



ombudsman
veřejný ochránce práv

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň

Zpráva z návštěvy zařízení se zaměřením na omezení volnosti pohybu

Adresa zařízení:	Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň-Bory
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	MUDr. Václav Šimánek, Ph.D.
Typ zařízení:	Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň
Kapacita:	76 lůžek
Datum návštěvy:	17. až 18. září 2018
Datum vydání zprávy:	22. ledna 2019
Návštěvu provedli:	Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Martin Klumpar, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. Tomáš Petr, Ph.D., MUDr. Dagmar Pilcová, Mgr. Matěj Stříteský

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



Obsah

Úvodní informace	4
Systematická návštěva a její cíl	4
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	4
Charakteristika zařízení	5
Průběh návštěvy	6
Zaměření na problematiku omezovacích prostředků	6
Relevantní pravidla a předpisy	7
Shrnutí	9
Charakteristika navštívených oddělení	10
Omezení až jako krajní opatření	11
1. Bezpečnost na oddělení	11
1.1 Stavební a technické aspekty	11
1.2 Muži v řadách ošetrovatelského personálu	12
1.3 Možnost personálu přivolat pomoc	12
1.4 Nově stavěná budova	13
2. Působení policie a bezpečnostní služby uvnitř nemocnice	14
3. Sledování nežádoucích událostí	15
4. Prostředí a pravidla	16
4.1 Oddělení C	17
4.2 Oddělení A	18
4.3 Soukromí	19
4.4 Možnost odreagování a pohybu	20
5. Předpoklady pro alternativní zvládnutí rizikového chování	21
6. Personální zabezpečení	22
6.1 Počet zdravotnického personálu	22
6.2 Školení o používání omezovacích prostředků	23
6.3 Supervize a podpora personálu	23
Používání omezovacích prostředků	24
7. Izolace – uzamčení v místnosti určené k bezpečnému pohybu	24
7.1 Bezpečí pacienta uzamčeného v místnosti č. 12 na oddělení C	24
7.2 Soukromí pacienta v izolaci	24
8. Omezení v lůžku pomocí pásů (kurtů)	25
8.1 Fixace z důvodu podávání infuze	25



8.2	Soukromí a bezpečí	25
9.	Farmakologické omezení	26
10.	Síťové lůžko	27
11.	Klecové lůžko	27
12.	Dohled, signalizace a rozbor	27
12.1	Dohled nad pacientem v omezení	27
12.2	Signalizace	28
12.3	Zpětný rozbor situace	28
13.	Dokumentování průběhu omezení	29
14.	Děťští pacienti	30
	Pojistky a kontrola	32
15.	Centrální evidence omezení	32
16.	Oznamování omezení soudu	33
17.	Stížnosti	33
18.	Kultura přístupu k pacientům	34
19.	Postavení nedobrovolně hospitalizovaných pacientů	35
20.	Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení	35
20.1	Dokumentování známek špatného zacházení	36
20.2	Zajištění soukromí při vyšetření vězně či zadržené osoby	36
	Přehled opatření k nápravě	38



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

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

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

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

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

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

Z každé systematické návštěvy **pořizují zprávu, jejíž součástí mohou být návrhy opatření k nápravě**. Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k prevenci nebo odstranění špatného zacházení. Zpráva se podrobně nevěnuje oblastem, v nichž nebylo riziko špatného zacházení pozorováno. Proto může působit negativním dojmem a není celkovým hodnocením poskytované péče. Prosím čtenáře, aby zprávu četli s tímto vědomím a nepovažovali mé závěry za nedocenení náročné práce pracovníků a představitelů zařízení.

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

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

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



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

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

- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Je-li jejich realizace náročná, je třeba je provést v nejkratší možné době. Za bezodkladná pokládám opatření, která považuji za naléhavá a přiřkládám jim velkou důležitost, anebo která považuji za objektivně snadno realizovatelná.
- Opatření s delší lhůtou je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho, tří, šesti měsíců, jednoho roku.
- Opatření s průběžným plněním formuluji tam, kde je třeba zavést do praxe určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že se tak stane bezodkladně a bude se dbát na uplatňování do budoucna.

Očekávám, že zařízení ve vyjádření ke zprávě (1) sdělí, že opatření bylo realizováno a jak, nebo (2) kdy a jak se tak stane, nebo (3) navrhne jeho alternativu.

Shledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující při tom je vysvětlení zjištěných pochybení, doložení navržených opatření k nápravě či hodnověrný příslib jejich realizace. **Neshledám-li vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů dostatečným**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (případně vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁵ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

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

Charakteristika zařízení

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

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

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

6 Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: © Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 2018-05-25]. Dostupné z <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

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



Psychiatrická klinika se nachází v areálu FN Plzeň v Lochotíně, v těchto prostorech funguje již od poloviny 80. let. V nejbližší době bude zahájena výstavba nové samostatné budovy psychiatrické kliniky.

Zařízení má následující lůžková oddělení: akutní oddělení C, které má kapacitu 27 lůžek a poskytuje péči dospělým pacientům, oddělení A, které má kapacitu 17 lůžek a poskytuje péči dětem a mladistvým ve věkovém rozmezí 6 až 18 let, dále je v zařízení oddělení léčby závislostí B, detoxifikační jednotka a oddělení psychiatrické rehabilitace D.

V době návštěvy bylo zařízení pod zvýšenou zátěží z důvodu rekonstrukce oddělení blízké psychiatrické nemocnice a zaměstnanci psychiatrické kliniky také zabezpečovali chod psychiatrické ambulance při FN Plzeň.

Průběh návštěvy

Návštěva proběhla neohlášeně ve dnech 17. a 18. září 2018. Zahájení spolu s předáním pověření k provedení návštěvy proběhlo bez prodlení za přítomnosti ředitele nemocnice. Posléze se zaměstnanci Kanceláře přesunuli do areálu FN Plzeň v Lochotíně, kde se setkali s vedením psychiatrické kliniky.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře Mgr. Šárka Klimešová, Mgr. Martin Klumpar, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. Matěj Stříteský a experti Mgr. Tomáš Petr, Ph.D. (ošetřovatelství v psychiatrii), a MUDr. Dagmar Pilcová (psychiatrie).

Šetření se zaměřilo na oddělení nejexponovanější z hlediska používání omezovacích prostředků. Zaměstnanci Kanceláře provedli podrobné šetření na oddělení A a na oddělení C.

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

Zaměření na problematiku omezovacích prostředků

Kromě naplnění základního účelu, kterým je odvrácení vážného nebezpečí, mají omezovací prostředky často nežádoucí účinky (způsobení bolesti, zranění, ponížení, narušení terapeutického vztahu, dokonce hrozí i náhlá úmrtí). Proto je jejich používání podrobena přísným pravidlům (včetně náročnějšího povolovacího procesu, dokumentování a rozboru případu s pacientem). Používání omezovacích prostředků má být centrálně sledováno a má být usilováno o jeho minimalizaci. Nesmí se připustit použití jako výchovné opatření nebo jako kompenzace nedostatku ošetřujícího personálu a nevhodnosti prostředí poskytování péče.

Tato návštěva měla za cíl ověřit dodržování pravidel při používání omezovacích prostředků a to, zda v zařízení představují skutečně krajní opatření ke zvládnutí nebezpečných situací



(princip nezbytnosti) a jsou dány předpoklady pro účinnost alternativních postupů (princip subsidiarity) a předcházení vzniku nebezpečných situací. Součástí tématu tak jsou také **mírnější alternativy k odvrácení hrozícího nebezpečí, opatření ke snížení nezbytnosti používat omezení, systematické úsilí nemocnice o naplňování zásady co nejmenšího omezení.**⁸

Relevantní pravidla a předpisy

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

Mimo dalších ustanovení zákona lze pravidla použití omezovacích prostředků nalézt v metodice Ministerstva zdravotnictví – od 20. dubna 2018 platí *Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta* (částka 4/2018 věstníku MZ, dále jen „metodické doporučení ministerstva“)⁹.

Ministerstvo zdravotnictví také vydalo *Standard akutní lůžkové psychiatrické péče* zveřejněný v roce 2016 (částka 5/2016 věstníku MZ dále jen „Standard akutní lůžkové psychiatrické péče“)¹⁰.

Zdrojem uznávaného medicínského postupu při používání omezovacích prostředků jsou *Doporučené postupy psychiatrické péče II*¹¹ a *Doporučené postupy psychiatrické péče III*.¹²

Neoprávněné použití omezení může snadno dosáhnout intenzity nelidského či ponižujícího zacházení, které podléhá absolutnímu zákazu – podle článku 7 odst. 2 Listiny základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.) a článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 209/1992 Sb., dále jen „Úmluva“). Pravidla plynoucí z Úmluvy¹³ lze shrnout takto:

- Použití omezovacích prostředků musí být nutné ve světle okolností a jeho účelem musí být zabránění bezprostřední nebo hrozící újmě, přičemž opatření musí být

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

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

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

11 BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm, 2006, s. 152–162. ISBN 80-239-8501-9.

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

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



přiměřené ve vztahu k tomuto cíli. Použití omezovacích prostředků nemůže být odůvodněno tím, že se osoba brání jejich použití, a je nepřijatelné jako trest.

- Aby byl omezovací prostředek skutečně až krajní možností, musí být před jeho použitím vyzkoušeny mírnější alternativy, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí. Z možných alternativ pak musí být zvoleno to nejmírnější omezení.
- Jakmile je osobní svoboda člověka omezena, každé použití síly, které není nezbytně nutné kvůli jeho předchozímu jednání, představuje zásah do lidské důstojnosti a je v zásadě porušením práva stanoveného v článku 3 Úmluvy. Je na zařízení, aby odůvodnilo použití omezovacích prostředků na drženou osobu, tedy existenci a rozsah nebezpečí a neúčinnost mírnějších opatření.

Mezinárodní standard prevence špatného zacházení (se závazností tzv. soft law) je obsažen v dokumentech Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT), konkrétně v revidovaném standardu o používání omezovacích prostředků (2017, dále jen „standard CPT z roku 2017“)¹⁴ a doplňkově v 16. obecné zprávě (2006).¹⁵

14 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revizované standardy CPT), CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 11. 11. 2018]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>.

15 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé. Výňatek z 16. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 11. 11. 2018]. Dostupný z <https://rm.coe.int/16806ccea3>.



Shrnutí

Návštěva byla zaměřena na používání omezovacích prostředků na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Plzeň, a to konkrétně na uzavřeném oddělení C a dětském oddělení A.

Za hlavní zdroj komplikací při poskytování zdravotní péče v zařízení považuji to, že stávající prostory jen stěží umožňují naplňování aktuálních standardů akutní psychiatrické lůžkové péče. Jedná se například o provádění omezení pacientů v situaci, kdy k nim mají přístup další pacienti, protože zařízení nedisponuje dostatečným počtem jednolůžkových pokojů, o nemožnost zajištění nepřetržitého dohledu u pacienta v omezení nebo o nemožnost zajistit přístup na čerstvý vzduch pacientům, kteří vyžadují dohled, neboť zařízení postrádá bezpečný venkovní prostor.

Jsem přesvědčena, že nízký počet jednolůžkových pokojů je i příčinou toho, že v zařízení je používán poměrně vysoký počet síťových lůžek, od jejichž používání psychiatrická zařízení obecně upouštějí. Omezený prostor zařízení limituje i možnost využívat alternativy ke zvládnutí rizikového chování pacientů, a tím i subsidiaritu používání omezovacích prostředků.

Vítám proto, že byla zahájena stavba nové budovy psychiatrické kliniky, a doporučuji bezodkladně zohlednit některé kritické poznámky při plánování její podoby. Doufám však, že opatření předložená v této zprávě se podaří tam, kde je to možné, realizovat i za stávajícího stavu.

Pracovníci Kanceláře zaznamenali pouze slušný a vstřícný přístup personálu k pacientům, zájem o ně a korektní vyjadřování na jejich adresu. Přestože struktura pacientů je riziková, nebyly zaznamenány známky vyhoření či profesionálního cynismu. Upozorňuji však, že personálu by měla být zajištěna ještě širší podpora, než je tomu nyní, včetně průběžného školení. Nemocnice je také povinna dbát na to, aby případný zásah bezpečnostní služby byl vždy kultivovaný a sladěný s postupem zdravotníků, což se dosud nezdá být naplňováno. Nicméně v tomto ohledu jsou moje doporučení preventivního rázu, neboť jsem nezískala poznatky o špatném zacházení ze strany bezpečnostní služby.

Dílčí nedostatky sledávám v dokumentaci o používání omezovacích prostředků. Ze zdravotnické dokumentace například nebylo vždy zřejmé, kdy použití omezovacího prostředku trvalo a zda byl v pravidelných intervalech náležitě hodnocen zdravotní stav pacienta, který byl omezen. Zde kladně hodnotím iniciativu zařízení, které nezávisle na mé návštěvě přistoupilo k aktualizaci vnitřního předpisu o používání omezovacích prostředků. Dále pak doporučuji pracovat s evidencí omezení, což se dosud nedělo.

Za nejzávažnější zjištění návštěvy považuji používání ochranného lůžka, které mělo stěny tvořeny z kovové mříže. Takovéto lůžko nelze považovat za síťové, a jedná se tedy o omezovací prostředek používaný v rozporu se zákonem. Zařízení na toto mé hodnocení bezodkladně reagovalo a ihned po návštěvě ukončilo používání lůžka.

Charakteristika navštívených oddělení

Oddělení C

Koedukované oddělení pro dospělé pacienty.

Uváděná kapacita 27 lůžek, v době návštěvy zde bylo hospitalizováno až 29 pacientů.

Za rok 2017 došlo k 69 omezením pacientů:

- 30krát byl pacient omezen pásy.
- 28krát byl pacient umístěn v ochranném lůžku.¹⁶
- 11krát byl pacient umístěn v izolaci.

Za rok 2018 došlo do 15. 9. 2018 k 54 omezením:

- 3krát byl pacient omezen úchopem bez kombinace s dalšími níže uvedenými omezovacími prostředky.
- 15krát byl pacient omezen pásy v lůžku, 2krát byl pacient omezen pásy v ochranném lůžku a 2krát byl pacient omezen pásy v izolační místnosti.
- 14krát byl pacient umístěn v ochranném lůžku a 1krát byl v ochranném lůžku v izolační místnosti.
- 4krát byl pacient umístěn v izolaci bez omezení pásy a mimo ochranné lůžko.
- 13krát nebyl způsob omezení pacienta v centrální evidenci zaznamenán.

Dětské a dorostové oddělení A

Koedukované oddělení pro dětské pacienty ve věkovém rozmezí 6 až 18 let.

Uváděná kapacita 17 lůžek, v době návštěvy zde bylo hospitalizováno 10 pacientů.

Za rok 2017 došlo k 9 omezením pacientů:

- 5krát byl pacient omezen pásy.
- 4krát byl pacient umístěn v síťovém lůžku.

Za rok 2018 došlo do 15. 9. 2018 k 7 omezením:

- 5krát byl pacient omezen pásy.
- 2krát byl pacient umístěn v síťovém lůžku.

¹⁶ „Ochranné lůžko“ není označení omezovacího prostředku uvedené v zákoně o zdravotních službách; pojem používám, protože vycházím ze statistiky, kterou mi poskytlo zařízení, v níž je pod tento pojem řazeno jak lůžko síťové, tak klecové.



Omezení až jako krajní opatření

V době návštěvy zařízení byl chystán nový standard pro používání omezovacích prostředků (SLN/023/03), který měl nahradit doposud účinný standard (SLN/023/02). Zařízení má dále vypracován standardní postup pro ošetřování pacientů s rizikem autoagrese a heteroagrese (SLN/014/03), který se také věnuje otázce omezovacích prostředků.

Uvedené dokumenty označují použití omezovacího prostředku za krajní způsob řešení situace bezprostředního ohrožení života, zdraví, nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.¹⁷ Teze vnitřních předpisů zcela odpovídají principu nezbytnosti, jak je vyjádřen v § 39 odst. 2 zákona o zdravotních službách i v rozhodnutích Evropského soudu pro lidská práva.

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

Nezbytnost tak nechápu jako objektivní práh úrovně nebezpečnosti, který by stanovil, že určité jednání má být vždy spojeno s omezením. Nezbytnost naopak chápu jako požadavek na úsilí dosahovat rozumnými opatřeními minimalizace používání omezení v prostředí konkrétního oddělení. Limitem pro úsilí nemocnice je to, že taková opatření pro ni nesmí představovat nepřiměřené nebo neúnosné břemeno.

1. Bezpečnost na oddělení

1.1 Stavební a technické aspekty

Limit pro bezpečnost v zařízení představuje to, že prostory psychiatrické kliniky se nacházejí v budově, která vznikla v 80. letech minulého století. Přičemž od té doby došlo k posunu ve standardech akutní lůžkové psychiatrické péče¹⁸ na takovou úroveň, která je ve stávajících prostorech nedosažitelná (např. požadavek na jednolůžkové pokoje připravené pro bezpečné použití omezovacích prostředků). Vítám proto zahájení stavby nové budovy. Jsem však přesvědčena, že i ve stávajících prostorech lze realizovat úpravy, které povedou ke zvýšení bezpečnosti v zařízení.

¹⁷ Za vhodnější považuji formulaci obsaženou v nově chystaném standardu, který podmínku krajního řešení a bezprostředního ohrožení uvádí ve vzájemné souvislosti. Předchozí předpis uváděl obě podmínky odděleně, a byl tak méně srozumitelný.

¹⁸ Viz na př. Standard a kutní lůžkové psychiatrické péče.



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

Na oddělení C jsem zaznamenala rizikové prvky, které mohou vést k sebezpoškození pacientů, nebo k usnadnění sebevražedného jednání. Patří k nim například sprchové hadice ve volně dostupných koupelnách (obrázek 1), dveře se skleněnou výplní (například na toaletách), mnoho závěsných bodů v obtížně monitorovatelných prostorech toalet a koupelny (obrázek 2), poškozené podhledy s odhalenými rozvody (obrázek 3).



Obrázek 1: Sprchové hadice

Obrázek 2: Závěsné body

Obrázek 3: Poškozené podhledy

Pacientům na oddělení C jsou ponechávány zapalovače. V nových prostorech doporučuji zvážit instalaci nepřenosného elektrického zapalovače na kuřárnu. Nepřenosný zapalovač umožňuje, aby si pacienti mohli cigarety zapalovat sami dle potřeby, a zároveň snižuje riziko vzniku požáru.

Opatření:

1) Odstranit rizikové prvky na oddělení C (bezodkladně).

1.2 Muži v řadách ošetřovatelského personálu

Oceňuji péči zařízení o to, aby na oddělení C v každé směně v rámci ošetřovatelského personálu sloužil alespoň jeden muž.

1.3 Možnost personálu přivolat pomoc

Pro potřeby psychiatrické kliniky je zaveden systém pomoci skrze přivolané zdravotnické pracovníky, což je opatření, které je v praxi používáno a podle sdělení zdravotníků funguje dobře. Každý pracovník ve službě má u sebe tísňové tlačítko, jehož stisknutí spustí hlasitý alarm na všech psychiatrických odděleních, přičemž se také na terminálech na sesternách vyznačí místo nouzového volání. V řádu minut tak dorazí na pomoc několik pracovníků z řad



ošetřovatelského personálu (na každém oddělení musí vždy 1 zdravotník zůstat). Funkčnost systému přivolání pomoci je pravidelně (2x měsíčně) kontrolována a případné selhání je řešeno jako nežádoucí událost s důrazem na nalezení a odstranění příčiny selhání systému.

Všichni dotázaní zaměstnanci byli srozuměni s fungováním bezpečnostního tlačítka. Způsob nastavení systému pro přivolání pomoci v zařízení považují za správný.

1.4 Nově stavěná budova

V průběhu návštěvy jsem zjistila skutečnosti, které mohou představovat riziko pro bezpečnost na oddělení nebo limit naplňování práv pacientů a jejich pohody a jsou natolik úzce spjaty se stávajícími prostory, že jejich změna je možná až v nových prostorech.

Ve stávajících prostorech chybí možnost pobytu na čerstvém vzduchu pro ty pacienty, u nichž režimové opatření znemožňuje opuštění uzavřeného oddělení (kapitola 4.4.1). Dále na uzavřených odděleních nejsou k dispozici místnosti pro setkávání s návštěvami v soukromí (kapitola 4.3). Zařízení je také ve stávajících prostorech limitováno v možnosti zřídit další jednolůžkové ložnice a mít observační pokoje spojeny průzorem se sesternou a umožňující zajištění adekvátního dohledu nad pacientem v ohrožení nebo v omezení (kapitola 5 a 12).

V nově stavěných prostorech má být, podle sdělení přednosty a primáře, oddělení obdobné stávajícímu oddělení C, tedy uzavřené příjmové oddělení s kapacitou přibližně 30 lůžek. Ačkoliv si vedení kliniky od nového oddělení slibuje změny (např. zřízení ohraničeného venkovního prostoru umožňujícího pobyt na čerstvém vzduchu i pacientům uzavřených oddělení), nezdálo se, že by plánovaná budova měla výrazněji reflektovat Standardy akutní lůžkové psychiatrické péče ani trendy v oblasti bezpečnosti. **Domnívám se, že je zapotřebí bezodkladně vyhodnotit, zda plány nové budovy odpovídají nejvyššímu standardu a celorepublikové dobré praxi, a případně je ještě aktualizovat.** Kromě toho formuluji následující doporučení.

Opatření:

- 2) **Zajistit, aby v nových prostorech psychiatrické kliniky měli i pacienti, kteří nemohou opouštět oddělení, k dispozici bezpečný prostor k pobytu na čerstvém vzduchu a prostor, kde se mohou v přiměřeném soukromí setkat s návštěvou (bezodkladně).**
- 3) **Zajistit, aby v nových prostorech psychiatrické kliniky pro uzavřená oddělení byly k dispozici alespoň dva pokoje,¹⁹ ale nejlépe ještě více pokojů umožňujících samostatné umístění pacienta a odpovídajících standardům pro bezpečné uplatnění omezení [včetně zajištění dohledu]; (bezodkladně).**

¹⁹ Srov. bod 4.1 písm. f) Standardu a akutní lůžkové psychiatrické péče.



2. Působení policie a bezpečnostní služby uvnitř nemocnice

Z rozhovorů ani ze zápisů o nežádoucích událostech jsem nezískala informace o tom, že by na odděleních docházelo k situacím, které zdravotnický personál není schopen zvládat sám a musel by volat Policii ČR nebo bezpečnostní službu, která působí v areálu nemocnice. To považuji za standard a oceňuji to.

Policie ČR i bezpečnostní služba se však běžně dostávají do kontaktu s pacienty s duševním onemocněním mimo lůžková oddělení, a to zejména na Psychiatrické ambulanci Centrálního příjmu Lochotín, kde podle záznamů o nežádoucích událostech dochází ke konfliktním situacím mezi pacienty čekajícími na ošetření nebo k agresí ze strany pacientů vůči personálu.²⁰

Bezpečnostní službu působící v zařízení zajišťuje na základě smlouvy externí dodavatel. Žádný z aktuálně hospitalizovaných pacientů, se kterými byly vedeny rozhovory, neuváděl konflikt s pracovníky bezpečnostní služby. Z dokumentace bylo možné studovat některé zásahy, a to i případy použití síly. Mezi záznamy o nežádoucích událostech figuruje záznam o události ze dne 21. 5. 2018, kdy člen bezpečnostní služby řešil konflikt s pacientem pod vlivem pervitinu. Pacient chtěl odejít z čekárny psychiatrické ambulance, kde měl čekat na převoz na záchrannou stanici, o němž rozhodl lékař ambulance. Pracovník bezpečnostní služby odchodu bránil, přičemž konfrontace vyústila v použití úderu a úchopu, po němž pacient lehce krvácel z nosu a nadále již spolupracoval. Událost byla předmětem interního šetření FN Plzeň i bezpečnostní služby, což je adekvátní. Upozorňuji, že pracovník bezpečnostní služby není oprávněn omezovat osobní svobodu osob, které se rozhodnou opustit zdravotnické zařízení, leda by byly naplněny podmínky pro zadržení podle trestního řádu²¹ nebo zbavení svobody podle zdravotnických předpisů.²² Předmětem interního šetření má v každém případě být nezbytnost, přiměřenost a profesionalita provedení zvoleného postupu.

Vedení FN Plzeň si je vědomo toho, že právě na centrálním příjmu ke konfliktním situacím dochází, a různými prostředky dbá na jeho zabezpečení a prevenci nebezpečných situací, což oceňuji. Prostor pro potřebné zlepšení spatřuji v přípravě pracovníků bezpečnostní služby, kteří jsou k tomuto úkolu přidělováni. Ze *směrnice FN Plzeň 7/019/01* ani ze *smlouvy o zajištění bezpečnostních služeb FN Plzeň* nevyplývá, že by pracovníci ostrahy byli proškolení v komunikaci s osobou s duševním onemocněním, nebo v asistenci při používání omezovacích prostředků. To přitom je předpokladem zvládnání konfliktních situací alternativami k použití síly (princip co nejmenšího omezení) a efektivnosti, šetrnosti a bezpečnosti zvolených postupů (princip minimalizace použité síly). Cílem také je dobrá koordinace se zasahujícími zdravotníky. Jak správně jeden z vedoucích pracovníků uvedl, bezpečnostní pracovník má především čekat na zadání od lékaře či jiných zdravotníků

20 Z 18 nežádoucích událostí zaevidovaných v rozmezí mezi 9. 4. 2016 a 26. 8. 2018 na psychiatrické klinice se 4 vztahovaly k Psychiatrické ambulanci Centrálního příjmu Lochotín.

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

22 Na příklad kvůli indikaci záchranné služby podle § 89b odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.



a v případě zásahu na oddělení poskytovat asistenci. Avšak asistovat vhodně například při použití omezovacího prostředku bez předchozího nácviku je velmi těžké a je zapotřebí zajistit, aby zmíněné zásady byly vlastní všem bezpečnostním pracovníkům.

Požadavek na oprávněnost a přiměřenost zásahu se týká také tzv. jednotky rychlého zásahu, což jsou vybraní pracovníci bezpečnostní služby, kteří jsou dokonce vyzbrojeni střelnou zbraní. Jednotka rychlého zásahu nesídlí v zařízení, ale dorazí do 15 minut od přivolání. Nezískala jsem informace o tom, že by tato jednotka dosud na psychiatrické klinice zasahovala. Podotýkám však, že pokud by nastala tak nebezpečná situace, která by vyžadovala i nasazení této jednotky, pak by bylo přiměřené žádat o zásah jednotky Policie ČR. Ten bych považovala za vhodnější v tom, že její pravomoci, včetně otázky používání donucovacích prostředků, jsou přesně vymezeny zákonem.

Požadavek na to, aby personál v psychiatrických zařízeních byl vyškolen v používání verbálních i manuálních technik zvládnání neklidných nebo násilných pacientů, vyplývá ze standardů CPT,²³ přičemž z pohledu záruk pro bezpečí pacienta není rozhodné, zda je člen personálu přímým zaměstnancem zařízení, ale je rozhodné to, že zařízení pracovníci umožňuje pacienta omezovat. Zařízení se tak nemůže zprostit své odpovědnosti vůči pacientům tím, že část svých aktivit deleguje na externí subjekt.

Opatření:

- 4) Sdělit, ve kterých situacích je využívána jednotka rychlého zásahu a zda může být použita i ve vztahu k psychiatrické klinice (spolu s vyjádřením ke zprávě).**
- 5) Dbát, aby pracovníci bezpečnostní služby neomezovali práva pacientů mimo situace krajní nouze a nutné obrany (průběžně).**
- 6) Zajistit, aby pracovníci bezpečnostní služby potenciálně zasahující na Psychiatrickém oddělení a Centrálním příjmu Lochotín byli proškoleni v komunikaci s osobou s duševním onemocněním a v používání verbálních i manuálních technik zvládnání neklidných nebo násilných pacientů a aby pravidelně probíhal nácvik použití omezení spolu se zdravotníky (do 6 měsíců).**

3. Sledování nežádoucích událostí

Použití omezovacího prostředku samo o sobě nepředstavuje nežádoucí událost. Mezi sledovanými nežádoucími událostmi jsou však ty, které mohou být bezprostředním důvodem konkrétního použití omezovacího prostředku nebo přispívat k podmínkám na oddělení, jež celkově tlačí na restriktivnější přístup v péči (napadení pacientů nebo personálu, útoky, zranění, pády, neprofesionální chování personálu). Z toho důvodu jsem se zaměřila i na studium nežádoucích událostí v zařízení za účelem zjištění případných komplikovaných situací, které jsou řešeny použitím omezovacího prostředku.

23 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních Výňatek z 8. obecné zprávy CPT, publikované v roce 1998. CPT/Inf(98)12-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 29. 10. 2018]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>.



Ve standardu FN Plzeň SLN/023/VERZE 02 pro používání omezovacích prostředků i v jeho verzi, která byla v době návštěvy v procesu schvalování, je obsažena povinnost zaznamenat agresivní jednání pacienta, které vedlo k použití omezovacího prostředku, jako nežádoucí událost. Nově přijímaná verze požaduje zaznamenání nežádoucí události i v případě, že agrese směřuje vůči pacientovi samotnému, předchozí verze požadovala záznam pouze v případě agrese vůči okolí. Lze tak očekávat, že změnou standardu dojde ke zvýšení počtu hlášení nežádoucích událostí vztahujících se k používání omezovacích prostředků. Přesnější evidence umožní lépe zmapovat situace, které k použití omezovacího prostředku vedou. Tento krok, který jde nad rámec metodického doporučení ministerstva, považuji za správný.

Zařízení má vypracovanu směrnici SME/3/011/08, která se věnuje řešení nežádoucích událostí. Z 18 záznamů o nežádoucích událostech v zařízení za období 9. 4. 2016 až 26. 8. 2018 se tři záznamy vztahovaly k použití omezovacích prostředků (nežádoucí událost ze dne 9. 4. 2016, 18. 5. 2016 a 7. 4. 2018). Dvě z událostí se týkaly napadení personálu pacientem a jedna poškození vybavení zařízení a ohrožení zdraví pacienta.

Za pozitivní považuji, že zařízení reflektuje zjištění učiněná na základě vyhodnocení nežádoucích událostí a například po nežádoucí události ze dne 9. 4. 2016 byla v zařízení zřízena jednolůžková ložnice na oddělení C, kterou zařízení do té doby postrádalo.

4. Prostředí²⁴ a pravidla

Pacienti mají právo na pobyt v co nejméně omezujícím²⁵ a zároveň bezpečném prostředí, které bude umožňovat důstojný pobyt a respektovat jejich soukromí.²⁶

Navštívené prostory pro poskytování péče byly udržovány v čistotě a byly dobře prosvětleny. Obložená stěna, polstrované židle a křesla, toaleta u každého pokoje nebo koberec ve společenské místnosti jsou prvky, které zařízení dodávají civilní ráz a činí prostředí příjemnějším.

V zařízení nejsou používány mříže na oknech. Zaznamenala jsem ale používání kovových žaluzií, které představují vhodnou alternativu k mřížím a neasociují vězeňské prostředí. Dále se podrobněji věnuji oddělení C a A.

24 Velká holandská studie doložila vliv prostředí na psychiatrickém oddělení na četnost používání izolace. Riziko izolace zvyšovala, mimo jiné, přítomnost speciálních bezpečnostních opatření (zámky a alarmy na dveřích a druh komunikačního zařízení pacient-personál) a velké množství pacientů v budově. Znaky, které riziko snižovaly, byly soukromý prostor pacienta, vyšší míra komfortu a větší přehlednost oddělení. Soukromý prostor je významný tím, že nabízí pacientům možnost kontroly, pocit něčeho vlastního, identity a důstojnost a možnost řídit své sociální interakce. Naopak nedostatek komfortu a možnosti mít pod kontrolou své prostředí může vést k tísně a bezmocnosti. SCHAAP, van der P. S. et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use or sedation. The British Journal of Psychiatry. Feb 2013, 202 (2), s. 142–149, také [online, cit. 30. 6. 2018], dostupné z <http://bjp.rcpsych.org/content/202/2/142.full-text.pdf+html>.

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

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

4.1 Oddělení C

Oddělení C je koedukované oddělení, které běžně disponuje 27 lůžky. Pokoje jsou dvoulůžkové, trojlůžkové a čtyřlůžkové. Oddělení má jednu místnost zvýšeného dohledu, která je jednolůžková. Pacienti se v průběhu hospitalizace obvykle stěhují z pokojů s méně lůžky v blízkosti sesterny na vzdálenější vícelůžkové v závislosti na tom, jak dochází ke stabilizaci jejich zdravotního stavu. Ani zmíněné přijímací ložnice nemají podmínky pro nepřetržité monitorování.

V době návštěvy byl z organizačních důvodů počet lůžek navýšen (část psychiatrického oddělení D byla postoupena internímu oddělení, a proto bylo nutné navýšení lůžek na oddělení C). Na oddělení tedy bylo 29 lůžek. Tento počet zahrnoval také síťové lůžko a klecové lůžko a také matraci na zemi v jednolůžkové ložnici č. 12 (obrázek 5). Z důvodu naplněné kapacity byli pacienti ubytováni i v otevřeném síťovém lůžku.



Obrázek 4: Matrace na zemi v ložnici č. 12

Ačkoliv chápu snahu oddělení vyrovnat se s mimořádnou situací, kdy došlo ke zvýšení počtu hospitalizovaných pacientů z důvodů, které zařízení nemohlo samo ovlivnit, tak nepovažuji za vhodné, aby pacienti byli uloženi na matraci na zemi, pokud to nevyžaduje jejich zdravotní stav. Uložení pacienta byt v otevřeném síťovém lůžku z kapacitních důvodů je pak nepřijatelné.

Oddělení C má k dispozici společenskou místnost, jídelnu, která je součástí chodby, a kuřárnu. Kuřárna je tvořena malou místností. Z jedné strany kuřárny je mříž, která vede na schodiště mimo oddělení, čímž je objem vzduchu zvětšen o prostor schodiště. Do kuřárny



však není přiváděn čerstvý vzduch a nezdálo se, že by bylo kuřárnu možné větrat například otevřením okna.

Za pozitivní považuji to, že zařízení dokáže na oddělení C zajistit péči pro muže i ženy různého věku. Společný pobyt mužů a žen různého věku považuji za správný, protože se tím zařízení přibližuje běžnému prostředí. Nezáskala jsem poznatky o tom, že by takto široce pojatá cílová skupina pacientů působila komplikace.

Opatření:

- 7) Nepoužívat síťová lůžka, byť otevřená, jako běžná lůžka (průběžně).**
- 8) Zajistit větrání kuřárny na oddělení C (do 6 měsíců).²⁷**

4.2 Oddělení A

Oddělení je koedukované s kapacitou 17 lůžek. Chlapci a dívky jsou ubytováni na oddělených pokojích. V době systematické návštěvy bylo obsazeno 10 lůžek. Všichni pacienti byli v době návštěvy na oddělení poměrně krátce (nejdéle od 3. 9. 2018). Důvodem bylo to, že v letních měsících se na oddělení malovalo. Oddělení A bylo čisté, poměrně nově vybavené a esteticky příjemné.

Na oddělení jsou trojlůžkové a čtyřlůžkové pokoje. Oddělení dále disponuje jednolůžkovým pokojem zvýšeného dohledu, kde bývá obvykle umístěno síťové lůžko. V případě nadstavu je možnost doplnění 4. lůžka do třílůžkových pokojů a dalšího lůžka na pokoj zvýšeného dohledu. Na oddělení je herna, komunitní místnost a místnost určená pro vzdělávání. Tyto místnosti nejsou pacientům volně přístupné, musí jim je otevřít personál.

Na oddělení nebyl vyvěšen systém pravidel (např. kdy je možno používat mobilní telefon, jak je to s vlastní elektronikou, na které pokoje mohou děti vstupovat atd.), jimiž se pobyt na oddělení řídí. Pravidla se tak na oddělení předávají pouze ústně, což může být zdrojem nedorozumění.

Opatření:

- 9) Zpřístupnit pravidla vyžadovaná po dětech na oddělení A v písemné formě srozumitelné pro děti (do 3 měsíců).**

4.2.1 Bodový systém na oddělení A

Na oddělení A funguje bodový systém. Děti mohou každý den získat 0 až 5 bodů. Oslovený zdravotnický personál bodový systém vysvětlil tak, že 0 bodů je udělováno za kouření, pronášení drog, vulgarity, špatné chování. Většina dětí dostává 3 až 4 body, 5 bodů je udělováno za práci navíc. Používání bodového systému nepovažuji za vhodné. Za vhodné považuji individuální slovní hodnocení založené na vztahu mezi dítětem a pečující osobou.

Z rozhovorů s dětmi vyplynulo, že bodový systém chápou a jsou s režimem dne a režimovými opatřeními seznamovány. Z jejich odpovědí však možné pozorovat,

²⁷ V případě, že si to nevyžádá stavební úpravy, tak bezodkladně.



že chování, za které lze body získat či ztratit, není jasně vymezeno. Na oddělení A nebyla vyvěšena pravidla, za které činnosti lze získat určité výhody či nevýhody.

Při formulaci výhod a nevýhod je potřeba dbát na to, že vnitřní systém zařízení nemůže omezovat práva pacientů stanovená zákonem. Je tak například nepřipustné, aby určitým počtem bodů bylo podmíněno přijímání návštěv, nebo aby byl znemožněn telefonický kontakt s vnějším světem.²⁸ Upozorňuji na to proto, že děti jako tresty uváděly například zákaz mobilního telefonu a nemožnost vycházek. Za situace, kdy některé děti nemají jinou možnost pobytu na čerstvém vzduchu, než je vycházka, považuji za nepřijatelné stanovit omezení vycházek mimo oddělení jako odezvu na špatné chování. Právo na pobyt na čerstvém vzduchu může být pacientovi omezeno jen v případě, že to odůvodňuje jeho zdravotní stav. Každý pacient má mít možnost trávit na čerstvém vzduchu alespoň hodinu denně, a pokud možno i více.²⁹

Opatření:

- 10) Předložit dětem jasnou informaci, jaké výhody či nevýhody souvisejí s dodržováním pravidel (do 3 měsíců).**
- 11) Ukončit používání plošného bodového systému a nahradit jej individuálním slovním hodnocením (do 6 měsíců).**

4.3 Soukromí

Nedostatečný pocit soukromí se snadno stane zdrojem frustrace. Situace v zařízení přitom není dobrá mimo jiné s ohledem na limitované prostory jednotlivých oddělení. Nedostatek prostoru se nedotýká nejen pacientů, ale i personálu. Místnost se zázemím personálu na oddělení C, kde pracovníci Kanceláře vedli rozhovor se sanitářem, neumožňovala zaměstnancům zařízení ani odložit své civilní oblečení do skříněk.

Pacienti na oddělení C mají k dispozici noční stolky, které však nejsou uzamykatelné. Cenné soukromé věci si mohou pacienti uložit na sesterně. Ostatní věci si však nemohou bezpečně uložit. Uzamykatelné skříňky jsou již v psychiatrických zařízeních standard a zařízení by je mělo zajistit. Přičemž pacientům, jejichž zdravotní stav neumožňuje uzamykatelnou skříňku bezpečně používat, nemusí být vydán klíč, nebo může být zavedeno pravidelné kontrolování skříněk za přítomnosti pacienta.

28 Jestliže nelze, kromě výjimek, omezit přímý kontakt pacienta s třetími osobami (návštěvy), tím spíše nelze omezovat kontakt zprostředkovaný. Vnitřní řád zařízení však může nastavit časové rozmezí, v němž je možné telefonovat. Z vyjádření dětí a personálu vyplynulo, že děti mají standardně povoleno užívat telefon pouze mezi 20:00 - 21:00 hod. Během této doby mohou na internet.

29 ZPRÁVA PRO VLÁDU ČESKÉ REPUBLIKY O NÁVŠTĚVĚ ČESKÉ REPUBLIKY, KTEROU VYKONAL EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT) VE DNECH 1. AŽ 10. DUBNA 2014, CPT/Inf (2015) 18 [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 31. 10. 2018]. Dostupná z: <https://rm.coe.int/168069568d>.

V bodě 155 uvádí: „Každý pacient, pokud neexistují jasné lékařské kontraindikace, by měl mít možnost a lespůň jedné hodiny venkovního pohybu denně, a pokud možno podstatně více, a za žádných podmínek by takovým pacientům neměl být každodenní venkovní pohyb zakazován jako způsob neformálního postihu.“



Při šetření byly zjištěny nejednotné informace o tom, kdy pacienti přijímají návštěvy. Podle vývěsky před oddělením C jsou návštěvy na oddělení doporučeny od 15:00 do 17:00 hodin ve všední dny a o víkendech od 13:00 do 16:00 hodin. Tento rozsah návštěv se liší od rozsahu, který je stanoven v rámci denního programu na nástěnce oddělení C, kde je uvedeno, že návštěvy probíhají od 13:00 do 17:00 hodin. Ještě odlišně upravuje rozsah návštěv ustanovení *Vnitřního řádu* FN Plzeň, kde je stanoveno, že návštěvy o víkendu probíhají pouze od 14:00 do 17:00 hodin. Nejednotné informace o rozsahu návštěv mohou být zdrojem konfliktů. Považuji za vhodné, aby pacientům byly návštěvy umožněny v co nejširším rozsahu s ohledem na léčebný režim a chod oddělení.

Na odděleních není místnost, kde by se pacient mohl v soukromí setkat s návštěvou. Někteří pacienti mohou oddělení opouštět, a k setkání tak mohou využít i jiný prostor než prostor oddělení. Pacienti v režimu neumožňujícím opustit oddělení mohou k setkání s návštěvou využít pouze prostory oddělení. Za stávajícího stavebního řešení není pravděpodobně možné místnost pro schůzky s návštěvami na odděleních vymezit, opatření proto formuluji ve vztahu k nové budově (kapitola 1.4).

Na oddělení C byl rovněž zakázán přístup dětem do 15 let. Pacienti, kteří nemohou opustit oddělení, tak mají například limitován kontakt se svými dětmi. Uznávám, že pro některé děti může pobyt na oddělení představovat riziko, které by právě samostatná místnost pro návštěvy mohla minimalizovat. Nicméně uvedený absolutní zákaz návštěv dětí na oddělení nemá ani za stávajícího stavu opodstatnění. Pravidla pro návštěvy by měla být nastavena tak, že pracovníci zařízení vždy individuálně vyhodnotí, zda návštěva dítěte u konkrétního pacienta v konkrétní situaci na oddělení představuje riziko, což je realizovatelné například na základě telefonické domluvy.

Opatření:

- 12) Na všech odděleních pořídit do pokojů pacientů nábytek zajišťující každému pacientovi uzamykatelný prostor (do 6 měsíců).**
- 13) Sjednotit informace o čase návštěv a změnit absolutní zákaz návštěv dětí do 15 let na pravidlo podmiňující uskutečnění návštěvy individuálním hodnocením situace (do 2 měsíců).**

4.4 Možnost odreagování a pohybu

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

4.4.1 Pobyt na čerstvém vzduchu

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

V zařízení však pacienti, kteří se nacházejí v režimu neumožňujícím opustit oddělení, přístup na čerstvý vzduch nemají. Zařízení nedisponuje venkovním prostorem, kde by bylo možné zajistit dohled, a tak pacienti, kteří mohou opouštět oddělení pouze s doprovodem, jsou v přístupu na čerstvý vzduch vázáni na návštěvu nebo personál, který je vezme na vycházku. Na oddělení A jsem získala informace o tom, že pokud za dětmi nepřijde návštěva, dbá



zdravotnický personál na to, aby jim byla zajištěna vycházka v doprovodu personálu. Na oddělení C tomu tak není. Organizované ranní vycházky se týkají zejména na pacientů na doléčovacím oddělení D. Pacienti z uzavřeného oddělení C tak mají pobyt na čerstvém vzduchu s doprovodem dostupný pouze nepravidelně.

Odkazují na výše uvedené opatření (kapitola 1.4).

Opatření:

- 14) Do doby, než bude dostupný zabezpečený venkovní prostor, zajistit dostupnost pravidelné vycházky pro pacienty, kteří z důvodu režimového opatření nemohou opouštět oddělení sami (do 3 měsíců).**

4.4.2 Kouření

Pacienti smějí na oddělení C kouřit v průběhu dne v kuřárně. Od 21:30 hodin do ranních hodin platí zákaz kouření. Jsem si vědoma toho, že omezení kouření v určitých hodinách má své organizační a režimové zdůvodnění. Domnívám se však, že vyžadování této restriktce absolutně může být potenciálním zdrojem napětí u některých pacientů, což je v rozporu se snahou personálu o bezpečí a klid v zařízení. Dále zde vzniká riziko, že pacienti budou kouřit tajně například na toaletě nebo pokoji, což vyplývá i ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci.

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

5. Předpoklady pro alternativní zvládnání rizikového chování

Použití omezovacích prostředků by vždy měla předcházet snaha personálu zvládnout situaci jinak. Mohou být použity různé deeskalační techniky, poskytnut krátký oddechový čas (time-out) v samostatné místnosti, nabídnuto podání perorální medikace aj. Pokusy o použití či nemožnost použití těchto postupů by rovněž podle vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška o zdravotnické dokumentaci“), měly být dokumentovány.³⁰

Snaha předcházet použití omezovacích prostředků je zakotvena v interních předpisech zařízení. Například standardní postup SLN/014/03 ošetřování pacientů s rizikem autoagrese a heteroagrese stanoví, že „všeobecná sestra či kompetentní NELZP vždy aktivně pátrá po příčinách možného neklidu pacienta, odstraňuje i pouze pravděpodobné příčiny, pokud toto nebrání provozu stanice a jinak neohrožuje přítomné“.

Ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci však není zřejmé, zda jsou před použitím omezovacího prostředku zvažovány mírnější alternativy, což je v rozporu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Například ve zdravotnické dokumentaci pacientky č. 1 ze dne 6. 3. 2018 není uvedeno, zda byl před jejím umístěním do ochranného lůžka zvažován jakýkoliv mírnější postup, případně proč tento postup nebyl možný. Za nutný krok správným

³⁰ Viz § 1 odst. 2 písm. k) bod 1) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.



směrem tak považuji aktualizaci standardu používání omezovacích prostředků SLN/023/03 v souladu s návrhem, jenž mi byl poskytnut. Ve standardu jsou v bodu 5.1 popsány požadavky na zdravotnickou dokumentaci, která se o použití omezovacích prostředků vede. Mezi požadavky je již v souladu s vyhláškou uvedení požadavek na výčet mírnějších postupů použitých před omezením.

Dokumentace je jedna věc, reálná dostupnost mírnějších opatření je však zásadním předpokladem toho, aby byla vůbec využívána. Zde jako významný limit vnímám to, že na nejexponovanějším oddělení C je pouze jeden jednolůžkový pokoj a prostory dále neumožňují vhodně oddělovat pacienty a zajišťovat odstupňovaný dohled. Při budování nového oddělení by na to mělo být pamatováno (kapitola 1.4).

Standard týkající se používání omezovacích prostředků by mohl být dále rozšířen o příkladný přehled mírnějších opatření, o jejichž použití má zdravotnický personál uvažovat před použitím omezovacího prostředku, a o postup práce s pacientem po ukončení omezení. Podotýkám, že standard je nyní společný pro celou fakultní nemocnici, a neodráží tak specifika péče na psychiatrickém oddělení.

Opatření:

- 15) Poskytnout novelizovaný standard o používání omezovacích prostředků (spolu s vyjádřením ke zprávě).**

6. Personální zabezpečení

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

6.1 Počet zdravotnického personálu

Na oddělení C působí 7 lékařů na 5,4 zdravotnického úvazku. Na oddělení A působí 4 lékaři celkově na 3,5 zdravotnického úvazku. Na obou odděleních se vždy nacházejí alespoň 3 nelékařští pracovníci. Personální zajištění se jevílo přiměřené navštíveným oddělením a ani od pracovníků nebyly zjištěny informace svědčící o opaku. Díky prostorové blízkosti jednotlivých oddělení a zavedenému signalizačnímu systému se daří v případě potřeby mobilizovat dostatečný počet kolegů. Například omezení pacienta č. 2, k němuž došlo 16. 9. 2018 v podvečerních hodinách, provádělo 5 zdravotníků.

V zařízení nebylo v době návštěvy vypracováno interní stanovení žádoucího počtu ošetřovatelského personálu na uzavřených odděleních. Vedoucí pracovníci sdělili, že vycházejí z vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, respektive se snaží oddělení personálně zabezpečit lépe. V době návštěvy šlo o situační výsledek kompromisu v rámci celé fakultní nemocnice. Vyhláška představuje pouze minimální standard, dle mého názoru i nedostačující z hlediska poskytování péče nerestriktivním způsobem. Považuji za dobrou praxi, když má zařízení představu o optimálním personálním obsazení, aby mohlo usilovat o jeho zajištění, a navrhuji zařízení vytvořit plán optimálního personálního obsazení.



6.2 Školení o používání omezovacích prostředků

Školení o používání omezovacích prostředků probíhá v zařízení jednou ročně, čímž je naplněn standard vyplývající z čl. 3 metodického doporučení ministerstva.

Díky iniciativě pracovníků zařízení byl v roce 2017 vytvořen intenzivní kurz přímo na míru psychiatrické klinice zaměřený na dovednosti spojené s používáním omezovacích prostředků. Tuto aktivitu oceňuji a považuji ji za adekvátní zohlednění potřeby pracovníků i pacientů. Podle materiálů, které se týkají obsahu školení, jsou pracovníci školeni v sebeobraně, v používání omezovacích prostředků formou nácviku modelových situací a v technikách předcházení násilí.

Oblast pro rozšíření školení vnímám v komunikaci s pacientem po ukončení omezení se zaměřením na obnovení vztahu důvěry mezi pacientem a zdravotníky (tzv. debriefing, blíže viz bod 13 *Zpětný rozbor situace*) a v nácviku spolupráce s bezpečnostní službou. Zásah bezpečnostní služby na oddělení je vzácná událost, což v praxi může vést ke zmatkům a nesprávnému postupu při použití síly. Právě proto se může ve velmi krizové situaci, kdy bude potřeba pomoci bezpečnostní služby, projevit, že zdravotníci nemají dostatek informací o tom, co mohou od přivolané pomoci očekávat.

6.3 Supervize a podpora personálu

Na některých odděleních probíhá supervizní činnost, kterou se zařízení podařilo zajistit v rámci projektů. Jsem přesvědčena, že práce na psychiatrickém lůžkovém oddělení je natolik náročná, že potřeba supervize panuje na všech odděleních. Navrhuji proto zhodnotit přínosy supervize na odděleních, kde již probíhá, a zvážit její rozšíření.

V zařízení působí kliničtí psychologové. Navrhuji zvážit zajištění jejich pomoci také personálu tam, kde pracovník může profitovat z psychologické intervence (např. krizová intervence po napadení pacientem).



Používání omezovacích prostředků

V zařízení jsem zjistila používání těchto omezovacích prostředků: omezení v lůžku pomocí pásů/kurtů, omezení v síťovém lůžku, uzamčení v místnosti, farmakologické omezení a úchopy. Dále bylo používáno i lůžko, které jsem zhodnotila jako klecové. S jeho používáním zařízení skončilo ihned po návštěvě.

7. Izolace – uzamčení v místnosti určené k bezpečnému pohybu

Na oddělení C je jednolůžkový pokoj č. 12, který je označován jako izolační místnost nebo místnost určená k bezpečnému pohybu, neboť je někdy využit tak, že pacient je v něm uzamčen. Místnost je však využívána i jako jednolůžkový pokoj pro pacienty, kteří neohrožují sebe ani své okolí, ale z jiného důvodu není vhodné, aby byli na společném pokoji s jinými pacienty. V takovém případě se pokoj neuzamyká a nejedná se pak o použití omezovacího prostředku. Podle rozhovoru se zdravotníky se jedná například o pacienty trpící infekčním onemocněním. V době návštěvy zařízení byla v izolačním pokoji umístěna pacientka s mentálním postižením.

7.1 Bezpečí pacienta uzamčeného v místnosti č. 12 na oddělení C

Místnost nebyla při stavbě oddělení dispozičně plánována jako určená k omezení pohybu pacienta a nenaplnuje všechny požadavky, které by měla splňovat místnost určená k bezpečnému pohybu. Jedná se zejména o chybějící zajištění nepřetržitého dohledu nad pacientem v omezení (viz bod 12.1. *Dohled nad pacientem v omezení*) a signalizačního zařízení. V ložnici č. 12 se také vyskytují prvky, které mohou představovat možné ohrožení pacienta, jedná se o neukotvený nábytek nebo závěsné body, které mohou být využity k uchycení škrtidla (např. klika od okna nebo trubky od topení).

Uznávám, že zařízení je do značné míry limitováno svými stávajícími prostory, proto navrhuji, aby bylo provedeno zhodnocení stávajících rizikových prvků a podle možností buď jejich odstranění, nebo nevyužívání místnosti jako omezovacího prostředku u těch pacientů, pro něž tyto prvky představují riziko. V nových prostorech doporučuji uvedené rizikové prvky v rámci místností určených k bezpečnému pohybu nedopustit.

Opatření:

- 16) Zhodnotit rizikové prvky v ložnici č. 12 na oddělení C; zohlednit je při jejím používání a odstranit ty, u nichž je to možné (bezodkladně).**

7.2 Soukromí pacienta v izolaci

Do ložnice č. 12 na oddělení C lze vidět průzorem ve dveřích, skrze který mohou do místnosti nahlížet i další pacienti. Není tak zajištěno soukromí pacienta.³¹ Nenavrhuji okamžité

31 16. všeobecná zpráva CPT v bodě 48 uvádí: „Pacient podrobený omezení by navíc měl mít vhodný oděv a neměl by být vystaven pohledům jiných pacientů, ledaže by výslovně žádal něco jiného nebo je o něm známo, že má raději společnost.“



zaslepení průzoru, protože by bez dalšího znamenalo riziko pro bezpečí pacienta. K zaslepení průzoru bude možno přistoupit až v situaci, kdy bude zajištěno monitorování pacienta v izolaci jiným způsobem.

Další riziko pro soukromí pacienta představuje umístění oken z jiné části nemocnice přímo naproti oknu ložnice č. 12. Doporučuji ověřit, zda lze z protilehlých oken vidět i do oken ložnice č. 12, a případně zvážit pořízení fólie na okenní sklo.

Opatření:

- 17) Dbát na soukromí pacientů, kteří jsou v omezení, a především pak nedopustit, aby byl pacient omezen v přítomnosti jiných pacientů (průběžně).**

8. Omezení v lůžku pomocí pásů (kurtů)

8.1 Fixace z důvodu podávání infuze

V zařízení se pásy/kurty používají jednak k zabránění bezprostřednímu ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob agresivním jednáním pacienta, a jednak za účelem fixace končetiny, do níž je podávána infuze. Je otázkou, zda i druhý způsob použití pásů je vždy použitím omezovacího prostředku. 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 byť 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), tak se jedná o použití omezovacího prostředku a musí být dodržován standard, který je s jeho použitím spojen.

V souvislosti s podáváním infuze a používáním pásů jsem ve zdravotnické dokumentaci pacientky č. 3 zjistila ordinaci „při infuzi šetrná kurtace“. Ze studia zdravotnické dokumentace vyplývá, že pacientka byla neklidná a vytrhla si kanylu, z čehož lze dovodit důvod této ordinace. Ze zdravotnické dokumentace však vůbec není zřejmé, kdy přesně omezení započalo a skončilo, respektive zda trvalo vždy jen po dobu aplikace infuze, nebo po celý den. Ačkoliv pacientka č. 3 byla podle zdravotnické dokumentace omezena pásy v lůžku již například 13. 9. 2018, tak v evidenci použití omezovacích prostředků na oddělení C, kterou zařízení poskytlo zaměstnancům Kanceláře, není omezení evidováno. Lze tak uzavřít, že k omezení této pacientky zařízení nepřistupovalo jako k použití omezovacího prostředku.

Opatření:

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

8.2 Soukromí a bezpečí

Pokud je jediný jednolůžkový pokoj obsazen, tak omezení dalšího pacienta pásy probíhá na oddělení C i na pokojích, kde jsou přítomni jiní pacienti. Přítomnost jiných pacientů



představuje jednak zásah do soukromí a důstojnosti omezeného pacienta, a jednak představuje i riziko pro jeho bezpečí, kdy je ve zranitelné situaci, v níž se nijak nemůže bránit případnému napadení či obtěžování. K tomu viz opatření č. 17.

9. Farmakologické omezení

Vnitřní předpis³² zařízení za farmakologické omezení označuje podání psychofarmaka (určeného k rychlému zklidnění proti vůli pacienta), popřípadě jiných léčivých přípravků podávaných parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy.

Jsem si vědoma toho, že definice farmakologického omezovacího prostředku je předmětem debat, přičemž znění zákona³³ je matoucí a nepomáhá ani metodické doporučení ministerstva. S ohledem na povahu omezovacího prostředku jako institutu silového či mocenského zásahu vůči pacientovi se přikláním k definici ve standardu CPT z roku 2017, kde farmakologickým omezením je myšleno „podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta“. Podání silou nebo pod hrozbou donucení považuji za jádro, které má poskytovatel jako omezovací prostředek chápat, bez ohledu na to, zda je účelem podání rovněž léčba onemocnění pacienta. Rozhodujícím tak, dle mého názoru, není forma podávání léčiva, ačkoliv injekční podání léčivého přípravku bude typickým způsobem, jak je léčivo silou podáváno.

Při studiu zdravotnické dokumentace jsem narazila na formulář *Evidence použití omezovacích prostředků*. V tomto formuláři není samostatná kolonka pro evidenci farmakologického omezení. Nově zaváděný vnitřní předpis SLN/023/03 již ve formuláři pracuje i s tímto typem omezení. Neformuluji zde tedy opatření, protože počítám s tím, že v době uplynulé od návštěvy vstoupil nový vnitřní předpis v účinnost. Nicméně v době návštěvy samostatné použití farmakologického omezení nebylo v rozporu se zákonem centrálně evidováno.³⁴

S použitím léků jako omezovacího prostředku úzce souvisí skryté podávání léků pacientům bez jejich souhlasu. Takovým skrytým podáváním léků může být například drcení tablet do jídla, což jsem zaznamenala ve zdravotnické dokumentaci pacientky č. 3. Skryté podávání léků nepředstavuje použití omezovacího prostředku, protože zde chybí prvek donucení, ale léčbu bez souhlasu pacienta. K takové léčbě lze přistoupit pouze v zákonem stanovených případech vyžadujících neodkladnou péči.³⁵ Ze zdravotnické dokumentace pacienta by pak

32 Standard pro používání omezovacích prostředků (SLN/023/03), který má nahradit v době návštěvy účinný Standard pro používání omezovacích prostředků (SLN/023/02) a doplnit standardní postup pro ošetřování pacientů s rizikem autoagrese a heteroagrese (SLN/014/03).

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

34 Ustanovení § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách.

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



mělo být zřejmé, proč zařízení k tomuto kroku přistoupilo. Skryté podávání léků může snadno narušit vztah důvěry mezi pacientem a zdravotníky.

10. Síťové lůžko

Jak na oddělení C, tak na oddělení A jsou používána síťová lůžka. Jedná se o omezovací prostředek předpokládaný zákonem.³⁶ Nicméně z návštěv jiných zařízení jsem získala poznatky o výrazném omezení až úplném opuštění od jejich používání, a to i v zařízeních, která poskytují péči pacientům se závažným mentálním postižením spojeným s agresivním chováním nebo osobám trpícím neurodegenerativním onemocněním.

Domnívám se, že pokud personál psychiatrického oddělení bude mít k dispozici dostatečné množství jednolůžkových pokojů vhodných i k bezpečnému pohybu a dostatek personálu k zajištění dohledu, tak přechod do nových prostor představuje velkou šanci, jak odstoupit od používání síťových lůžek i v navštíveném zařízení. Apeluji na zařízení, aby tímto směrem postupovalo. Ukončení používání síťových lůžek opakovaně požaduje i CPT.³⁷

11. Klecové lůžko

Při návštěvě bylo na oddělení C zjištěno lůžko, do kterého bylo možno pacienta uzamknout a jež mělo stěny tvořeny z pevné kovové mříže. Jsem přesvědčena, že toto lůžko nelze považovat za lůžko síťové, ale jedná se o lůžko klecové, a tedy omezovací prostředek nepředpokládaný zákonem,³⁸ a tedy používaný v rozporu s ním. Jako o kleci o lůžku mluvili pacienti i někteří zdravotníci.

Na své právní hodnocení jsem ihned po návštěvě zařízení upozornila. Bylo mi sděleno, že lůžko bylo demontováno a zlikvidováno, což považuji za adekvátní. Díky neprodlené reakci zařízení tak nenavrhuji žádná další opatření, kromě vyjádření.

Opatření:

- 19) Sdělít, jak se v praxi oddělení projevilo upuštění od užívání klecového lůžka (spolu s vyjádřením ke zprávě).**

12. Dohled, signalizace a rozbor

12.1 Dohled nad pacientem v omezení

Výbor CPT prosazuje jako standard, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod dohledem přítomného pracovníka.³⁹ Vedle zajištění

³⁶ Ustanovení § 39 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách.

³⁷ Viz bod 3.4 standardu CPT z roku 2017.

³⁸ Ustanovení § 39 zákona o zdravotních službách.

³⁹ Standard CPT z roku 2017 v bodě 7 uvádí: „Každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod nepřetržitým dohledem. V případě mechanického omezení by v místnosti měl být neustále přítomen kvalifikovaný pracovník, aby udržoval s pacientem terapeutický vztah a poskytoval mu pomoc. Pokud je



bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta a zabránění pocitu opuštěnosti. Národní standard je méně náročný, když požaduje obecně nepřetržitý dohled nad pacientem omezeným v lůžku nebo v místnosti určené k bezpečnému pohybu (srov. čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva).

Pracovníci Kanceláře pozorovali, že nepřetržitý dohled se v zařízení nedaří zajišťovat. Například pacient přijatý v noci v akutním stavu na oddělení C byl omezen v lůžku pásy a ponechán bez přítomnosti zdravotníka v příjmové ložnici. Dveře vedoucí do místnosti z chodby zůstaly pootevřeny. Nebyl zajištěn nepřetržitý dohled, protože místnost nebyla vybavena průzorem ze sesterny nebo kamerovým systémem a v místnosti ani s pacientem nikdo nezůstával; personál jej pouze chodil kontrolovat. To je standardní situace týkající se všech typů omezení, neboť průzory ze sesterny nebo kamerový systém, jež se k zajištění nepřetržitého dohledu zpravidla využívají, nejsou v zařízení zřízeny.

Vnitřní předpis SLN/014/03, upravující používání omezovacích prostředků v zařízení v době návštěvy, umožňoval kontroly pacienta až v 15minutovém intervalu, což nenaplnuje požadavek na nepřetržitý dohled. Vnitřní předpis SLN/023/03, který byl v době návštěvy chystán k přijetí, již obsahuje pro pacienty v omezení (místnost určená k bezpečnému pohybu, pásy, síťové lůžko) požadavek na náležitý a nepřetržitý dohled. Není mi však jasné, jaké změny se chystá zařízení k této vyšší úrovni dohledu přijmout. Jsem přesvědčena, že změna si nutně vyžádá personální navýšení.

Opatření:

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

12.2 Signalizace

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

Opatření:

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

12.3 Zpětný rozbor situace

Více dotázaných pracovníků uvádělo, že usilují o průběžné informování pacienta, aby chápal, co se s ním děje a proč. Informování pacienta v průběhu omezení je správnou praxí, která má oporu i ve vnitřních předpisech zařízení. Komunikace s pacientem o jeho omezení by se

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.“



neměla ale omezovat pouze na průběh omezení. Personál má totiž usilovat o zachování dobrého terapeutického vztahu s pacientem, což vyžaduje i následný rozhovor.⁴⁰ CPT k tomu uvádí: „*Jakmile je omezení ukončeno, je nezbytné provést s pacientem pohovor (angl. debriefing). Pro lékaře je pohovor příležitostí, kdy může vysvětlit důvody tohoto opatření, zmírnit tak psychické trauma z tohoto zážitku a obnovit vztah mezi lékařem a pacientem. Pro pacienta je příležitostí k vysvětlení, co zažíval před omezením, což může pomoci jemu i personálu lépe pochopit jeho chování. Pacient a personál se mohou společně pokusit dojít k tomu, jak by se pacient mohl lépe ovládat, a tak se snad vyhnout dalším atakům agresivity a následnému použití omezovacích prostředků.*“⁴¹ Doporučuji debriefing v tomto smyslu provádět.

Opatření:

- 22) Provádět s pacienty rozhovor po ukončení omezení ve smyslu a s cílem popsání debriefingu a ve vnitřním předpisu jasně stanovit, kdy a kým takový rozhovor má být prováděn (do 3 měsíců).**

13. Dokumentování průběhu omezení

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.⁴² Z čl. 1 odst. 10 metodického doporučení ministerstva vyplývá, že lékař má hodnotit stav pacienta a rozhodovat o trvání omezení v pravidelných intervalech, a to například u pacienta omezeného pásy minimálně každé 3 hodiny. Bez dobře vedené zdravotnické dokumentace nemůže zdravotnické zařízení prokázat, že naplnilo zákonem uložené povinnosti.

V zařízení jsou informace o průběhu omezení obsaženy v těchto částech zdravotnické dokumentace pacienta:

- *Průběžné hodnocení chování pacienta*, přičemž tento formulář má rozsah pouze 6:00 až 22:00 hodin.
- Průběžné hodnocení zdravotního stavu pacienta.
- Vizita lékaře.

Ze záznamů o průběhu omezení má být zřejmé, na základě čeho se zdravotníci domnívali, že je namístě v omezení pokračovat, a jaký byl zdravotní stav pacienta v průběhu omezení. Proto by takovéto záznamy neměly mít formu pouhého odškrtnutí kolonky a měly by pokrývat časové rozmezí celého dne. Zjistila jsem, že zařízení tyto požadavky v době návštěvy nenaplňovalo.

40 Srov. článek 1 odst. 5 metodického doporučení ministerstva doporučujícího podat informace formou terapeutického pohovoru, kromě případů, kdy pacient byl urgentně přeložen.

41 Viz bod 46 v 16. všeobecné zprávě CPT

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



Například z *průběžného hodnocení chování* pacientky č. 3 ze dne 15. 9. 2018 zjišťuji, že strávila značnou část dne v lůžku. Záznam má formu pouhého zaškrtnutí a nepokrývá dobu od 22:00 do 6:00 hodin. Z dalších záznamů ve zdravotnické dokumentaci zjišťuji, že v průběhu dne byla pacientka omezena pásy. V *průběžném hodnocení zdravotního stavu pacientky* je obsaženo pět záznamů, kdy je v průběhu dne v 5:10 hod., 10:30 hod., 15:00 hod., 20:00 hod., 21:00 hod. několika větami popsán stav pacientky. Zjišťuji tak, že pacientka nebyla v omezení celý den a že měla návštěvu. Další záznam je obsažen v části zdravotnické dokumentace *vizita lékaře*, kde je pro den 15. 9. 2018 proveden pouze jeden záznam o hodnocení jejího stavu lékařem. Ačkoliv má zařízení o chování pacientky v uvedeném dni více záznamů než pouze odškrtnutí obsažená v *průběžném hodnocení chování pacienta*, tak vnímám rozpor praxe v zařízení s metodickým doporučením ministerstva a s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Ze záznamů není zřejmé, kdy omezení začínalo a končilo, a není možné zpětně průběh omezení (a jeho nezbytnost) rekonstruovat. Také nelze konstatovat, zda byl u pacientky č. 3 dodržen požadavek na hodnocení zdravotního stavu lékařem v pravidelných intervalech.

Stávající odškrtačací formulář *Průběžné hodnocení chování pacienta* nepovažuji za dostatečný, protože chování pacienta nijak nehodnotí, ale pouze zaznamenává, kde se pacient nacházel.

Dále uvedu příklad pacienta č. 2, kdy při omezení ze dne 16. 9. 2018 není zřejmé, proč byl pacient umístěn zpět do ochranného lůžka, poté co byl z lůžka mezi 20:30 až 20:50 hodin uvolněn. V průběhu uvolnění byl dle záznamů klidný a spolupracující. Neklid se projevil až v situaci, kdy byl pacient umísťován zpět do lůžka. Pokud má omezení sloužit k odvrácení bezprostředního nebezpečí, tak by ze zdravotnické dokumentace mělo být zřejmé, v čem toto bezprostřední ohrožení spočívalo a proč bylo nutno pacienta do lůžka znovu umístit. Nelze přitom argumentovat kruhem, že pacienta bylo do lůžka nutno umístit, protože byl neklidný při opětovném umísťování do lůžka.

Vnitřní předpis SLN/023/03, který byl v době návštěvy chystán k přijetí, již obsahuje požadavky na vedení zdravotnické dokumentace v souladu s výše uvedenými standardy, a doufám tedy, že se níže formulované opatření zdravotnickému zařízení podaří co nejdříve zavést do praxe.

Opatření:

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

14. Dětsí pacienti

Specifika používání omezovacích prostředků u dětských pacientů nejsou explicitně vyjádřena v žádném standardu – ani v zákoně, metodickém doporučení ministerstva, standardu CPT, a pokud vím, ani v doporučených postupech psychiatrické péče. Je tedy třeba vyjít z toho, že dítě je citlivější a zranitelnější, a proto by principiálně nemělo být omezení podrobováno. Rozhodující je jistě klinické hodnocení situace a zpravidla je



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

Ve svých zprávách se opakovaně kriticky vyjadřují k praxi, kdy jsou omezovací prostředky jiné než úchop používány vůči dětem mladším šestnácti let.⁴³ Na oddělení A k takovému případu za roky 2017 a 2018 nedošlo, což považují za velmi pozitivní posun oproti roku 2016, kdy byly omezovací prostředky na oddělení používány častěji a i vůči výrazně mladším dětem.

43 V uvedeném názoru se shodují s výborem CPT, který uvedl ve své ZPRÁVĚ PRO VLÁDU FINSKA O NÁVŠTĚVĚ FINSKA, KTEROU VYKONAL EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT) VE DNECH 22. ZÁŘÍ 2014 AŽ 2. ŘÍJNA 2014, CPT/Inf (2015) 25 [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 31. 10. 2018]. Dostupná z: <https://rm.coe.int/1680695f70>, následující:

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



Pojistky a kontrola

15. Centrální evidence omezení

Ve svých doporučeních dlouhodobě poukazují na nutnost vedení zvláštní evidence, která by přehledně podchycovala případy použití omezovacích prostředků. Evidence umožňuje 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 jejich používání.⁴⁴

Zaměstnanci Kanceláře si v průběhu návštěvy vyžádali přehled případů použití omezovacích prostředků. Tento požadavek se podařilo uspokojit pouze pro období od poloviny roku 2017, kdy zařízení přešlo na centrální elektronickou evidenci omezení. Poskytnutý výstup z nemocničního informačního systému neobsahoval informaci o délce trvání omezení či o počtu jeho přerušení. Bylo zjevné, že tento typ přehledu si vedení doposud standardně nepožizuje a nezkoumá.

Z centrální evidence omezení přitom může zařízení získat informace, které umožní další zkvalitňování poskytované péče. Mohou tak například být zhodnocena data o tom, jak se v praxi oddělení C projeví upuštění od používání klecového lůžka. Evidence by však musela být vedena v potřebném rozsahu.

Ke stávající centrální evidenci používání omezovacích prostředků v zařízení mám dvě výhrady. Zaprvé v roce 2018 se v záznamu o používání omezovacích prostředků na odděleních A a C objevuje 13 záznamů, kde není uveden typ použitého omezení. Takovýto záznam mimo toho, že nenaplnuje zákonný požadavek na evidenci typu použitého omezovacího prostředku,⁴⁵ ani nic nepřináší. A za druhé ze záznamů není zřejmá doba trvání omezení, protože je uveden pouze čas započetí použití omezovacího prostředku. Nově zaváděný vnitřní předpis SLN/023/03 obsahuje formulář záznamu použití omezovacích prostředků, ze kterého budou získávána data do centrální evidence. Za správné považuji, že tento formulář obsahuje i záznam o konci omezení, a bude tak možno hodnotit i dobu trvání použití omezovacího prostředku.

Dalším údajem, který považuji nad rámec zákona a metodického doporučení ministerstva za vhodné centrálně sledovat, je i informace o přerušení použití omezovacího prostředku,

44 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 (a ngl. specific register) na zařazení všech případů použití omezovacích prostředků (včetně chemických), a to vedle záznamů obsažených ve zdravotnické dokumentaci pacienta.“

45 Ustanovení § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách.



a to zejména u déle trvajících omezení. Jsem přesvědčena, že zavedením nového vnitřního předpisu do praxe budou odstraněny zjištěné nedostatky.

Opatření:

- 24) Provádět vyhodnocování záznamů v evidenci použití omezovacích prostředků za účelem přijímání opatření ke snižování potřeby jejich použití (průběžně).**

16. Oznamování omezení soudu

Poskytovatel má ze zákona⁴⁶ povinnost oznamovat soudu omezení pacientů, kteří byli hospitalizováni na základě svého souhlasu, pokud se nejedná o omezení úchopem.

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

Takovéto předběžné vzdání se práva na osobní svobodu považuji za nepřípustné. Pokud je pacient, který byl přijat na základě svého souhlasu, omezen ve volném pohybu a do 24 hodin od začátku omezení neposkytne s tímto omezením svobodný souhlas, tak zařízení musí informovat soud.

V průběhu návštěvy byly od zdravotníků získány informace o tom, že soud jim doporučuje, aby pacienti v průběhu 24 hodin od omezení nebo začátku nedobrovolné hospitalizace přesvědčili k vyslovení souhlasu. Je jistě vhodné s pacientem věc probírat a vysvětlovat mu jeho postavení. Soudní přezkum však má svůj smysl, byť v praxi některých soudů působí jako pouhá formalita. Pokud došlo k zásahu do osobní svobody člověka stání mocí, tak je právem pacienta, aby soud rozhodl, zda tento zásah byl proporcionální k ohrožení jiných práv. Pokud by naopak zdravotnické zařízení pacienty cíleně přesvědčovalo k vyslovení souhlasu, tak by se vystavovalo riziku nařčení, že na pacienty vyvíjí nátlak a jejich souhlas s hospitalizací není svobodný.

Opatření:

- 25) Nevyžadovat souhlas s použitím omezovacích prostředků v rámci souhlasu s hospitalizací (průběžně).**

17. Stížnosti

V letech 2016 až 2018 FN Plzeň neřešila žádnou stížnost, která by se týkala použití omezovacích prostředků na psychiatrické klinice. Ve vztahu k psychiatrické klinice byly řešeny pouze dvě stížnosti, k jejichž prošetření nemám výhrady.

⁴⁶ Ustanovení § 40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.



Podle sdělení zaměstnanců oddělení jsou stížnosti řešeny na ranní komunitě společně se všemi pacienty. To je forma vhodná pro případy týkající se běžného chodu oddělení. Pacienti ale musejí mít k dispozici cestu k podání stížnosti důvěrně a také bezpečně. Je představitelné, že pacient bude mít obavy stěžovat si přímo zdravotníkům, kteří o něj pečují, protože je vůči nim v závislém postavení. Z online dostupného dokumentu *POSTUP PRO PODÁNÍ A VYŘIZOVÁNÍ STÍŽNOSTÍ VE FAKULTNÍ NEMOCNICI PLZEŇ* vyplývá, že stížnost je možno podat osobně na ředitelství, nebo zaslat poštou. Pro pacienty, kteří z důvodu svého zdravotního stavu nemohou opustit lůžkové oddělení, jsou obě možnosti nevyužitelné, a tudíž pro tyto pacienty není v zařízení dostupný mechanismus pro bezpečné podání stížnosti.

Pomohlo by, pokud by existovala také možnost, kdy by stížnosti přijímal také zaměstnanec, který nepůsobí přímo na oddělení, nebo k tomu byla určena schránka vybíraná vnějším zaměstnancem. Na oddělení C ani A zaměstnanci Kanceláře schránku na stížnosti nenašli.⁴⁷

Pacienti by také měli být informováni o právu stížnost podat. Na nástěnkách na odděleních taková informace nebyla zjištěna. Zmínka o stížnosti je obsažena ve vyvěšeném *Vnitřním řádu FN Plzeň*. V dokumentu však není výslovně uvedeno, že pacient, který je s poskytovanou péčí nespokojen, si může stěžovat, ale pouze, že stížnosti řeší oddělení styku s veřejností. Informace je navíc uvedena drobným písmem mezi mnoha dalšími sděleními.

Stížnost přitom představuje cenný zdroj informací o tom, co v praxi zařízení vnímají pacienti jako problematické, a umožňuje tak další zlepšování fungování zařízení.

Opatření:

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

18. Kultura přístupu k pacientům

Je úkolem vedení usilovat o určitou úroveň organizační kultury, do tohoto úsilí je zapotřebí zapojovat vedoucí pracovníky všech úrovní, protože organizační kultura se rozvíjí vždy, a aktivní přístup vedoucích pracovníků může zajistit její pozitivní ráz. Je povinností vedení zajistit, že v kontextu náročné péče a permanentního tlaku na pečující personál nesklouzne přístup k pacientům k dehumanizaci či atmosféře moci.⁴⁸

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

⁴⁷ Absence schránky na stížnosti ve smyslu kontaktní schránky oddělení pro komunikaci s veřejností je v rozporu s *Vnitřním řádem FN Plzeň*, který na straně 3 ve 4. odstavci uvádí, že s schránkou je vybaveno každé lůžkové oddělení.

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



v průběhu rozhovorů si někteří pacienti chválili vstřícný a lidský přístup personálu ve srovnání s jinými zařízeními, kde byli hospitalizováni dříve.

19. Postavení nedobrovolně hospitalizovaných pacientů

V zařízení jsou hospitalizováni i pacienti, kteří byli přijati bez svého souhlasu. V roce 2017 se jednalo o 32 případů. V době návštěvy byli nedobrovolně hospitalizováni dva pacienti na oddělení C.

Ze zákona vyplývá, že nedobrovolně hospitalizovaný pacient musí bez zbytečného odkladu obdržet náležitě vysvětlení svého právního postavení, zákonného důvodu učiněného opatření a možností právní ochrany.⁴⁹

Z rozhovoru s personálem vyplynulo, že pacienti jsou poučeni pouze ústně při přijetí na oddělení. O poučení se provede záznam do zdravotnické dokumentace pacienta ve formě odškrtnutí. Z rozhovoru s pacientem bylo zjištěno, že nemá přehled například o tom, že v jeho věci bude rozhodovat soud, nebo že mu bude ustanoven advokát. Je tak zřejmé, že poučení poskytované pouze ústně při příjmu není dostatečné. Za vhodné považují poskytovat pacientům písemné poučení, nebo jim i bez žádosti poskytnout poučení opakovaně v průběhu hospitalizace. Písemné poučení má navíc tu výhodu, že na zdravotníky nepřenáší povinnost umět srozumitelně vysvětlit právní postavení pacienta, což může být komplikovaný úkol i pro právníka.

V zařízení v době návštěvy nebyl dostupný žádný materiál, který by shrnoval práva a postavení nedobrovolně hospitalizovaného pacienta a jenž by si pacient v klidu mohl prostudovat v situaci, která je méně vypjatá než nedobrovolné převzetí do zdravotnického zařízení. Navrhují proto zařízení, aby takový materiál vytvořilo, nebo využilo již existující volně dostupné materiály. Mohu nabídnout leták *Psychiatrická nemocnice* vytvořený Kanceláří.⁵⁰

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

Opatření:

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

20. Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení

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

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

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



Také vůči těmto osobám má stát závazek nedopustit, aby byly vystaveny špatnému zacházení, a doložit, jak vznikla jejich případná zranění.

20.1 Dokumentování známek špatného zacházení

V případě vězňů a zadržených přechází na poskytovatele zdravotních služeb část povinností státu. Poskytovatel zdravotních služeb (lékař) má důležitou úlohu v rámci prevence nepostižitelnosti špatného zacházení ze strany policie a jiných subjektů, a to skrze zaznamenávání zranění. **Lékař by měl v případě přijetí zraněného pacienta provést detailní záznam, který obsahuje pacientovo vyjádření k případným utrženým zraněním a k okolnostem, které s ním souvisely. Dále by záznam měl detailně popisovat objektivní lékařský nález, vyplývající z vyšetření provedeného lékařem, a jeho subjektivní hodnocení souvislostí mezi tvrzením pacienta a objektivním lékařským nálezem.**⁵¹ Takto sepsaný záznam by měl pacient na požádání obdržet. Případy poranění by měli lékaři zaznamenávat na speciální formuláře, zahrnující také záznamové schéma postavy, a případně je doplňovat i o fotografie.

Nyní nepojednávám o povinnosti formulované přímo v zákoně o zdravotních službách, ale o důsledku mezinárodního závazku České republiky chránit osoby (nejen) omezené na svobodě před špatným zacházením. Právě v případě osob omezených na svobodě je i postup nemocnice a jednotlivých zdravotníků přičitatelný státu.

Nemocnice by měla zvážit pořízení fotoaparátu nebo tabletu pro příjmová a další vyšetření a používání formuláře pro zaznamenávání všech důležitých údajů (pacientovo vyjádření k utrženým zraněním a k okolnostem, které s ním souvisely, objektivní lékařský nález vyplývající z vyšetření provedeného lékařem a jeho subjektivní hodnocení souvislostí mezi tvrzením pacienta a objektivním lékařským nálezem), který jim zjednoduší práci.

Opatření:

- 28) 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).**

20.2 Zajištění soukromí při vyšetření vězně či zadržené osoby

Prostory psychiatrické ambulance jsou často využívány pro vyšetření vězňů z blízké Věznice Plzeň. Prostory ambulance nejsou zabezpečeny proti útěku, a při vyšetření jsou tak obvykle přítomni pracovníci vězeňské služby, což může představovat překážku pro pacienta ve sdělení, jak došlo k jeho zranění, a tím i překážku při odhalování špatného zacházení.

⁵¹ Standard toho, jak má vypadat záznam o zjištěných zraněních použitelný pro případné budoucí vyšetřování špatného zacházení, vyplývá z Istanbulského protokolu OSN 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. *Požádání záznamů a podávání zpráv o lékařských zjištěních o špatném zacházení. Výňatek z 23. všeobecné zprávy CPT, publikované v roce 2013.* [online]. Francie. © Council of Europe. [cit 10. 7. 2018], bod 74. Dostupné z <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900016806ccc36>.



Jediným přípustným důvodem pro přítomnost pracovníků vězeňské služby, případně policie při vyšetření je obava zdravotníka z chování pacienta v průběhu vyšetření. I v takové situaci (spíše výjimečné) musejí být uvedení pracovníci přítomni pouze na dohled, a nikoliv na doslech vyšetření.

Apeluji na zařízení, aby při stavbě nové budovy psychiatrické kliniky upravilo prostory ambulance tak, aby bylo minimalizováno riziko útěku. Podmínky, které by nově vznikající prostory ambulance měly splňovat, doporučuji konzultovat s představiteli Věznice Plzeň.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Odstranit rizikové prvky na oddělení C (opatření č. 1).• Zajistit, aby v nových prostorech psychiatrické kliniky měli i pacienti, kteří nemohou opouštět oddělení, k dispozici bezpečný prostor k pobytu na čerstvém vzduchu a prostor, kde se mohou v přiměřeném soukromí setkat s návštěvou (opatření č. 2).• Zajistit, aby v nových prostorech psychiatrické kliniky pro uzavřená oddělení byly k dispozici alespoň dva pokoje, ale nejlépe ještě více pokojů umožňujících samostatné umístění pacienta a odpovídajících standardům pro bezpečné uplatnění omezení [včetně zajištění dohledu]; (opatření č. 3).• Zhodnotit rizikové prvky v ložnici č. 12 na oddělení C; zohlednit je při jejím používání a odstranit ty, u nichž je to možné (opatření č. 16).
Do 2 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Sjednotit informace o čase návštěv a změnit absolutní zákaz návštěv dětí do 15 let na pravidlo podmiňující uskutečnění návštěvy individuálním hodnocením situace (opatření č. 13).• Vybavit lůžková oddělení schránkami pro podávání stížností a zajistit jejich vybírání pracovníkem, který na oddělení nepůsobí, a zpřístupnit pacientům uzavřených oddělení jasnou informaci o možnosti podávat stížnost (opatření č. 26).
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Zpřístupnit pravidla vyžadovaná po dětech na oddělení A v písemné formě srozumitelné pro děti (opatření č. 9).• Předložit dětem jasnou informaci, jaké výhody či nevýhody souvisejí s dodržováním pravidel (opatření č. 10).• Do doby, než bude dostupný zabezpečený venkovní prostor, zajistit dostupnost pravidelné vycházky pro pacienty, kteří z důvodu režimového opatření nemohou opouštět oddělení sami (opatření č. 14).• Zajistit pacientům v omezení možnost důstojné signalizace k přivolání personálu (opatření č. 21).• Provádět s pacienty rozhovor po ukončení omezení ve smyslu a s cílem popsaného debriefingu a ve vnitřním předpisu jasně stanovit, kdy a kým takový rozhovor má být prováděn (opatření č. 22).



Do 6 měsíců

- Zajistit, aby pracovníci bezpečnostní služby potenciálně zasahující na Psychiatrickém oddělení a Centrálním příjmu Lochotín byli proškoleni v komunikaci s osobou s duševním onemocněním a v používání verbálních i manuálních technik zvládnání neklidných nebo násilných pacientů a aby pravidelně probíhal nácvik použití omezení spolu se zdravotníky (opatření č. 6).
- Zajistit větrání kuřárny na oddělení C; v případě, že si to nevyžádá stavební úpravy, tak bezodkladně (opatření č. 8).
- Ukončit používání plošného bodového systému a nahradit jej individuálním slovním hodnocením (opatření č. 11).
- Na všech odděleních pořídit do pokojů pacientů nábytek zajišťující každému pacientovi uzamykatelný prostor (opatření č. 12).
- Kromě ústního poučení předávat nedobrovolně hospitalizovaným pacientům i písemný materiál shrnující jejich postavení (opatření č. 27).

Průběžně

- Dbát, aby pracovníci bezpečnostní služby neomezovali práva pacientů mimo situace krajní nouze a nutné obrany (opatření č. 5).
- Nepoužívat síťová lůžka, byť otevřená, jako běžná lůžka (opatření č. 7).
- Dbát na soukromí pacientů, kteří jsou v omezení, a především pak nedopustit, aby byl pacient omezen v přítomnosti jiných pacientů (opatření č. 17.).
- Dodržovat standardy používání omezovacích prostředků u všech případů omezení, tedy i z důvodu podávání infuze (opatření č. 18).
- Usilovat o zajištění nepřetržitého dohledu nad pacienty v omezení, a pokud možno i o stálou přítomnost pečujícího u osoby v omezení (opatření č. 20).
- Dokumentovat průběh použití omezovacího prostředku v souladu s požadavky metodického doporučení ministerstva a vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, a to zejména s důrazem na zaznamenání důvodu omezení a jeho trvání a neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků (opatření č. 23).
- Provádět vyhodnocování záznamů v evidenci použití omezovacích prostředků za účelem přijímání opatření ke snižování potřeby jejich použití (opatření č. 24).



- Nevyžadovat souhlas s použitím omezovacích prostředků v rámci souhlasu s hospitalizací (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. 28).

Spolu s vyjádřením ke zprávě

- Sdělit, ve kterých situacích je využívána jednotka rychlého zásahu a zda může být použita i ve vztahu k psychiatrické klinice (opatření č. 4).
- Poskytnout novelizovaný standard o používání omezovacích prostředků (opatření č. 15).
- Sdělit, jak se v praxi oddělení projevilo upuštění od užívání klecového lůžka (opatření č. 19).