit. V rámci této volnosti je nicméně 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.⁴⁷ Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z faktu duševní poruchy. **Za vhodný způsob podávání stížností** v souladu s uvedenými zásadami **považují například vybavení uzavřených oddělení schránkami na stížnosti, které v pravidelných intervalech vybírá osoba, která se přímo nepodílí na chodu oddělení, nejlépe pověřený zaměstnanec z ředitelství zařízení.**

Informování pacientů o možnosti podat stížnost nemá být bráno jako nabádání k tomu si stěžovat na zaměstnance, ale jedná se o umožnění výkonu práva, které pacienti ze zákona mají.

Na všech stanicích je na chodbě na zdi umístěná tabule se schránkou na vyplněné formuláře ankety nazvané *Hospitalizovaní pacienti 2021*. Formulář je dotazníkem spokojenosti pro celé zařízení a obsahuje pouze uzavřené otázky. Zcela chybí prostor pro slovní vyjádření ať už v pozitivním nebo negativním duchu. Personálem byly právě tato schránka a formulář identifikovány jako nástroje pro podání stížnosti. Přitom text nad schránkou se o stížnostech nijak nezmiňoval a schránka působila nezabezpečeně. Budila oprávněné obavy, že z ní dokumenty bude moci vyjmout i neoprávněná osoba.

Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že o anketě ví, ale jak by si mohli jinak stěžovat, to neví. Jedna pacientka sdělila, že se může s čímkoli obrátit na sestry a že vždy, když má nějaký pacient problém, tak že to personál doopravdy řeší.

Dotazník spokojenosti, nemůže nahrazovat funkční stížnostní mechanismus. Je pozitivní, že se sestry na stanicích zabývají připomínkami pacientů a reálně je řeší, k tomu je ale potřeba mít i možnost obrátit se na jiné osoby než na zaměstnance, které pacienti denně vídají na oddělení. K tomu je za prvé potřeba, aby o tom věděli, takže o tom musí být poučeni a ideálně by měli mít pravidla o stížnostním mechanismu někde na oddělení vyvěšená. Za druhé, aby existovala nějaká bezpečná cesta, jak stížnost podat.

47 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Complaints mechanisms. Výňatek z 27. obecné zprávy CPT, CPT/Inf (2018)4-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 1. 2. 2022]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/complaints-mechanisms>.

Opatření:**27) Vybavit všechny stanice schránkami pro podání stížností a na schránce uvést, že se jedná o schránku na stížnosti a kdo a kdy schránku vybírá (do 3 měsíců).**

Zabývala jsem se i konkrétními stížnostmi, které se týkaly oddělení, a reakcemi zařízení na ně, a to za poslední 3 roky.

Za rok 2019 oddělení eviduje 4 stížnosti, jedné z těchto stížností se věnuji podrobněji v kapitole č. 4.4 *Péče o pacienta v závažném somatickém stavu*. Tato stížnost byla vyhodnocena jako nedůvodná. V tomto případě jsem ovšem shledala, že k pochybení personálu zařízení došlo. Navíc částečnou chybu při záměně rodných čísel uznává i zařízení ve svém vyjádření, proto nechápu, z jakého důvodu byla celá stížnost vyhodnocena jako nedůvodná.

Za rok 2020 byla podána pouze jedna stížnost týkající se oddělení. Na tuto stížnost v dokumentaci nebylo možné nalézt odpověď, jelikož dokument obsahoval odpověď na zcela jinou stížnost z jiného oddělení zařízení. Během návštěvy bylo na tuto nesrovnalost upozorněno, proto zde neformuluji opatření.

Za rok 2021 zařízení eviduje 7 stížností na oddělení, z toho na 3 ještě nebylo reagováno. Z těchto stížností byly některé shledány jako částečně důvodné (mám na mysli např. stížnost č. ST 24/21), a to podle interního formuláře, který je součástí stížnostní dokumentace. Z reakce na stížnost však není zřejmé, v čem byla částečná důvodnost shledávána.

Komentář k zákonu o zdravotních službách k vyřízení stížnosti dle § 93 zákona o zdravotních službách uvádí: „Za vyřízení stížnosti lze považovat písemnou odpověď, ze které bude zřejmé, zda poskytovatel zdravotní služby uznává stížnost jako důvodnou, eventuálně částečně důvodnou, a v čem a jaká nápravná opatření provedl, pokud byla stížnost důvodná nebo částečně důvodná. Považuje-li stížnost za nedůvodnou, je třeba vyjádřit se ke všem jejím částem a ke všem skutečnostem, které písemná stížnost obsahuje a uvést, z jakých důvodů je stížnost nedůvodná.“⁴⁸ Komentář uvádí i možnost vyřídit stížnost ústně, uvádí však, že pokud osoba vysvětlení neakceptuje, je nutné vyřídit stížnost písemně.

Opatření:**28) V reakci na stížnosti jasně uvádět, zda stížnost byla shledána byť jen částečně důvodnou a v čem tato důvodnost spočívala (průběžně).**

48 MACH, Jan, a kol. 2018. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5. s. 356.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• Upravit vnitřní předpis nemocnice k OP tak, aby odpovídal novele zákona o zdravotních službách a seznámit s ním personál (opatření č. 20)
Průběžně	• Instalovat kamery pouze v místnostech, kde je vyhodnocena nutnost zvýšeného dohledu (opatření č. 2) • Zajistit, aby nemohlo dojít k tomu, že pacient nebude moci volně opustit pokoj v situaci, kdy není pokoj využíván jako omezovací prostředek (opatření č. 4) • Poskytovat pacientům klíče od skříní po individuálním zhodnocení jejich stavu a případné neposkytnutí zaznamenat do dokumentace (opatření č. 6) • Umožňovat pacientům používat zámky na sociálních zařízeních (opatření č. 7) • Zpřístupnit pacientům informace o vstupu do aktivizační místnosti a o podmínkách jejího využití (opatření č. 9) • Pacientům, u nichž to nevylučuje zdravotní stav, umožnit každodenní pobyt na čerstvém vzduchu (případně stanovení nutnosti doprovodu) a případné omezení pobytu na čerstvém vzduchu zaznamenat do zdravotnické dokumentace (opatření č. 10) • Důsledně zaznamenávat osoby, které mění zápis ve zdravotnické dokumentaci (opatření č. 11) • Upravit dokumentaci o průběhu použití omezovacího prostředku v souladu s požadavky vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, a to zejména s důrazem na zaznamenání důvodu omezení a jeho trvání a neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků (opatření č. 15) • Dokumentovat výstižně nezbytnost uplatnění a trvání omezovacího prostředku, tedy popsat stav pacienta, bezprostřední ohrožení a důvod neúčinnosti mírnějších postupů nebo postupů vedoucích k uvolnění (opatření č. 16) • Zkrátit a sjednotit frekvenci ošetřovatelských kontrol u pacientů v omezení (opatření č. 17) • Dodržovat standardy používání omezovacích prostředků u všech případů omezení, tedy i z důvodu podávání infuze nebo jako prevence pádu (opatření č. 17) • Přistupovat k podání psychofarmaka, popřípadě jiného léčivého přípravku pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta, jako k používání omezovacího prostředku a dbát o to, aby každé farmakologické omezení bylo prokazatelně indikováno, příp. schváleno lékařem (opatření č. 19)



	• Důsledně provádět s pacienty rozhovor po ukončení omezení ve smyslu a s cílem popsaného debriefingu a zaznamenat jej do zdravotnické dokumentace (opatření č. 21) • Vést evidenci všech omezovacích prostředků podle zákona o zdravotních službách (opatření č. 23) • Souhlasy od pacientů získávat za situace, kdy to jejich zdravotní stav a kvalita vědomí umožňuje (opatření č. 25) • Důsledně provádět detailní záznamy o zraněních zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpěných v průběhu hospitalizace; zaznamenávat všechny aspekty: vyjádření pacienta k původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta (opatření č. 26) • V reakci na stížnosti jasně uvádět, zda stížnost byla shledána být jen částečně důvodnou a v čem tato důvodnost spočívala (opatření č. 28)
Do 1 měsíce	• Znemožnit pohled do okna koupelny zvenčí, např. použitím matných fólií, které poskytnou pacientům více soukromí (opatření č. 8)
Do 3 měsíců	• Vypracovat postup pro případ volání pomoci kolegů z jiných stanic (opatření č. 3) • Provést interní kontrolu vedení zdravotnické dokumentace (opatření č. 12) • Vybavit všechny stanice schránkami pro podání stížností a na schránce uvést, že se jedná o schránku na stížnosti a kdo a kdy schránku vybírá (opatření č. 27)
Do 6 měsíců	• Odstranit ty kamery, které nejsou bezpodmínečně nutné k zajištění bezpečnosti pacientů, a to zejména kamery ze společenských prostor (opatření č. 1) • Shrnout pravidla platná na oddělení do vnitřního řádu a zpřístupnit ho pacientům ve volně dostupných prostorech stanic (opatření č. 13) • Upravit vnitřní předpis týkající se izolačních místností a definovat pravidla jejího používání (opatření č. 14) • Evidovat použití omezovacích prostředků takovým způsobem, který umožní (při zachování ochrany osobních údajů) vytvořit evidenci obsahující identifikační údaje konkrétního pacienta, informaci o jeho případné zranitelnosti, o době trvání omezení, o počtu přerušení omezení a o výskytu případných nežádoucích událostí s omezením spojených (opatření č. 22) • Kromě ústního poučení předávat nedobrovolně hospitalizovaným pacientům i písemný materiál shrnující jejich postavení (opatření č. 24)