



ombudsman
veřejný ochránce práv

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Zpráva z návštěvy zařízení

se zaměřením na omezení volnosti pohybu

Adresa zařízení:	Ústavní 91/7, 181 02 Praha 8
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitel:	MUDr. Martin Hollý, MBA
Typ zařízení:	psychiatrická nemocnice
Kapacita:	1200
Datum návštěvy:	25. – 26. dubna 2018
Datum vydání zprávy:	27. července 2018
Návštěvu provedli:	Mgr. Šárka Černocká, Mgr. Martin Klumpar, Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. Tomáš Petr, Ph.D., MUDr. Ondřej Pilc

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



Obsah

Úvodní informace	3
Systematická návštěva a její cíl	3
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	3
Charakteristika zařízení	4
Průběh návštěvy	5
Zaměření na problematiku omezovacích prostředků	5
Relevantní pravidla a předpisy	6
Shrnutí	8
Charakteristika navštívených oddělení	10
Omezení až jako krajní opatření	12
1. Bezpečnost na oddělení	12
2. Sledování nežádoucích událostí	14
3. Prostředí a pravidla	15
4. Předpoklady pro alternativní zvládání rizikového chování	19
5. Personální zabezpečení	20
Používání omezovacích prostředků	23
6. Izolace – umístění v uzamčené místnosti	23
7. Omezení v lůžku pomocí pásů (kurtů)	29
8. Farmakologické omezení	29
9. Síťové lůžko	32
10. Příklady přílišného použití omezení	32
11. Dohled, rozbor a dokumentace	35
12. Dětsí pacienti	36
13. Pacienti s mentálním postižením omezovaní dlouhodobě	37
Pojistky a kontrola	42
14. Sledování a evidence	42
15. Kultura přístupu k pacientům	42
16. Stížnosti	43
17. Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení	43
Přehled opatření k nápravě	45



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 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 **pořizuji 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 nepopisuje praxi zařízení, která odpovídá dobrým standardům zacházení. Proto může působit negativním dojmem. Prosím čtenáře, aby zprávu četli s tímto vědomím a nepovažovali mé závěry za nedocenění náročné práce pracovníků a představitelů zařízení.

Zprávu zašlu zařízení a vyzvu je, aby se k mým zjištěním a navrženým opatřením vyjádřilo.⁴ Jsem připravena zabývat se předloženými argumenty. Navržená opatření

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

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

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

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



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 jejich přehled.

- 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 příkládám 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 obdrženého vyjádření, na svých internetových stránkách⁶ a v databázi Evidence stanovisek ochránce ESO.⁷

Charakteristika zařízení

Psychiatrická nemocnice Bohnice (dále také jen „nemocnice“) je největší psychiatrická nemocnice v České republice. Poskytuje lůžkovou psychiatrickou péči následnou i akutní, v celém spektru duševních poruch. Je situována v Praze, v rámci obytné zástavby, a tvoří ji rozsáhlý areál s několika desítkami budov, jak bylo na počátku 20. století zvykem budovat klasické instituce tohoto typu. Péče je organizována do oddělení podle cílové skupiny; v době návštěvy byla ve čtyřech primariátech poskytována i akutní péče. Materiální zabezpečení péče se velmi liší v závislosti na tom, zda budova oddělení prošla rekonstrukcí.

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



Průběh návštěvy

Jednalo se o vůbec první systematickou návštěvu Psychiatrické nemocnice Bohnice (předchozí šetření ochránce se týkala individuálních podnětů). Návštěva proběhla ve dnech 25. – 26. dubna 2018, přičemž to bylo vedení nemocnice povšechně oznámeno dva dny předem. Zahájení spolu s předáním pověření k provedení návštěvy proběhlo bez prodlení, za přítomnosti vedení nemocnice.

Návštěvu provedli právníci Kanceláře Mgr. Šárka Černocká, Mgr. Martin Klumpar a Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., a experti Mgr. Tomáš Petr, Ph.D. (ošetřovatelství v psychiatrii), a MUDr. Ondřej Pilc (psychiatrie).

Šetření se zaměřilo na oddělení nejexponovanější z hlediska používání omezovacích prostředků (jsou ale používány i na dalších). Zaměstnanci Kanceláře provedli podrobné šetření na oddělení 17, 23 přízemí, 26, 27 přízemí a doplňkově také na oddělení 14, 28 a 33. Hovořili s ředitelem a náměstkem pro lékařskou péči a krátce také s 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 (včetně vybraných zemřelých pacientů) a dokumentaci nežádoucích událostí a stížností a vyžádali si související vnitřní předpisy. Na místě zastižený personál všech úrovní poskytl výbornou součinnost, za což děkují.

Zaměření na problematiku omezovacích prostředků

Krom naplnění základního účelu, kterým je odvrácení vážného nebezpečí, mají omezovací prostředky často nežádoucí účinky (způsobení bolesti, zranění, ponížení, narušení terapeutického vztahu, dokonce hrozí i náhlá úmrtí). Proto je jejich používání podrobeno přísným pravidlům (včetně náročnějšího povolovacího procesu, dokumentování a rozboru případu s pacientem), je 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 psychiatrické nemocnici 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 omezení⁸**. Šetření se zaměřilo na zkoumání vytipovaných kazuistik a personálních, materiálních a organizačních podmínek na vybraných odděleních.

⁸ To je jedna 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.



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)]. Krom dalších ustanovení zákona lze pravidla 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“). Zdrojem uznávaného medicínského postupu při používání omezovacích prostředků jsou *Doporučené postupy psychiatrické péče II*⁹ a *Doporučené postupy psychiatrické péče III*¹⁰.

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 Úmluvy¹¹ lze shrnout takto:

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

Mezinárodní standard prevence špatného zacházení, se závazností tzv. soft law, je obsažen v dokumentech Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT), konkrétně v revidovaném standardu o používání

9 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.

10 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.

11 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.



omezovacích prostředků (2017, dále jen „standard CPT z roku 2017“)¹² a doplňkově v 16. obecné zprávě (2006)¹³.

12 EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards)*, CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 26. 5. 2018]. Dostupný z <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016807001c3>.

13 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. 26. 5. 2018]. Dostupný z <https://rm.coe.int/16806ccea3>.



Shrnutí

Systematickou návštěvu Psychiatrické nemocnice Bohnice jsem zaměřila na téma používání omezovacích prostředků, což jsou silové a restriktivní postupy povolené zákonem k odvrácení vážného nebezpečí pro život a bezpečnost osob. Šetření proběhlo na sedmi vybraných odděleních. Zjistila jsem, že v řadě aspektů nemocnice učinila a činí vhodná opatření k respektování principu nezbytnosti a subsidiarity u používání omezovacích prostředků v klinické praxi, ale některé systémové i individuální faktory stále působí, že jsou používány příliš často a dlouhodobě. Domnívám se, že v některých konkrétních případech praxe dosáhla i závažnosti špatného zacházení.

Pozitivní je, že nemocnice má dobrý vnitřní předpis a vedení problematiku nebagatelizuje a je připraveno věnovat se jí systémově. Byla učiněna proaktivní opatření k posílení bezpečnosti poskytované péče: vybraná oddělení jsou určena a vybavena jako oddělení akutní péče, v řadách ošetrovatelského personálu tam slouží také muži a personál všech oddělení se může spolehnout na pomoc příslužby z oddělení centrálního příjmu. Byla provedena systemizace pracovních míst podle potřeb jednotlivých oddělení a snížena kapacita exponovaného oddělení 33. V plánu je vybudovat nové příjmové oddělení.

Zvlášť se věnuji otázce, zda jsou dány předpoklady, aby omezení bylo až krajním opatřením. Zjišťuji, že zbývá ještě velký prostor pro zlepšení prostředí poskytování péče (zvláště oddělení 27 přízemí a 33), umožnění soukromí pacientů a zmírnění příliš restriktivního režimu na odděleních (naprostá nemožnost pobytu na vzduchu pro některé pacienty), tak aby se nepotencovala frustrace a napětí u pacientů. Někde samotné prostředí brání využívání alternativ k omezení. Že nemocnice nedosahuje personálního zajištění, jaké si vytyčila, je fakt do velké míry daný problémy českého zdravotnictví. Evidentním důsledkem je právě i nadbytečné používání omezovacích prostředků. Za stávající situace předkládám jako prioritu personální posílení oddělení 33 a revizi organizace péče nebo personální posílení na oddělení 26 přízemí.

Nejčastěji používaným omezovacím prostředkem je v Psychiatrické nemocnici Bohnice „umístění v uzamčené místnosti“ realizované ve vyhrazených ložnicích. Pouze část případů však představuje reakci na akutní hrozbu pro život nebo bezpečí osob. Jindy opatření sleduje zajištění trvalého dohledu, a je tedy často velmi dlouhé (dokonce v řádu měsíců a let) a v zásadě neoprávněné. Situace není černobílá, neboť někteří pacienti mají režim zmírněný. Každopádně doporučuji s touto praxí přestat, stejně jako s omezováním za přítomnosti jiných pacientů. Kazuistiky dále ukazují, že ošetřující personál velmi brzy přikračuje k použití omezení. Farmakologický omezovací prostředek je v nemocnici rozeznáván pouze částečně. Co se týká včasné reakce na neklid pacienta, je zapotřebí ujasnit kompetence sester při používání fakultativní medikace a zvýšit podíl rozhodování lékaře v situacích, kdy jsou použity rychle účinkující tišící léky.

Omezovací prostředky se čas od času používají také na dětském oddělení. Zvlášť znepokojující je, že se přitom nezřídka vyskytují případy omezení dětí pod 16 let (zjištěny i dva případy kurtování desetiletých). Situaci na oddělení 28 doporučuji pozornosti vedení nemocnice.



Z více úhlů také analyzuji situaci na odděleních s velkým podílem pacientů s mentálním postižením (33 a 14), kde bylo zjištěno nejvíce případů dlouhodobého omezení. Na mužském oddělení, které z hlediska násilných incidentů vychází jako nejnebezpečnější v nemocnici a vyznačuje se velmi náročnou ošetrovatelskou péčí, je jeden pacient v dlouhodobém omezení břišním pásem. Řada dalších nastoupila se značnými poruchami chování a četnost omezení byla vysoká. Citlivost personálu a dovednost komunikovat je zjevná a obdivuhodná. Efekt však limituje materiální a personální zabezpečení oddělení. Na ženském oddělení je jediné síťové lůžko v nemocnici, již léta používané pro jednu pacientku. Krom toho jsem zdokumentovala ještě další dva případy prakticky trvalého omezení (uzamčená místnost). Žádám provedení individuálních opatření u pacientů, u nichž hrozí, nebo již nastalo, dlouhodobé použití omezovacího prostředku a zjevně nestačí standardní péče na oddělení. Navrhuji sestavovat plány zvládání rizika a v nich se zaměřit na zmírňování nepříznivých důsledků omezení a pozitivní opatření vedoucí k postupnému odbourání omezení.

Celkově vedení nemocnice navrhuji, aby soustavně sledovalo situaci na exponovaných odděleních a také provádělo rozbor jednotlivých vybočujících případů. Je totiž zapotřebí činit přiléhavé „přiměřené úpravy“ v prostorovém řešení oddělení a materiálním a personálním zajištění péče, aby byla současná délka trvání omezovacích prostředků podstatně snížena. Nemocnice má již nyní k dispozici statistická data a v době návštěvy vedení plánovalo provést vnitřní audit používání omezovacích prostředků. To je správný záměr, přičemž doporučuji přitom usilovat o snižování potřeby omezení využívat. Věřím, že má zpráva může sloužit jako jeden z podkladů.



Charakteristika navštívených oddělení

Oddělení 14

- oddělení následné péče pro ženy s mentálním postižením kombinovaným s psychiatrickým onemocněním,
- kapacita: 40 lůžek,
- použití omezení: (rok) počet případů/počet pacientů: (2018) 89/8, z toho 52 případů jedna pacientka; téměř vždy izolace,
- třílůžkový pokoj zvýšeného dohledu, v něm také jedno síťové lůžko.

Oddělení 17

- oddělení pro ochrannou léčbu mužů; někdy umístění i jiných mužů za účelem izolace,
- kapacita: 35 lůžek ve dvou podlažích (v době návštěvy naplněná),
- použití omezení: (rok) počet případů/počet pacientů: (2016) 17/8, (2017) 10/7, (2018) 3/1; nejčastěji izolace.

Oddělení 23 (pouze přízemí)

- uzavřená část všeobecného příjmového koedukovaného oddělení,
- kapacita: 18 lůžek.

Oddělení 26

- koedukované, částečně akutní péče, umístěné ve zrekonstruované budově,
- kapacita: 40 lůžek ve dvou podlažích.

Oddělení 27 přízemí

- koedukované oddělení akutní péče, připravené ke zvládnutí poruchového chování včetně agrese a autoagrese,
- kapacita: 15 lůžek v ženské části a 15 lůžek v mužské části,
- dva pokoje jako „terapeutická izolace“ vždy s 1 lůžkem; čtyři další vyhrazené pokoje („zvýšené péče“, „intenzivní péče“) s 3 nebo 4 lůžky; některá z těchto lůžek jsou součástí kapacity oddělení.

Oddělení 28

- dětské oddělení,
- kapacita: 22 lůžek v přízemí pro dívky a 22 lůžek v patře pro chlapce,
- obsazenost v době návštěvy: 20 a 17,
- dva „pokoje zvýšené péče“ v každém podlaží se 2 nebo 3 lůžky; těchto celkem 6 a 5 lůžek je součástí kapacity oddělení.



Oddělení 33

- mužské oddělení následné péče určené převážně pro nemocné s mentálním postižením kombinovaným s psychiatrickým onemocněním,
- kapacita: 42 lůžek ve dvou podlažích,
- 2 lůžka v „pokoji zvýšeného dohledu“ nejsou ve stavu oddělení.



Omezení až jako krajní opatření

Problematiku omezovacích prostředků pokrývá vnitřní předpis 3. *OME Péče o pacienta v omezení*. Vyjadřuje zásadu nezbytnosti a subsidiarity; omezení jako krajnímu postupu má předcházet pokus o zvládnutí situace jinými prostředky, jako je slovní usměrnění, úprava prostředí, nabídka neklidové medikace apod. Varuje před negativními účinky použití síly. Proti rutinnímu přístupu ke kurtování a aplikaci léků proti vůli pacienta staví jako postup první volby deeskalaci. Omezení nesmí být také preventivním ani sankčním opatřením. Teze vnitřního předpisu zcela odpovídají principu nezbytnosti, jak je vyjádřen v § 39 odst. 2 zákona o zdravotních službách i v rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva.

Faktem je, že nezbytnost použití restrikcí je svázána s realitou poskytování péče. 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 stav – výšku onoho prahu, ale jako požadavek na úsilí mít jej tak vysoko, kam ho lze rozumnými opatřeními dostat, respektive minimalizovat potřebu používat omezení. Limitem pro úsilí nemocnice je to, že taková opatření nesmí pro ni představovat nepřiměřené nebo neúnosné břemeno.¹⁴

1. Bezpečnost na oddělení

1.1 Organizace a způsobení péče

V nemocnici jsou vytvářeny předpoklady pro soustředění pacientů v nestabilním stavu a s rizikem nebezpečného chování na několika odděleních, případně v jejich rámci pak do určených podlaží. Především oddělení 27 přízemí je připraveno personálním zabezpečením i svým řešením. Pracovna personálu dělí oddělení na mužskou a ženskou část, kde tři a tři ložnice jsou vybaveny kamerami s výstupem do pracovny a dvě z nich mají i observační okno do pracovny.

¹⁴ Jde o terminologii z rozhodovací činnosti Evropského soudu pro lidská práva, který požaduje od státu (jeho orgánu) činit takové kroky za situace, kdy ví nebo má vědět, že hrozí špatné zacházení. V kontextu potíží spojených s politickým řízením moderních společností, nepředvídatelného lidského jednání a skutečností, že výběr operativních kroků musí být činěn podle priorit a zdrojů, by na orgány státu nemělo být kladeno nepřiměřené břemeno. V jazyku Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (č. 10/2010 Sb. m. s.) se hovoří o „přiměřené úpravě“, což jsou „nezbytné a odpovídající změny a úpravy, které nepředstavují nepřiměřené nebo nadměrné zatížení a které jsou prováděny, pokud to konkrétní případ vyžaduje, s cílem zaručit osobám se zdravotním postižením uplatnění nebo užívání všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními“ (článek 2).



Určení některých oddělení jako primárně určených ke zvládnutí nebezpečného chování odpovídá také snaha o lepší personální zajištění, vč. zastoupení mužů, a v poslední době také i formálně uznaný akutní charakter péče a lepší finanční ohodnocení personálu.

Potřeba použít omezení je v případě oddělení, která nejsou k tomu určena, důvodem pro překládání pacienta. Psychiatrická nemocnice je schopna to realizovat okamžitě za pomoci příslužby z oddělení centrálního příjmu a vlastního sanitního vozu.

1.2 Muži v řadách ošetrovatelského personálu

Na vybraných odděleních je dbáno na přítomnost mužů v ošetrovatelském personálu ve směně; na všech odděleních to garantovat nelze. V přízemí oddělení 17 slouží pouze muži. Na oddělení 27 přízemí tvoří muži velkou část ošetrovatelského týmu.

1.3 Průzory a kamery

Na akutních odděleních a oddělení 17 jsou na vytipovaných místech (observační pokoje a společenské prostory) umístěny kamery s vyvedením obrazu v pracovních personálu. Je problém, že umístění monitorů umožňuje, aby obraz viděli nepovolaní – osoby, které do pracovny vstoupí (na oddělení 17 si toho všimají i pacienti). **Orientaci monitorů je třeba upravit tak, aby k tomuto neoprávněnému a zbytečnému zásahu do soukromí nedocházelo.**

1.4 Dostupnost lékaře

Mimo pracovní dobu slouží v nemocnici čtyři žurnální psychiatři a dva internisté (mimo krizovou ambulanci). Jejich kompetence jsou stanoveny tak, že jeden psychiatr je primárně určen pro příjmové oddělení 27 a detoxy, což je dostupnost skutečně v řádu minut, umožňující, aby se lékař podílel například na rozhodování o použití omezení. Další psychiatr je určen pro zbytek nemocnice s tím, že dva lékaři pracující pod dohledem zajišťují centrální příjem. Pro zbytek nemocnice tak dovozují, že náročné situace musí být schopny zvládnout primárně sestry a má to jistě za následek jejich samostatnost v práci s psychofarmaky (viz kapitola 8.2).

1.5 Možnost pro personál přivolat si pomoc

Nemocnice má svou bezpečnostní službu. Mezi její úkoly nepatří zasahovat vůči pacientům, a proto nebyla předmětem šetření. Operativní pomoc personálu oddělení v situacích nebezpečí nebo nějakého oslabení je jednou z funkcí oddělení centrálního příjmu, kde stále slouží tři nebo čtyři sanitáři – muži. Sestra tohoto oddělení má za úkol řešit v roli žurnální sestry obtížné situace a sanitáře na jiná oddělení vysílat. Stablní složení tohoto týmu je dobrým předpokladem pro jeho specializaci. Ze studované dokumentace i rozhovorů je zřejmé, že systém dobře funguje a personál oddělení se může spolehnout, že příslužba zhruba do 10 minut dorazí.

1.6 Působení policie uvnitř nemocnice

Policie působí v psychiatrické nemocnici při různých příležitostech. Provádí šetření (typicky u pacientů v souvislosti s drogami), hlídá zájmové osoby, doprovází některé pacienty při příjmu. Vedení správně uvedlo – a potvrdil to i dotázaný personál a dalším šetřením



to nebylo vyvráceno – že policie nemá být využívána k pacifikaci pacienta, nad rámec raritní události. Nicméně pro ten případ je stanovena procedura – zásadně rozhodnutí o přivolání policie činí personál centrálního příjmu nebo oddělení 27. To považuji za správný postup.

Je také v pořádku, pokud přítomní policisté pomohou například s aplikací omezení, tedy když policie asistuje. Považuji však za důležité, aby při takovém postupu měl vedoucí úlohu ošetřující zdravotník; pacient nesmí být v nemocnici v roli pachatele, nýbrž hodnocení jeho projevů a komunikaci s ním musí zajišťovat profesionál v oblasti psychiatrie.

2. Sledování nežádoucích událostí

Použití omezovacího prostředku nepředstavuje nežádoucí událost. Mezi sledovanými událostmi jsou však ty, které mohou být bezprostředním důvodem konkrétního použití nebo přispívat k podmínkám na oddělení, jež celkově tlačí na restriktivnější přístup v péči (napadení pacientů nebo personálu, útoky, zranění, pády, neprofesionální chování personálu).

V nemocnici je podrobně stanoveno, jak nežádoucí události hlásit a sledovat, a dále pravidla pro přijímání bezprostředních a systémových opatření. Primárně agendu sledují primáři a vrchní sestry, závažné události projednává centrální komise, přičemž některé určuje k podrobnějšímu typu šetření. S touto svého druhu evidencí jsem se seznámila, a to za období od 1. 1. 2016 do 25. 4. 2018. Z podkladů plyne, že agenda je živá (vedoucí pracovník hovoří o „nízkoprahovém sběru nežádoucích událostí“).

Jako nejnebezpečnější oddělení pro pacienty i personál vychází oddělení 33¹⁵, pro personál pak také oddělení 27 přízemí a oddělení 28 I. patro (dětské – chlapci).¹⁶ To je jasná výzva k přijetí zmíněných rozumných opatření ke snížení nebezpečnosti a i nezbytnosti používat omezení. Považuji za velmi vhodné, že vedení nemocnice zohlednilo náročné podmínky na oddělení 33 snížením kapacity o 8 lůžek v roce 2017, což se ve statistice nežádoucích událostí již projevilo.

15 Vyčnívá v kategorii **napadení mezi pacienty** (zatímco jinde jde o jednotky případů, zde v letech 2016/2017/čtyři měsíce 2018 celkem 66/60/13 případů), **zranění pacienta** (zatímco jinde jednotky, zde 17/12/2 případy) a **užití nebo držení nepovolených látek** (zatímco jinde jednotky, zde 29/40/19).

16 Kategorie **fyzické napadení personálu pacientem**: oddělení 33 (27/32/5), oddělení 27 přízemí (14/24/6), oddělení 28 I. p. (-/3/7); **verbální napadení personálu pacientem**: oddělení 33 (29/15/1), oddělení 27 přízemí (11/20/5), oddělení 28 I. p. (-/2/9); **zranění personálu v důsledku napadení**: oddělení 33 (7/14/3), oddělení 27 přízemí (3/11/2), oddělení 28 I. p. (-/2/5), jinak jsou to jednotky.



3. Prostředí a pravidla

3.1 Terapeutický ráz prostředí¹⁷

Navštívené prostory pro poskytování péče byly udržovány v čistotě a byly dobře prosvětlené. Na většině navštívených oddělení jsou za okny mříže – výjimkou je dětské oddělení vybavené speciálními okny. **Mříže jsou vězeňský prvek, který nepřispívá terapeutickému rázu prostředí, a měly by být postupně nahrazovány jiným technickým řešením oken.**

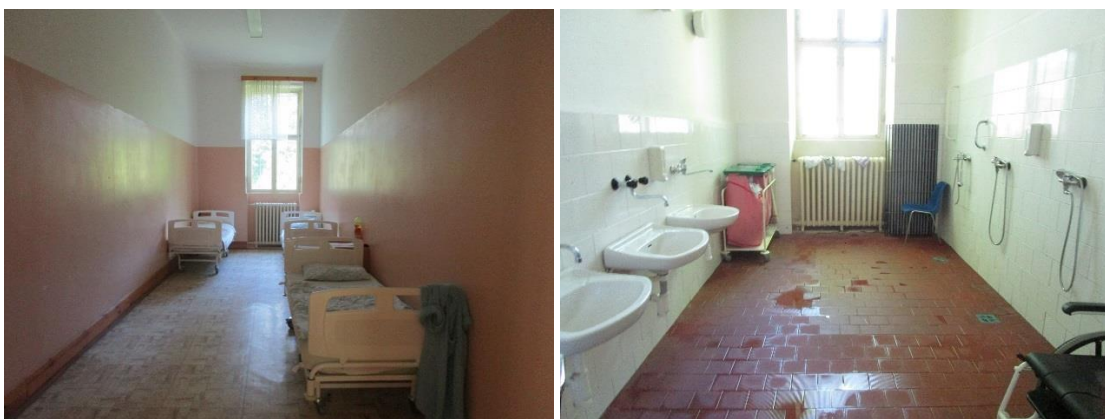
Oddělení 26 je nově zrekonstruované a podmínky pro poskytování akutní psychiatrické péče i hotelové služby pro pacienty jsou na dobré úrovni. Stejně tak nemám žádné připomínky k řešení akutního příjmového **oddělení 23 přízemí**.

Oddělení 27 přízemí je sice připraveno pro péči o pacienty s nebezpečnými stavy, jeho řešení však zakládá restriktivní charakter péče a potencuje nespolupráci pacienta. To začíná samotnou dispozicí, protože ložnice včetně těch určených k přímé observaci a k pobytu pacientů v režimu omezení jsou vícelůžkové. Dispozice sice podporuje odstupňované zajišťování dohledu – v ložnicích „terapeutická izolace“, „pokoji intenzivní péče“, „pokoji zvýšené péče“ a obyčejných ložnicích – avšak za cenu toho, že na polovině lůžek jsou pacienti v ložnicích převážně zamčení a i k použití WC potřebují doprovod a pomoc personálu (krom „terapeutické izolace“ je k dispozici pouze společné sociální zařízení, a to dvě toalety na 15 osob). Na oddělení není žádný prostor pro deeskalaci nebo prostor, kde by měl pacient soukromí a mohl v klidu odpočívat nebo si pohovořit s návštěvou. Společné prostory jsou nehostinné a personál je zrakům pacientů relativně vzdálený (pacienti na personál vidí, jen pokud si stoupnou do dveří sesterny, které jsou na opačném konci chodby než společenská místnost). Na ženské části je v jídelně nedostatek židlí a dva televizory (jeden nefunkční), v obou jídelnách visí z televizorů kabely. Některé interiérové dveře nejsou označeny, což podporuje dezorientaci. Co se týká toho, jak prostředí působí na člověka, tak interiér je prakticky holý. Je vymalováno v barevném tónu, místy jsou stěny nebo dveře odřeně. Krom světla z velkých oken nepůsobí v interiéru nic pozitivně.

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



Obrázky 1 a 2: jídelna v ženské části oddělení 27 přízemí



Obrázky 3 a 4: nemonitorovaná ložnice a koupelna v ženské části oddělení 27 přízemí



Obrázky 5 a 6: jídelna v mužské části oddělení 27 přízemí

Personál tyto podmínky vysvětluje komplikovanou skladbou pacientů s rizikovým chováním a častými epizodami ničení věcí a nábytku. To je nesporné a odůvodňuje to zvláštní přístup a řešení. Současný stav však představuje rezignaci na podnětné a estetické prostředí a pobyt mimo ložnici. **Nicméně celé řešení oddělení 27 přízemí se jeví dnes být jako překonané a je opravdu zapotřebí, aby ve stávající podobě skončilo, jak je to zhruba do dvou let v plánu s tím, že bude nahrazeno novým příjmovým oddělením.**

Oddělení 33 je specifické mimovolnými projevy tamních pacientů, takže standardní vybavení a dekorace dlouho nevydrží. V době návštěvy byl interiér oddělení velmi strohý –



až na jednu byly ložnice holými místnostmi na lůžka a noční stolky, společenské prostory také. Jen místy jsou zdařilé pokusy o výtvarné pojetí výmalby stěn a oceňují také udržování venkovního prostoru. Někteří pacienti v tomto strohém prostředí žijí léta.



Obrázky 7 a 8: ložnice a společenská místnost na oddělení 33

Všechny toalety na oddělení 33 mají standardní vybavení, tedy v době návštěvy mísy bez (uražených) prkének. Do „antivandal“ nerezového vybavení, které by zahrnovalo také pisoáry, dosud investováno nebylo, ačkoli by se tím všem usnadnil každodenní provoz. Toto oddělení si vyžaduje zvláštní řešení, aby byla dosažena maximální možná míra bezpečnosti a zároveň aby prostředí podporovalo deeskalaci napětí a pocit jistoty pacientů.

Opatření:

- 1) při plánování dispozice nového příjmového oddělení zohlednit kritické poznámky obsažené v této zprávě (průběžně),**
- 2) na stávajícím oddělení 27 přízemí se věnovat estetice interiéru a jeho zútulnění, a to jak v pokojích pro pacienty, tak zejména ve společných prostorách (hledat vhodný způsob dekorace, doplnit židle, odstranit porouchaný nábytek, rizikové kabely apod.) (do 2 měsíců),**
- 3) věnovat pozornost specifickým potřebám oddělení 33; pro začátek navrhuji urychlit postup výzdoby interiéru a pořídit vhodnější sanitární vybavení (průběžně).**

3.2 Soukromí

Nad rámec poznámky učiněné v rámci popisu oddělení 27 přízemí konstatuji, že v psychiatrické nemocnici jsou rezervy v opatřeních, jak zajistit soukromí i těm pacientům, kteří vyžadují dohled. Nerespektování soukromí představuje zdroj frustrace a napětí.

Co se týká sociálního zařízení, toalety jsou zpravidla společné, přičemž kabinky bez možnosti zajistit dveře před vpadnutím dovnitř byly zaznamenány na oddělení 17 a obou částech oddělení 27 přízemí. Pacient nemá možnost soukromí v koupelně na oddělení 17 a obou částech oddělení 27 přízemí. Společné koupelny jsou tam bez



vizuálního oddělení sprchovacích míst mezi sebou a od umyvadel. Soukromí lze zachovat, jen pokud se jde sprchovat pouze jeden pacient, přičemž zajistit dveře před vpadnutím dovnitř není možné. V případě sprchování s dohledem personálu není k dispozici žádné decentní zastínění pacienta. Zde je velký prostor pro zlepšení, a to i ve specifických podmínkách oddělení, kde je bezpečnost prioritou.

Na oddělení 27 přízemí jsou pacientům odebírány všechny věci nad rámec těch uložených v nočním stolku; skříň nejsou pacientům k dispozici. Osobní mobilní telefony mohou využívat pouze v čase od 13:00 do 17:00 hodin, a to jen pod dohledem personálu. Toto režimové opatření je odůvodňováno tím, že by pacienti volali hasiče nebo policii. To skutečně může hrozit, ale zcela jistě riziko nelze paušalizovat a aplikovat na všechny pacienty. Vhodnější by byl individualizovaný přístup, včetně možnosti telefonického kontaktu s blízkými ve větším soukromí.

Opatření:

- 4) zlepšit podmínky pro soukromí pacientů: zajistit soukromí na toaletě a při hygieně vybavením sprchovacích míst zastíněním, dveří kabiněk toalet a koupelen zavíráním, které personál může zvenčí odjistit (do 6 měsíců),**
- 5) zajistit privátní používání telefonu a odstranit plošné pravidlo telefonování pod dozorem (bezodkladně).**

3.3 Možnost odreagování a pohybu

V prostředí uzavřeného psychiatrického oddělení je namísto sledovat frustraci a napětí pacientů, respektive minimalizovat opatření, jež by je zbytečně vzbuzovala. Impulzy k násilí a neklidu mohou krom nedostatku soukromí představovat stresující pravidla, včetně omezování kouření, zamykání pokojů během dne a nedostatečného přístupu na vzduch a pohybu.

Přístup na vzduch: Vycházím ze standardu CPT, že také v prostředí psychiatrické péče je to téma a pacienti by měli mít možnost strávit venku alespoň hodinu, ale pokud možno mnohem více času během dne. Omezení zde může představovat jejich aktuální zdravotní stav, ale nikoli fakt uzavřenosti oddělení. Zabezpečený venkovní prostor mají oddělení 17 a 33. Zjevně je ho zapotřebí i na oddělení 27 přízemí, kde nemožnost pacientů dostat se na vzduch zapadá do restriktivnosti tamního režimu. Na oddělení 26 je možnost vycházky s doprovodem do areálu nemocnice, která však může být povolena jen některým pacientům a uskutečnění závisí na času a ochotě personálu. Oddělení, kde jsou léčeni pacienti, u nichž není možný pohyb v areálu nemocnice (byť s doprovodem), by měla být vybavena zabezpečeným venkovním prostorem.

Kouření: Na oddělení 27 přízemí jsou kuřárny umístěny na konci oddělení. Pacient, který chce kouřit, musí požádat personál o připálení v pracovně sester a poté se zapálenou cigaretou prochází dlouhou chodbou až do kuřárny. Cigaretovým kouřem obtěžuje ostatní pacienty na oddělení. To je nevhodný systém. Chápu opatření, kdy pacienti nemají dostupný oheň, personál by jim však měl připalovat až na kuřárně.



Opatření:

- 6) **zajistit možnost pohybu a pobytu na vzduchu i na uzavřených akutních odděleních: spolu s vyjádřením ke zprávě sdělit, jaká opatření může nemocnice přijmout ve výhledu 6 měsíců (průběžně).**

4. Předpoklady pro alternativní zvládání rizikového chování

4.1 Oddělení 27 přízemí

Použití omezovacích opatření by vždy měla předcházet snaha personálu zvládnout situaci jinak. Mohou být použity různé deeskalační techniky, poskytnut krátký oddechový čas (time-out) v samostatné místnosti, nabídnout podání perorální medikace aj. Pokusy o použití či nemožnost použití těchto postupů by rovněž měly být dokumentovány.¹⁸

Z rozhovorů s personálem a pozorování na oddělení však spíše vyplývalo, že práh k použití omezovacích opatření je velmi nízký (viz kapitola 6.2 a 10). Samotné prostředí znemožňuje personálu využívání deeskalačních technik (absence privátního prostoru, absence možnosti pacienty od sebe oddělovat), perorální podávání léčiv bylo přeskakováno a sestry rovnou podávaly injekční formu léčiv. V dokumentaci pacientů pak pochopitelně mírnější postupy předcházející omezení nebyly ani dokumentovány, krom případného pohovoru.

4.2 Oddělení 33

Oceňuji, že na náročném oddělení 33 personál promýšlí, jak individualizovat přístup k pacientům, z nichž někteří jsou velmi specifické osobnosti a nemají – za současné nedostupnosti návazných služeb – perspektivu propuštění. Krom pacienta 11 (viz kapitola 13.3.1) není žádný v dlouhodobém omezení, byť někteří nastoupili se značnými poruchami chování a četnost omezení byla vysoká. Citlivost personálu a dovednost komunikovat je zjevná a obdivuhodná a projevuje se jednak v zájmu o pacienty, a jednak v klidné atmosféře a častých interakcích personálu s pacienty. Efekt však limituje materiální a personální zabezpečení oddělení. Nejsou kapacity pro plánovitou podporu k přechodu do sociální služby, bez které u některých dlouhodobě hospitalizovaných pacientů není vůbec realistické o nějakou službu žádat. Pracovnice určená pro aktivizaci je soustavně v pracovní neschopnosti a aktivity jsou jen velmi chudé. Někteří pacienti jsou odděleni od zbytku v improvizované klidové zóně, kde je nicméně jen minimum podnětů a jsou tam po většinu času sami, což hraničí s deprivací. Na oddělení nejsou jednolůžkové ložnice.

Opatření:

- 7) **učinit spolu s personálem na uvedených odděleních (a podle potřeby i na dalších) rozvahu reálné dostupnosti alternativ k restriktivnímu zvládání rizikového chování pacientů a napláňovat kroky potřebné k jejich rozvoji (do 6 měsíců).**

¹⁸ Do budoucna viz novelizované znění vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.



5. Personální zabezpečení

5.1 Dostatek ošetrovatelského personálu

Interní stanovení zabezpečení oddělení ošetrovatelským personálem a jeho aktuální zajištění:

Oddělení 26 (akutní) s kapacitou 40 lůžek

- systemizováno 17,12 úvazku sester, **z toho neobsazen 1 úvazek**, a 8,56 úvazku sanitářů, **z toho 3 neobsazeny a 1 sanitář v dlouhodobé pracovní neschopnosti**,
- 4 členové ošetrovatelského personálu jsou muži,
- v patře (21 lůžek) přes den i v noci minimálně 2 sestry a 1 sanitář,
- v přízemí (19 lůžek) v noci a o víkendech 1 sestra a 1 sanitář.

Oddělení 27 přízemí (akutní) s kapacitou 15 + 15 lůžek

- systemizováno 19,48 úvazku sester a 10,56 úvazku sanitářů, **z toho 1 neobsazen a 1 sanitář v dlouhodobé pracovní neschopnosti**,
- aktuálně všichni sanitáři jsou muži a dalších 9 v řadách sester,
- den: 4 sestry a 2 sanitáři, noc: 2 sestry a dva sanitáři.

Oddělení 28 I. patro (dětské-chlapci) s kapacitou 22 lůžek

- den: 2 sestry a 2 sanitáři, noc: sestra a sanitář,
- ve směně je vždy 1 muž, celkem jich působilo 6.

Oddělení 33 s kapacitou 42 lůžek

- systemizováno 13 úvazků sester, **z toho neobsazeno 3,4 úvazku a 1 sestra v dlouhodobé pracovní neschopnosti**, a 10,72 úvazků sanitářů, **z toho neobsazeno 3,4 úvazku a 2 v dlouhodobé pracovní neschopnosti**,
- aktuálně působilo celkem 11 mužů,
- přízemí (20 lůžek) – den: 2 sestry a 2 sanitáři a mimo víkend do 15 hodin ještě 2 sanitáři, noc: sestra a sanitář,
- patro (22 lůžek) – den: sestra a sanitář a mimo víkend sestra na denní a sanitář odpoledne, noc: sestra a někdy také sanitář.

Oceňuji, že nemocnice provedla systemizaci pracovních míst podle potřeb jednotlivých oddělení. Tím je dán předpoklad pro to, aby primariát vůbec mohl usilovat o personální posílení. Také se tím realisticky vyjadřuje náročnost péče na těchto odděleních, což nelze říci o minimu stanoveném vyhláškou¹⁹, jejíž obecná úprava (pro kategorie následné a akutní péče) pro personální zajištění psychiatrické péči po mém soudu nevyhovuje.

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



Každopádně nemocnice nedosahuje toho personálního zajištění, jaké si vytyčila. Finance jsou přitom pouze jedním, byť významným faktorem.²⁰ Neobsazení pozic je dle vyjádření vedoucích pracovníků důsledkem nedostatku kvalifikovaných pracovníků na trhu práce.²¹ Dlouhodobé pracovní neschopnosti jsou dalším zdrojem personálního problému. Částečně jsou přitom vyprovokovány velkým zatížením stávajícího personálu. Vedení nemocnice hodnotí celkovou personální situaci jako kritickou. Má to dokládat také neustálé přijímání situačních opatření – přesouvání lůžek, zavírání některých oddělení na léto.

Ze své pozice nemohu situaci hodnotit celkově. Soudím ale, že s ohledem na bezpečnost je velmi zapotřebí posílit **na oddělení 33** směny o víkendu a ve všední dny odpoledne. S ohledem na to, že jde o nejnebezpečnější oddělení v nemocnici, kde je navíc práce zvýšeně náročná i co do udržení pacientů v čistotě, mělo by být zlepšení prioritou. Dále **na oddělení 26** je v přízemí o nočních službách a o víkendech pouze 1 sestra a 1 sanitář. Takto zredukované personální obsazení je rizikové zejména v období, kdy je na oddělení ordinován trvalý dohled. Pacient v trvalém dohledu na sebe totiž plně váže jednoho zdravotníka a poskytování péče u ostatních pacientů, příjmy nových pacientů a zajišťování vedlejších činností (např. příprava stravy, provádění dezinfekce, výměna lůžkovin) pak stojí pouze na jedné osobě. Takto nízké personální obsazení pak musí zákonitě vést k tomu, že buď není plněna ordinace a zajištěn trvalý dohled, čímž je pacient vystaven vysokému riziku, nebo nemůže být poskytnuta adekvátní ošetrovatelská péče ostatním pacientům.²² Četnost použití izolace jako režimového nástroje (srov. kapitolu 6.2) indikuje potřebu revize personálního zajištění péče také na dalších odděleních (oddělení 14).

Opatření:

- 8) jako prioritu zařadit personální posílení oddělení 33 a revizi organizace péče nebo personální posílení na oddělení 26 přízemí (bezodkladně).**

5.2 Školení a podpora personálu

Nemocnice má nastaven program vzdělávání personálu cestou nemocničních seminářů, a to včetně tématu zvládnutí neklidu a agresivity pacienta. Noví pracovníci mají v účasti přednost. Problém je, že četnost těchto událostí zatím neumožňuje naplňovat standard²³ proškolení jednou ročně, a to vzbuzuje obavy zvláště proto, že realitou nemocnice je fluktuace pracovníků a nástupy ošetrovatelského personálu bez zkušeností

20 Nemocnice se potýká s nečekanou ztrátou části příjmů od července 2017, kdy oficiálně část lůžek vykazuje zdravotní pojišťovně jako lůžka akutní péče. Vítám vysvětlení vedení nemocnice i příslušné složky Ministerstva zdravotnictví, že tato nepatřičnost daná reliktem v cenících a smluvních nástrojích spěje k řešení.

21 V době návštěvy bylo celkem neobsazeno 23 pozic sester a 23 sanitářů.

22 V době mé návštěvy byla v přízemí v izolační místnosti umístěna pacientka s trvalým dohledem a na pokoji zvýšené péče byla jiná, imobilní pacientka plně odkázána na ošetrovatelskou péči. Bylo například pozorováno, jak se jedna sestra věnovala krmení ležící pacientky, druhá pracovnice zajišťovala trvalý dohled a ostatní pacienti museli se svými požadavky čekat, než se jedna uvolní. V některých situacích je čekání jistě možné, ale mohou nastat akutnější stavy, které by měl personál v tomto obsazení problém vyřešit. Toto pozorování potvrdil také personál v rozhovorech.

23 Článek 3 písm. b) metodického doporučení ministerstva.



z psychiatrické péče. Z rozhovoru s managementem vyplynulo, že za opravdu účinný považuje několikadenní zvláštní kurz, který zhruba před dvěma lety absolvoval ošetrovatelský personál oddělení centrálního příjmu a oddělení 27. Opakování kurzu zatím není naplánováno.

Opatření:

- 9) plánovat a uskutečňovat vzdělávání personálu tak, aby personál oddělení akutní péče a dalších, kde k použití omezovacích prostředků dochází nezřídka, procházel efektivním proškolením v alternativním zvládnutí rizikového chování a bezpečné aplikaci omezovacích prostředků – při nástupu a s ročním intervalem obnovování (průběžně),**

- 10) provést toto školení na oddělení 27 přízemí (do 6 měsíců).**

V nemocnici je zavedena podpora personálu ve formě supervize, a to tak, že probíhá po primariátech nejméně dvakrát ročně, nejčastěji jako skupinová. Na některých odděleních je účast dána pravidlem „kdo je právě v práci“. Centrálně je zajištěna supervize pro psychology, primáře a vrchní sestry. Pokud nastane pro pracovníka nějaká dramatická událost, například napadení, je na primáři a vrchní sestře, aby podle potřeby zajistili debriefing. Nemocnice je schopna zajistit pomoc psychologa. Individuálně se rozhodne, zda je případ vhodný pro individuální nebo skupinovou supervizi.

Vítám, že podpora personálu je vnímána jako potřeba nemocnice. S ohledem na malou frekvenci supervizních setkání je však jasné, že nemohou plnit úlohu průběžné příležitosti pro personál mluvit o svých osobních zkušenostech a prožitcích z práce s neklidnými a nespolupracujícími pacienty a souvisejících dilematech. **Mělo by na to být pamatováno v organizaci průběžného setkávání personálu a také zpětných rozborů kritických situací, které by s pacientem a personálem měly probíhat (opatření 18).**



Používání omezovacích prostředků

Na všech navštívených odděleních se používají kurty, izolace i farmakologické omezení a s tím související, či ojediněle také samostatné, fyzické úchopy. Na oddělení 14 se nachází jediné síťové lůžko, které je již léta používáno pro jednu pacientku (viz kapitola 13.3). Nejčastěji používaným omezovacím prostředkem je v Psychiatrické nemocnici Bohnice „umístění v uzamčené místnosti“.

6. Izolace – umístění v uzamčené místnosti

6.1 Používané místnosti

Pro omezení ve smyslu § 39 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách se v nemocnici používají vyhrazené ložnice, ve kterých jsou zpravidla ponechána jen lůžka – jedno až čtyři. Nazývají se „terapeutická izolace“, „pokoj intenzivní péče“, „pokoj zvýšené péče“, „pokoj zvýšeného dohledu“. Observace je v těchto místnostech zajištěna skrze okno do sousedící pracovny personálu, nebo skrze kamery. Na žádném z navštívených oddělení tedy není v užívání místnost stavebně-technicky významně přizpůsobená (polstrování a zabudované podlahové WC). Povahu prostoru vystihuje vnitřní předpis – jde zkrátka o uzamčenou místnost vyhrazenou pro daný účel.

Co se týká možnosti vykonat potřebu na záchodě, při uzamčení místnosti musí pacient vždy žádat personál (který také tuto možnost nabízí při kontrolách). Do některých ložnic se vchází přes předsíňku, ke které přiléhá vlastní sociální zařízení, jinak jde o společné zázemí na oddělení. Pacient žádá přes interkom nebo klepáním na dveře.

Všechny místnosti mají velká okna, jejichž sklo je zevnitř nechráněné. To limituje bezpečnost místností. Na oddělení 33 bylo zaznamenáno další nebezpečí – polička trčící ze zdi ve výši zhruba 130 cm nad zemí.

Z povahy místností plyne, že pacienti často nejsou uzamčeni sami, nýbrž až do počtu čtyř.



Obrázky 9 a 10: pokoj zvýšené péče na dětském oddělení, dispozice vyhrazených pokojů na oddělení 27 přízemí (z obrazu z kamery)

6.2 Nezbytné omezení volnosti pohybu, anebo zajištění dohledu?

Na základě podrobného zkoumání několika kazuistik a rozhovorů s personálem se obávám, že se v nemocnici směřuje omezení v reakci na akutní nebezpečné chování a podrobení pacienta trvalému dohledu, což je pak jeden z důvodů, že omezení volnosti pohybu je uplatňováno i nad rámec zákonného povolení omezovacího prostředku (odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob).

Z čeho konkrétně vycházím:

Dle slov personálu vyplývalo uzamčení konkrétních pacientů z potřeby zajištění tzv. trvalého dohledu. Trvalý dohled znamená, že personál musí nepřetržitě sledovat pacienta (buď přímo, nebo za využití kamerového systému). **Uzamčení pacientů v pokojích bylo nástrojem, který zajištění trvalého dohledu usnadňoval.** Tuto praxi považuji za nepřípustnou. Zajištění trvalého dohledu by nemělo automaticky vést k omezení volnosti pohybu. Trvalý dohled lze zajistit také v denní místnosti, na chodbě, na zahradě a podobně, musí k tomu však být odpovídající personální obsazení.

Sice personál vysvětloval, že u těchto pacientů je přítomno také nebezpečné chování, to je však zpochybněno tím, že **omezení probíhá ve většině případů v pokojích, kde je v tu chvíli více pacientů²⁴ a kde jsou také volně stojící noční stolky a jiné zdroje potenciálního nebezpečí;** už v tomto momentě spočívá nesoulad praxe se zákonem o zdravotních

24 V době návštěvy například na oddělení 27 přízemí bylo omezeno 11 pacientů v celkem šesti místnostech.



službách a metodickým doporučením ministerstva.²⁵ Také ve zkoumaných případech lze najít důkazy o paušálním přístupu k umístění pacienta do uzamčené místnosti, a naopak chyběly důkazy o tom, že by pacient představoval hrozbu pro sebe nebo okolí.²⁶

25 Zákon [§ 39 odst. 1 písm. d)] pro omezení ve formě izolace počítá s „místností určenou k bezpečnému pohybu“, čímž se dle metodického doporučení rozumí „zamčená nebo jinak zabezpečená místnost, např. tzv. izolační místnost, ve které není s neklidným pacientem žádný další pacient a ve které je zajištěno bezpečí pacienta a dohled nad ním“ [čl. 1 odst. 6 písm. d)].

26 **Pacient 1 (32 let), trpící schizoafektivní poruchou manického typu**, v době návštěvy uzamčený na oddělení 27 přízemí v pokoji v trvalém dohledu. V zápisech sester v dekurzu z období od 22. 4. do 25. 4. je opakovaně uváděno, že je bez agresivních projevů, že se snaží spolupracovat, pobyt na chodbě a v jídelně zvládá bez konfliktů, v noci spí aj. Dále záznamy uváděly, že je bez náhledu a psychotický a může mít nepředvídatelné chování – to však nejsou argumenty, které by měly vést k dlouhodobému omezení. K tomu by se měl personál uchýlit až v okamžiku, kdy se poruchové chování objeví. Podobně **pacient 2 (34 let), trpící schizoafektivní poruchou**, byl na oddělení 27 přízemí přeložen z oddělení 17 pro dekompenzaci stavu a související konflikty se spolupacienty. Hned bylo rozhodnuto o umístění v uzamčené místnosti (pokoji zvýšené péče), ačkoli z průběžných záznamů je zřejmé, že byl klidný a podroboval se personálu. Pacient je ošetřovatelským personálem povolován na oddělení ke stolování, i jindy. I dále se v dokumentaci přepisuje formalizovaná věta „hrozící závažné projevy agrese“ a vedle toho jsou poznámky o chování bez větších konfliktů či agrese. Když se akutní projevy vystupňovaly, byl přeložen na jednolůžkovou terapeutickou izolaci.

Pacientka 3 (67 let), trpící paranoidní schizofrenií, byla v době návštěvy na oddělení 26 I. patro umístěna do izolační místnosti pro riziko přepíjení a následný minerálový rozvrat. Riziko přepíjení je nutné brát velmi vážně, k jeho eliminaci však postačí zajištění trvalého dohledu. Pacientka nebyla nebezpečná, s personálem se snažila spolupracovat. Podobně **u pacientky 4 (67 let) s diagnózou organické poruchy nálady**, která byla po sebevražedném pokusu na oddělení 1 přeložena na oddělení 26 I. patro, kde byla dne 6. 4. umístěna do izolace. Namísto terapeutické podpory a zintenzivnění práce psychologa byl zvolen restriktivní přístup s dlouhodobým pobytem v izolační místnosti, který trval až do 17. 4. Přitom by pro zajištění bezpečnosti pacientky opět stačil trvalý dohled personálu. Dle záznamů byla pacientka po celou dobu v izolaci klidná, nekonfliktní, spolupracovala s personálem.

Pacientka 5 (34 let), trpící mentální anorexií, byla na oddělení 26 I. patro v omezení téměř 2 měsíce od 7. 2. do 4. 4. 2018. Hlavním důvodem pro to byla těžká malnutrice, riziko přepíjení a minerálového rozvratu. Indikace terapeutické izolace z pohledu zdravotnického personálu má jistě své opodstatnění. Primárním cílem bylo zajištění odpovídajícího příjmu tekutin a živin u velmi nespokojené pacientky, ohrožené malnutricí na životě. Kriticky však hodnotím zejména délku pobytu v izolaci a absenci podnětů a sociálního kontaktu. Pacientka byla plně při vědomí, orientovaná, bez poruch vnímání, umístěna ve strohé izolační místnosti, trvale pod dohledem kamerového systému, bez možnosti soukromí, pouze s minimem osobních věcí (kniha, křížovky), odkázána plně na asistenci personálu. V tomto stavu, bez větších podnětů a terapeutické péče, byla držena téměř 3 týdny (do 26. 2.), než byla zařazena do terapeutické skupiny. Dne 6. 3. jí byl umožněn přístup na komunitu a dne 16. 3. (pět týdnů od umístění do terapeutické izolace) měla první kontakt s psychologem. Přitom ze záznamů v dokumentaci není jasné, proč se nemohla účastnit komunit a terapeutických skupin, proč nemohla pobývat na oddělení s pacienty alespoň po omezenou dobu v průběhu dne a proč nemohla chodit na zahradu. Veškerá rizika totiž souvisela s příjmem potravy a tekutin, pacientka nebyla nebezpečná svému okolí. V izolační místnosti byla klidná, osamělá, nudila se, což se objevuje v záznamech personálu. Takto dlouhé omezení, první měsíc prakticky bez přerušení, je nepřiměřené.

Pacientka 6 (30 let), trpící psychózou, v ochranném léčení protialkoholním, byla na oddělení 14 od 27. 12. 2017 do 16. 1. 2018 uzamčená na vícelůžkovém pokoji zvýšeného dohledu. Ze studované dokumentace je zřejmé, že důvodem bylo, že porušila režim léčby tím, že i na uzavřeném oddělení opakovaně zneužívala návykové látky. S ohledem na nastavenou medikaci pak hrozil epileptický záchvat, a proto bylo zapotřebí izolovat ji od přísunu nepovolených látek a zajistit dohled. Přesto byl její pobyt veden jako omezovací prostředek. Někteří (žurnální) lékaři při kontrolách uvádějí jako důvod hrozící závažné projevy agrese, ale s ohledem na obsah pravidelných záznamů personálu oddělení je zřejmé, že bezprostřední nebezpečí nehrozilo ani před umístěním, ani v průběhu, a šlo tedy jen o rutinní záznam bez opodstatnění. Pacientka měla povoleno dvě hodiny denně pobývat v kontaktním režimu mimo tuto ložnici a také se účastnit některých aktivit, v ložnici si mohla číst a sledovat televizi. Zvolený postup byl individualizovaný, probíhalo průběžné hodnocení stavu pacientky a úprava medikace. Jako problém však vidím, že pacientka 20 dnů neměla přístup na vzduch, musela trávit čas s pacientkami s těžkým mentálním postižením a bez uvedení důvodu měla zakázáno kouření (čehož se dožadovala). Ukončení omezení je dokumentováno jako přeložení na jiné lůžko „z provozních důvodů“.



Indikace lékaře k omezení byla ve zdravotnické dokumentaci v pravidelných intervalech zdůvodňována, ale jak je v kazuistikách naznačeno, formalizovaná věta „hrozící závažné projevy agrese“ ne vždy nekoresponduje s ostatními zápisy.

Dále s ohledem na dispozici **dopadá uzamčení i na další pacienty** – řada lůžek ve vyhrazených pokojích je součástí lůžkového fondu oddělení, takže při zaplnění oddělení musí být přidělena.

Byly studovány případy, kdy se trvání jeví být jasně svázané s vývojem zdravotního stavu a pobyt v zamčené místnosti trval jen hodiny nebo maximálně dny.²⁷ Avšak tam, kde se omezení váže na ordinaci trvalého dohledu, je pak **pobyt v uzamčené místnosti často velmi dlouhý**.²⁸ Extrémem jsou níže popsané kazuistiky na odděleních následné péče (viz kapitolu 13.3). Na oddělení 17 je omezení trvající den a více spíše výjimečné, ale v roce 2018 byl zaznamenán případ trvání 20,5 dne. Ze statistiky oddělení 27 přízemí za třetinu roku 2018 plyne, že 30 % případů omezení trvalo 5 a více dnů; 3 a více dnů pak tvoří 45 %. V době návštěvy tam u 5 z pacientů v omezení toto opatření trvalo už déle než 13 dnů.

V rámci tohoto obecného hodnocení nesmím pominout, že umístění do izolační místnosti neznamená v praxi nemocnice automaticky nepřetržité omezení volnosti pohybu. Někdy dveře nejsou uzamčeny (pak opatření není vedeno jako omezovací prostředek), často je omezení z rozhodnutí sestry přerušeno pro provedení hygieny nebo účast na chodu oddělení, někdy jsou dokonce takové pauzy konkrétně ordinovány (viz případy pacientek 6 a 7). Záznamy o uvolňování jsou pravidlem u případů déletrvajícího omezení, výslovně s nimi počítá také „režim 5“ na dětském oddělení. V době tohoto omezovacího prostředku bývají individuálně povoleny návštěvy. Zmírnění dopadů omezení je pro pacienta pozitivní a je nesporně dokladem toho, že ošetrovatelský personál je aktivní a pečující. Při obecné úvaze o charakteru opatření však nelze opomenout, že je uvolňování závislé na možnostech a vůli ošetrovatelského personálu, průměrně netrvá déle než dvě hodiny, a omezení tak zůstává omezením. Nebylo pozorováno, že by součástí režimu byl pravidelný pobyt na vzduchu.

Pacientka 7 (61 let), trpící psychózou s významným dopadem na osobnost a kognici, hospitalizovaná snad více než 10 let (jako o poslední události je v dokumentaci záznam o nevyslyšené žádosti do domova se zvláštním režimem v roce 2005). Na oddělení 14 je od prosince 2016 s jednou dvouměsíční pauzou permanentně uzamčená na vícelůžkovém pokoji zvýšeného dohledu. Důvodem jsou tendence přepíjet se vodou s tím, že pacientka je needukovatelná a na oddělení těžko uhlídatelná; hyperhydratace má u ní charakter sebepoškozování s vážnými zdravotními riziky. Režim pacientky pravidelně zahrnuje uvolňování na kuřácké pauzy a dvě hodiny pobytu na oddělení odpoledne v kontaktním dohledu; s doprovodem má povoleno jít také do zahrady a účastnit se ergoterapie na oddělení. Lékařská péče se u pacientky významně zaměřuje také na její somatické zdraví, mimo jiné rizika plynoucí z omezené mobility. Důvodem omezení je zjevně potřeba zajistit trvalý dohled.

27 Jako příklad bezproblémové kazuistiky považuji příklad z oddělení 17, kde byl pacient 8 v srpnu 2017 dva dny uzamčený v „terapeutické izolaci“ (pro vysoké riziko pakování agresivního chování při schizomaniacké dekompenzaci) a v návaznosti na zlepšování a zhoršování stavu bylo omezení ukončováno (režim „otevřené TI“) a obnovováno.

28 Trvání nemá v nemocnici žádný limit. Vnitřní předpis stanoví maximální délku nepřetržitého omezení na 12 hodin, a to v tom smyslu, že o dalším trvání musí znovu rozhodnout lékař.



Také realizace kouření²⁹, telefonátů, hygieny, přístupnost uložených osobních věcí, možnost dostat se do prostor, kde by měl pacient alespoň krátkou chvíli pocít soukromí – v tom všem jsou pacienti odkázáni na dopuštění, resp. dostupnost ošetřovatelského personálu. Bylo pozorováno, že u některých pacientů bylo uvolňování již zaběhnuté – na večeri a zase zpět do ložnice. Podtrhávalo to dojem uzamykání jako paušálního opatření vyplývajícího z provozních potřeb oddělení.

6.3 Právní hodnocení a doporučení

Uzavírám, že v praxi nemocnice má pouze část umístění v uzamčené místnosti charakter omezovacího prostředku, tedy reakce na akutní hrozbu pro život nebo bezpečí osob, zatímco část představuje omezení volnosti pohybu režimové povahy. Hodnocení dopadu takového přístupu do základních práv člověka je složité a odvislé od okolností případu.

- Každé uplatnění síly vůči člověku omezenému na svobodě (tj. i v psychiatrické detenci), které není nezbytně nutné v důsledku jeho vlastního chování, snižuje lidskou důstojnost a je v zásadě špatným zacházením.³⁰ To znamená i každé trvání omezení, které již není nezbytně nutné (přičemž pomímám situaci, kdy by opatření bylo použito s cílem podrobit pacienta nátlaku nebo trestu, které se šetřením neprokázalo jako běžná praxe). Podmínka krajního opatření se vztahuje nejen na kurtování, ale i použití izolace.³¹ Tyto zásady jsou přímo promítnuty do zákona o zdravotních službách³² a metodického doporučení ministerstva³³.
- V případě opatření, které svým charakterem již neodpovídá klasické izolační místnosti, ale jde o popsaný režim uzamykání s pravidelným uvolňováním, lze za nelidské a ponižující zacházení považovat situace, kdy se nakumulují nepříznivé okolnosti³⁴ délky trvání opatření, přímé nedostupnosti toalety, odpírání kouření, smyslové a sociální deprivace a absence kompenzace typu aktivit a pobytu na vzduchu.

Špatné zacházení je samozřejmě extrémní varianta. Tam, kde utrpení člověka nedosahuje prahu špatného zacházení, je součástí právního hodnocení otázka, zda jsou související

29 Ze studovaných dekurzů plyne, že některým pacientům v omezení bylo umožněno kouřit a některým ne, přičemž na četnost kuřáckých „pauz“ si netroufám ze záznamů usuzovat. Standardně se kuřácký režim omezeným nestanoví. Zároveň záznamy svědčí o (logické) tenzi kuřáků, kteří po cigaretě touží.

30 V kontextu omezení pacienta kurty to vyslovil Evropský soud pro lidská práva v případě Bureš proti České republice (cit. výše), § 86.

31 V případě M. S. proti Chorvatsku (č. 2) Evropský soud pro lidská práva vyslovil, že pojetí omezovacího prostředku jako opatření ultima ratio k odvrácení bezprostřední hrozby se týká „izolace a dalších forem donucovacích a nedobrovolných opatření proti pacientům s psychologickým nebo mentálním postižením v nemocnicích a všech dalších místech zbavení svobody“ (§ 104).

32 Ustanovení § 39 odst. 2 písm. a) a b).

33 Článek 1 odst. 1.

34 Srov. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 6. listopadu 2014 ve věci Dvořáček proti České republice, stížnost č. 12927/13, § 87 a 93.



útrapy pacienta inherentní psychiatrické hospitalizaci či léčbě (správnému léčebnému postupu) a zda jsou naplněny podmínky oprávněnosti nedobrovolné léčby.

Obávám se, že v některých případech by o špatné zacházení a porušení zákona mohlo jít, a naléhavě proto nemocnici doporučuji změnit stávající praxi.

Opatření:

- 11) k zamčení pacienta v místnosti se uchýlovat pouze v situacích, kdy bezprostředně ohrožuje sebe nebo okolí; pro takové případy využívat místnosti, které jsou bezpečné, tedy zásadně nikoli více pacientů naráz a bez přístupu k rozbitnému sklu (průběžně),**
- 12) v ostatních situacích, pokud je to nezbytné s ohledem na zajištění léčby, léčebného režimu a také chodu oddělení a respektování práv ostatních pacientů,³⁵ využívat odpovídající úroveň observace a individuálně upravený režim s jasným stanovením míry pobytu na oddělení, účasti na terapeutických aktivitách, pobytu na vzduchu a kouření (průběžně),**
- 13) jakkoli bude toto režimové opatření v nemocnici pojmáno a dokumentováno, doporučuji pokračovat v evidenci, a tedy sledování jeho využívání, jak to nyní umožňuje informační systém pro omezovací prostředky (průběžně),**
- 14) na základě soustavného sledování situace na exponovaných odděleních (27 přízemí, 26 I. patro, 17, 14, 33) a také rozboru jednotlivých vybočujících případů činit přiměřené úpravy v dispozici a materiálním a personálním zajištění péče na těchto odděleních, aby byla délka trvání omezovacího prostředku podstatně snížena (průběžně).**

6.4 Úmrtí

Expert prozkoumal dva případy, kdy pacient zemřel v době trvání omezení, konkrétně šlo právě o omezení ve formě izolace (leden 2018 a srpen 2017). Nebylo možné dovést příčinnou souvislost mezi srdeční zástavou a způsobem použití omezovacího prostředku, a tedy ani porušení povinnosti náležité péče, vyšetření případu nebo analýzy za účelem vyvarování se nějakých chyb do budoucna.

³⁵ Srov. § 46 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.



7. Omezení v lůžku pomocí pásů (kurtů)

7.1 Rozhodnutí o omezení

Ačkoli dle vyjádření vedení nemocnice není přípustné ordinovat pro re nata předpis mechanického omezení, byly ojediněle nalezeny takové případy, z roku 2016 i 2017.³⁶
Spoléhám na vedoucí pracovníky, že budou bdělit a nepřipustí takovou praxi.

7.2 Soukromí a bezpečí

Primárně probíhá omezení na lůžkách ve vyhrazených observačních ložnicích, z nichž jen nemnoho je jednolůžkových. Takže stačí, aby jednolůžkový pokoj byl zaplněn a kapacita oddělení byla naplněna, a pacient je v kurtech v uzamčené místnosti za přítomnosti jiných, volně se pohybujících pacientů.³⁷ To odporuje předpisům³⁸ a vůbec základnímu standardu zachování důstojnosti a bezpečí člověka v omezení.

Opatření:

- 15) neprovádět omezení pacienta v lůžku v podmínkách, kdy k němu mají přístup jiní pacienti (průběžně).**

8. Farmakologické omezení

8.1 Pojetí v psychiatrické nemocnici

Vnitřní předpis tento typ omezení vysvětluje: „Za omezení parenterálně podanými psychofarmaky je považováno parenterální podání psychofarmak pro neklid či agresi pacienta, bez jeho souhlasu a s využitím fyzické převahy personálu, tj. za asistence více osob ošetrovatelského personálu, s využitím přidržení, ev. pacifikace pacienta. Pokud nemocný aplikaci parenterální medikace akceptuje, nejedná se o omezení ve smyslu tohoto postupu.“ Jsem si vědoma toho, že definice farmakologického omezovacího prostředku je předmětem debat, přičemž znění zákona³⁹ 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 „chemickým omezením“ je myšleno „podání léků silou

36 V dekuru pacientky 9 ze dne 3. 5. 2016 je předpis v ranní ordinaci lékaře na oddělení 27 přízemí: „při neklidu lze omezit, bezpečnostní fixace povolena, při zhoršení stavu kontrola ŽLÚŽLint“; předpis se přetiskoval ze dne na den, a dokonce i po překladu na jiné oddělení. I v dokumentaci pacientky 9 z roku 2017 se v dekuru objevují ordinace „při neklidu lze omezit“, stejně tak u pacienta 10.

37 Na oddělení 27 přízemí byla například přímo pozorována situace, kdy na observačním pokoji byl omezen pacient v lůžku a vedle něj ve stoje obědval druhý s talířem v ruce, protože si neměl v pokoji kam sednout a do jídelny nebyl puštěn.

38 Vnitřní předpis nemocnice požaduje, aby byl pacient v pásech „mimo personálem nekontrolovaný dosah ostatních pacientů“ a aby byl chráněn před nežádoucími kontakty ze strany ostatních pacientů. Metodické doporučení ministerstva žádá, aby byl vizuálně oddělen od ostatních pacientů a chráněn před nežádoucími kontakty ze strany ostatních pacientů (článek 1 odst. 13).

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



za účelem zvládnutí chování pacienta“.⁴⁰ Podání silou nebo pod hrozbou donucení považují za jádro, které má poskytovatel jako omezovací prostředek chápat, bez ohledu na to, zda je účelem podání rovněž léčba onemocnění pacienta. K vnitřnímu předpisu nemocnice (a i postoji některých dotázaných lékařů a sester) tak musím poznamenat, že zauímají zužující přístup, když se zaměřuje pouze na parenterální podání, neboť cesta podání není z mého pohledu definiční.

K použití tohoto typu omezení v praxi dochází, samostatně i v kombinaci, a někdy je jako omezovací prostředek v dokumentaci i označeno. S ohledem na statistiku poskytnutou nemocnicí však usuzuji, že tomu tak není zdaleka vždy. Patrně z důvodů administrativních, ale i pro vnitřní výhradu některých zdravotníků vůči konceptu farmakologického omezovacího prostředku (například sdělení staniční sestry, že omezením je mimořádné podání léku, pokud není předepsáno jako fakultativní medikace).

Opatření:

- 16) při proškolení personálu dbát také na téma farmakologického omezovacího prostředku, se kterým se rovněž musí pojit obecné zásady a pojistky (průběžně).**

8.2 Kontext: léčba neklidu

Jedním z opatření, která mohou předejít použití omezovacího prostředku, je včasná léčba neklidu. V nemocnici je i pro tento účel zavedena preskripce léků pro nepravidelné podání, tzv. „fakultativní medikace“ (viz str. 5 vnitřního předpisu 3.ZLP). Podávání psychofarmak je v dokumentaci přehledně a strukturovaně ordinováno. Zpravidla je předepsaných několik možností jak postupovat při tenzi, masivní tenzi, další tenzi,⁴¹ odstupňovaně z hlediska závažnosti příznaků a od tablet k injekcím. Takový předpis nemá každý pacient, ale na navštívených odděleních je pravidlem.

Rozhodnutí o podání fakultativního léčiva je kompetencí sestry. Některé sestry udávaly, že podávají-li lék nad rámec pravidelné ordinace, vždy volají žurnálnímu lékaři. Jiné sdělovaly, že telefonovat se nemusí, leda by pacient s podáním léčiva nesouhlasil; to je také oficiální sdělení vedení nemocnice s tím, že kompetencí sestry je řešit úzkost a agitovanost. Některé sestry však uváděly, že ani tehdy není nutné lékaře volat a sestra ho může podat sama, přičemž to bylo také v několika případech z dokumentace zjevné, jakož i to, že často se situace řeší jen po telefonu. Vnitřní předpisy zde jasné vodítko sestrám nedávají.

Posuzování situací je vždy subjektivní a bylo zjištěno, že sestry často nedodržovaly posloupnost stanovenou v ordinaci. Na změnu stavu pacienta nereagovaly přesně

40 „Forcible administration of medication for the purpose of controlling a patient's behaviour.“

41 Používají se i hesla „neklid, agrese“ – viz dekurz pacienta 11 ze dne 26. 4. 2018.



dle dekurzu. Výskyt tenze nezačaly řešit první předepsanou volbou, ale rovnou volily vyšší dávku medikace.⁴²

Poznaná praxe ponechává sestře poměrně velké rozhodovací pravomoci týkající se způsobu léčby a je otázkou, zda by sestra vždy neměla dodržovat poslušnost ordinace stanovenou v dekurzu. Také se otevírá prostor pro možné podávání vyšších dávek psychofarmak na základě rozhodnutí sester. Může se rovněž snížit motivace ošetrovatelského personálu pokoušet se o de-eskalaci situace použitím jiných prostředků. Konečně, praxe není zcela bezpečná z pohledu zdraví pacienta. **S některými zpravidla injekčně podávanými rychle účinkujícími tišícími léky se pojí nebezpečí,** jako je srdeční arytmie, nízký krevní tlak a dechový útlum. V kombinaci s jiným zdravotním problémem nebo i samostatně mohou mít až fatální následek. Proto je důležité zhodnocení aktuálního stavu pacienta a řešení případných komplikací s lékařem.⁴³

Domnívám se, že nemocnice by měla zadání pro sestry ujasnit a proti současnému stavu částečně revidovat – jednak ujasnit závaznost poslušnosti ve fakultativní medikaci (nyní není stanovováno, co je varianta 1., 2. a další volby), a jednak zvýšit bezpečnost pro pacienta v případě rychle účinkujících tišících léků. Sestry by měly lékaře volat, pokud je pacient ve stavu neklidu, který nemohou jinak zvládnout, a ošetřující lékař (nebo sloužící lékař) by měl zhodnotit stav pacienta a případně nařídít další postup. Pouze ve výjimečných případech, kdy lékař není dostupný v rámci minut a situace není jinak zvládnutelná, by sestra sama podala rychle účinkující lék na základě předpisu fakultativní medikace. I tak by se ale měla snažit alespoň telefonem získat schválení lékaře před podáním léku a ten by měl bezodkladně dorazit a sledovat reakci pacienta a řešit případné komplikace. **Fakultativní předpisy by měli činit pouze zkušení lékaři na základě komplexního zhodnocení fyzického stavu pacienta a jejich platnost by měla být omezena (týdny spíše než měsíce).**⁴⁴

Opakuji, že o omezovací prostředek se jedná podle povahy použitého léku a kontextu jeho použití a případně se pak přidávají i obecné zásady a pojistky, jako je například evidence.

Dodávám, že sestry běžně ve svém zápisu o podání uvádějí frázi „dle ordinace ošetřujícího lékaře“, přičemž z okolností bylo většinou zřejmé, že se tím myslela fakultativní ordinace z denní medikace v dekurzu a nikoli ordinace přivolaného, přítomného lékaře. Pro právní

42 Např. na oddělení 27 přízemí měla pacientka 12 pro tenzi a anxiету předepsán Rivotril gtt. a pro pokračující masivní tenzi Haloperidol s Apaurinem inj., event. Tisercin inj. Sestra však při prvním objevení tenze rovnou aplikovala Tisercin inj. (dne 16. 4. 2018 v 6 hodin). Sama tak rozhodla o nepodání první volby pro úzkost a rovnou podala volbu druhou. Stejná situace nastala u pacientky 13 (dne 24. 4. 2018 v 8 hodin) nebo na oddělení 26 u pacienta 14 (dne 24. 4. 2018 v 16:10 hod.).

43 Formulováno s využitím argumentů Výboru CPT k použití tzv. rapidly acting tranquillisers. Srov. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 13 May 2016, CPT/Inf(2017)1* [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 29. 6. 2018]. Dostupný z <https://rm.coe.int/16806ebb7c>, bod 112.

44 Ibidem.



ochranu sestry by bylo lepší, aby v případě aktuální konzultace s lékařem zápis formulovala tak, aby bylo jasné, zda byl lékař přítomen, nebo na telefonu.

Konečně, uznávám, že ve studované dokumentaci byla zaznamenána řada situací, kdy sestry reagovaly na tenzi a problematické chování pacientů jinak, než podáním léků nebo restrikcí, a také je zřejmé, že často usilují o podání léku po dohodě s pacientem.

Opatření:

- 17) ujasnit a podle výše uvedených připomínek proti současnému stavu částečně revidovat pravidla používání fakultativní medikace (do 6 měsíců).**

9. Síťové lůžko

Z vnitřního předpisu nemocnice: „Indikací jsou především opakované, farmakologicky neovlivnitelné dlouhodobé projevy psychomotorického neklidu bez sebepoškozovacích tendencí.“ Pacient má být ze síťového lůžka pravidelně uvolňován, personál se má snažit maximalizovat délku pobytu mimo. Také se požaduje cílená aktivizace pacienta ke zmírnění dopadů dlouhodobého omezení pohybu. Vnitřní předpis stanoví maximální délku nepřetržitého omezení na 24 hodin, a to v tom smyslu, že o dalším trvání musí znovu rozhodnout lékař. Na rozdíl od místností užívaných k uzamčení pacientů, zde vnitřní předpis explicitně stanoví, že síťové lůžko není součástí lůžkového fondu oddělení.

Speciální uzamykatelné lůžko se sítí okolo je v nemocnici jedno (viz kapitola 13.3). Zdá se, že minimalizace použití na jednu pacientku je výsledkem rozhodnutí vedení nemocnice, neboť i v době návštěvy byli hospitalizováni pacienti, kteří byli na časté pobyty v lůžku zvyklí a patrně by proti dalšímu umísťování neprotestovali. Rozhodnutí nemocnice považuji za správné. Podotýkám však, že je nezbytné doprovázet zrušení síťových lůžek individualizovanými opatřeními ke snížení potřeby omezení u daných pacientů, jinak jde pouze o nahrazení jednoho omezení jiným.

10. Příklady přílišného použití omezení⁴⁵

Pacient 15 (41 let), v ochranném léčení, diagnostikován jako trpící disociální poruchou osobnosti. Byl na oddělení 17 dne 2. 6. 2016 podroben na krátkou dobu umístění do izolační místnosti (2 hodiny), omezení kurty (1 hodinu) a podání neklidové injekce. V kontextu manipulativního jednání pacienta, který se právě účelově uchyloval k pasivnímu odporu vůči všemu, bylo důvodem pro omezení údajné ohrožení života tím, že tři dny odmítal měření vitálních funkcí a nejedl a nepil, respektive bylo zapotřebí jeho příjem stravy a tekutin objektivizovat, když patrně potají jedl nějaké své jídlo. Jeví se mi neoprávněné uchylovat se k použití omezovacího prostředku za situace, kdy dospělý muž bez poruchy myšlení odmítá pokyny personálu a třetí den nejí a nepije. Nezpochybňuji, že personál měl právo upravit jeho režim, případně oddělit jej od ostatních. Nicméně zde došlo k výměně ukončení omezení za spolupráci.

45 Případy pocházejí ze studia zdravotnické dokumentace.



Pacientka 9 (29 let), dodaná dne 2. 5. 2016 do psychiatrické nemocnice k realizaci soudem nařízeného pozorování za účelem vyšetření duševního stavu, když se předtím odmítla dobrovolně sama do nemocnice dostavit. S ohledem na dodání zdravotnickou záchrannou službou za doprovodu policie ve večerních hodinách a aktivní odpor byla umístěna v režimu nedobrovolné hospitalizace na oddělení 27 přízemí. Podle záznamu z centrálního příjmu byla v akutním stavu, agresivita však není blíže popsána, jen paranoidita vůči institucím, psychomotorické tempo akcelerované do mánie, nespolupráce. Lékaři nemocnice měli k dispozici soudní rozhodnutí a věděli, že šlo o stíhání pro stalking a nebezpečné vyhrožování příteli. Pacientka byla hned po příchodu na oddělení umístěna v uzamčené místnosti a fixována v lůžku – kurty odůvodněny jejím aktivním odporem k podání dvou injekcí a čekáním na nástup účinku. Po hodině se vymanila z kurtů. Následně personál zaznamenal agresi, když nutili pacientku k převlečení ze svého oblečení. Proto byla opět podána neklidová injekce a použity kurty, a to na dvě hodiny. Ráno spolupracovala s ošetřovatelským personálem, ale jakmile začala vizita, byla hlučná, tenzní, výbušná, rozporovala svůj status, chtěla svého advokáta. Když odmítla léky per os, byly podány injekčně. V průběhu dne nebyly záznamy o okolnostech ohrožení sebe nebo okolí. Pacientka měla ordinovaný trvalý dohled a byla zamčená v pokoji zvýšené péče. Trávila čas ale i ve společnosti na oddělení. Omezení bylo zrušeno až ráno 6. dne hospitalizace.

Na kazuistice se ukazuje nízký práh pro použití omezovacího prostředku: Na počátku bylo omezení uplatněno pro nestabilní duševní stav a nespolupráci, nikoli pro nebezpečí pro pacientku nebo okolí. Odmítavé a tenzní chování se stupňovalo s tím, jak se pacientka musela podrobovat dalším a dalším zásahům včetně injekcí. Později není jasné, proč pacientka musí být zamčená na pokoji, když pouze odmítá léky, a jsou jí proto podávány injekčně. Lékaři při kontrolách píšou o přetrvávajícím riziku agrese z psychotické motivace; projevoval se však pouze negativismus a obranné reakce a s ohledem na určení oddělení mohlo být omezení uplatněno, pokud by agresivita přišla. Zajisté neměl personál oddělení snadnou pozici, když takovou pacientku přijímal večer. Na druhou stranu, důvod přijetí nenasvědčoval tomu, že by se jednalo o osobu na svobodě aktuálně nebezpečnou sobě nebo okolí, a procedury včetně léčby neklidu mohly být zahájeny druhý den na základě úvahy ošetřujícího lékaře a alespoň pokusu o vysvětlení situace pacientce.

O rok později je **táž pacientka** dodána k výkonu ochranného léčení (opět policií a opět kolem 18. hodiny). Na oddělení 27 přízemí je umístěna do uzamčené místnosti, protože byla neklidná, zlobná, požadující řadu věcí. Záznam lékařky píše o hrozící agresi, ale v popisu jejího chování nic hrozbě agrese nenasvědčuje. Je verbálně agresivní ve smyslu vulgární a vyhrožující stížnostmi, když jsou jí nuceny léky. Následující den lékař uvádí, že ponechána zamčená na pokoji intenzivní péče „pouze z důvodu observace a vyloučení agrese a nespolupráce“. Kladu si otázku, proč pacient v takovém režimu na speciálním oddělení musí být v ložnici zamčený, tedy například bez přímého přístupu k toaletě. Jsou záznamy o tom, že jí přes den nabízeli také pobyt na oddělení. Tentokrát bylo omezení ukončeno 3. den. Léčba je opět zahájena bezprostředně po přijetí, bez souhlasu a nikoli až po pokusu s pacientkou ji vyjednat.

Pacient 10 (30 let), subtilní postavy, cizinec, dodaný policií dne 5. 10. 2016 poté, co se zhroutil při výslechu. Přijetí předcházelo interní a psychiatrické vyšetření, z něhož vzešlo doporučení pozorovat pacienta v psychiatrické nemocnici. Při přijetí se projevoval



stuporózní stav a třas, pacient sotva reagoval a se zdravotníky nemluvil. Dva policisté zůstali v nemocnici a pacienta střežili. Pacient byl přijat na oddělení 27 přízemí ve 23 hodin a hned byl umístěn do uzamčené místnosti a také fixován v lůžku, zjevně z preventivních důvodů⁴⁶, přičemž fixován zůstal celou noc, ačkoli spal; až ráno byl fixován jen za horní končetiny. Toto omezení v lůžku se jeví být neoprávněné. Druhý den ráno zahájil lékař infuzní terapii, která obnášela 4 infuze denně. Pacient tak byl převážně stále fixován, a to, dle záznamů, i když pospával mezi jednotlivými podáními.⁴⁷ Nadále byl tedy přístup příliš restriktivní. Zpočátku nalézám záznamy o doprovázení pacienta na WC, pak o používání plen – není jasné, proč nemohl být nadále na toaletu voděn. Po překladi na oddělení 17, který byl uskutečněn třetího dne dopoledne, pacient stále nespolutracoval, ale mírné zlepšení stavu se projevovalo lepším reagováním. Hned byl obnoven původní režim, tedy pacient byl fixován v lůžku za 4 končetiny. Až odpoledne byla fixace zmírněna na jednu končetinu jako prevence pádu; na oddělení 17 byl také pacient častěji voděn na toaletu. Ve 21 hodin (7. 10.) lékařka nadále ordinovala úplnou fixaci, neboť nemohla vyloučit suicidální jednání nebo rozvoj psychotických příznaků. I zde musím konstatovat velmi restriktivní a preventivní přístup, když pacient byl imobilizovaný už bezmála 48 hodin; k prevenci pádu existují mírnější alternativy a suicidální jednání by personál s ohledem na režim trvalého dohledu zaznamenal. Příkurtovaný zůstal pacient celou noc, ačkoli spal. Od rána čtvrtého dne byl omezen pouze za dolní končetiny, a to až do rána pátého dne; nový důvod pro omezení není popsán, tak opakuji, že důvodem byla obecná prevence potíží. Ještě celý čtvrtý den byly pacientovi ponechány pleny. Šestáho dne byl pacient kolem poledne propuštěn.

S ohledem na to, že pacient byl neustále hlídán policií, která indikovala různá bezpečnostní rizika, stírá se rozdíl mezi umístěním v izolační místnosti či případně na jednolůžkovém pokoji. Nicméně pacientovi nebyl ani po zlepšení od rána pátého dne (9. 10.) nabídnut pobyt na vzduchu, procházka nebo aktivita. To je další projev velké restriktivnosti přístupu zdravotníků. Opakované záznamy o trvajícím důvodu pro omezovací prostředek při jeho faktickém použití pouze z preventivních důvodů vypovídají o formálním přístupu k pravidlům. Uzavírám, že v tomto případě se kloním k hodnocení, že kurtování mimo časy podávání infuze představovalo nelidské a ponižující zacházení.

Závěrem jako podnět k reflexi poznámka odborná: Určitou otázku o nutnosti vyvolává patrná zvyklost zahajovat parenterální rehydrataci pacientů odmítajících příjem tekutin již v prvních hodinách hospitalizace a dále to, že pacienti, kteří již nadále nejsou indikováni k léčbě na neklidovém oddělení, jsou nuceni tam z kapacitních důvodů setrávat do té doby, než se uvolní místo na oddělení standardním. Stejně tak ukončení režimu nedobrovolné hospitalizace se nechává až na překlad z akutního na standardní oddělení. S těmito aspekty se v důsledku váže i restriktivnost pro pacienta.

46 Záznam lékaře o rozhodnutí použít omezení: „Další vývoj stavu akt. nevyočitatelný, zejména hrozí závažné změny stavu auto/agresivní raptu, dezorganizované jednání, tedy nutná fixace v lůžku k zabránění poškození pac.“

47 Záznamy ošetřovatelského personálu o tom, že „omezení v lůžku nadále nutné“ (7. 10. v 00:01 hod.), „vysoké riziko autoagrese“ (7. 10. v 05:00 hod.) neodpovídají pozorováním chování pacienta, nýbrž spíše zadání lékařů.



11. Dohled, rozbor a dokumentace

11.1 Působení personálu v průběhu omezení

S použitím omezení se pojí režim trvalého nebo kontaktního dohledu. Úrovně dohledu popisuje vnitřní předpis, přičemž trvalý dohled naplňuje nepřetržité sledování buď přímo, nebo přes okno, anebo prostřednictvím kamerového systému. Podle vnitřního předpisu má být pacientovi „zajištěna dostupnost personálu, v případě potřeby jeho stálá přítomnost“.

Na žádném z oddělení není standardem stálá přítomnost ošetrovatelského personálu u pacienta v omezení. Je dodržován standard fyzické kontroly co hodinu, spolu s pořízením záznamu do dekurzu. Při šetření nevznikla pochybnost, že by dohled nebyl dostatečný z hlediska bezpečnostního. S ohledem na trýznivý dopad omezení na psychiku, kdy pacienti zpětně referují o pocitech opuštěnosti a dehumanizace, **doporučuji směřovat standard nemocnice k tomu, co je také dlouhodobým standardem CPT⁴⁸, totiž od sledování k poskytnutí pokud možno trvalé přítomnosti pečujícího – u pacienta v omezení kurty přímo u lůžka, u omezení izolací na dohled.**

11.2 Zpětný rozbor situace

Vnitřní předpis požaduje, aby byl pacient dostatečně informován a poučen, srozumitelnou formou, o důvodech vedoucích k omezení nebo jeho prodloužení a co se bude dít; pokud to není možné v průběhu, pak později. Personál má dále usilovat o zachování dobrého terapeutického vztahu s pacientem. To jsou požadavky odpovídající právním předpisům.⁴⁹ Doporučení CPT požaduje provádět tzv. debriefing, což je „následný rozhovor s pacientem, který má za cíl nejen vysvětlení, proč zdravotníci považovali za nutné použít omezení, ale také snížení psychologického traumatu, jež restrikce působí, obnovení vztahu lékař-pacient jako vztahu důvěry a společné hledání méně invazivních způsobů zvládnutí chování pacienta do budoucna“⁵⁰. Při této příležitosti lze také citlivě zjistit preference pacienta, pokud u něj s ohledem na předchozí zkušenosti hrozí nutnost opakovaného použití omezovacích prostředků.

V nemocnici se usiluje právě o informování pacienta⁵¹ a použití omezení je navíc tématem každé následující vizity. To je vhodné. Doporučuji ale skutečně zavést debriefing jako

48 Standard CPT z roku 2017, bod 7: „Every patient who is subjected to mechanical restraint or seclusion should be subjected to continuous supervision. In the case of mechanical restraint, a qualified member of staff should be permanently present in the room in order to maintain a therapeutic alliance with the patient and provide him/her with assistance. If patients are held in seclusion, the staff member may be outside the patient's room (or in an adjacent room with a connecting window), provided that the patient can fully see the staff member and the latter can continuously observe and hear the patient. Clearly, video surveillance cannot replace continuous staff presence.“

49 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách, článek 1 odst. 5 metodického doporučení ministerstva (ten doporučuje informaci podat formou terapeutického pohovoru, krom případů, kdy pacient byl urgentně přeložen).

50 Standard CPT z roku 2017, bod 8.

51 Ačkoli vnitřním předpisem požadovaný podpis pacienta v dokumentaci nebývá.



nástroj obnovení terapeutického vztahu s pacientem, jak to také předpokládá vnitřní předpis v části o deeskalaci. Podotýkám, že není praktické očekávat, že tuto komunikaci s pacientem zajistí vždy ti pečující, kteří aplikaci indikovali (může to být pacientovi neznámý sloužící lékař nebo noční směna). U nich je však zapotřebí pamatovat na jejich případný debriefing, pokud byla epizoda traumatizující pro ně.

Opatření:

- 18) standardně ve vhodném čase po použití omezovacího prostředku s pacientem toto opatření zpětně rozebrat, ve smyslu a s cílem popsaného debriefingu (průběžně).**

11.3 Dokumentování

V naprosté většině studovaných případů odpovídal druh a četnost záznamů lékařů a sester vnitřním předpisům nemocnice. Průběžné záznamy jsou co hodinu pořizovány, i v případech uzamčení z režimových důvodů. Někdy bylo omezení ordinováno lékařem před započítáním, někdy využívaly sestry oprávnění jednat bezodkladně a lékař jen následně hodnotil stav. Popis situace byl většinou podrobnější v zápisu sester. Byla zjištěna i pochybení, jako například kurtování pacientky (umístění v uzamčené místnosti) bez náležitého záznamu o indikaci lékařem⁵². O používání formalizovaných vyjádření o hrozcích závažných projevech agrese, jež neodpovídala jiným záznamům, pojednávám na jiném místě; **je zapotřebí praxi formálních, nepravdivých záznamů vymýtit.**

12. Děťští pacienti

Specifika 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 zranitelnou skupinou, 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.

Na dětském oddělení 28 se čas od času uplatní všechny typy omezení – tedy pomocí léků, pásů i zamčené místnosti. Pokud jde o pásy, na dívčí části jde průměrně za rok o 6 pacientek, na chlapecké o 3, přičemž maximální délka trvání omezení je 5,5 hodiny, u chlapců až 10 hodin. Lze tedy hovořit o výjimečném užití. Častější je umístění v uzamčené místnosti. Ve sledovaném období [2016/2017/první čtyři měsíce 2018] je zažili 16/21/4 dívek a 10/9/10 chlapců.

52 Viz případ kurtování pacientky 12 dne 16. 4. 2018 v 6 hodin ráno, kdy lékař pouze provedl záznam „povoleno omezení v lůžku“.



Vyčnívá v kategorii **napadení mezi pacienty** (zatímco jinde jde o jednotky případů, zde v letech 2016/2017/čtyři měsíce 2018 celkem 66/60/13 případů), **zranění pacienta** (zatímco jinde jednotky, zde 17/12/2 případy) a **užití nebo držení nepovolených látek** (zatímco jinde jednotky, zde 29/40/19).

Znepokojující je, že u více než poloviny případů trvalo omezení déle než 24 hodin (u dívek maximálně 11 dnů, u chlapců 17 dnů). Tento typ omezení se odbývá, stejně jako na odděleních pro dospělé, na „pokojích zvýšené péče“, tedy vyhrazených ložnicích. S ohledem na to, že dítě nemusí být v pokoji izolováno neustále a na základě zhodnocení aktuálního stavu se může chvílemi účastnit terapeutického programu nebo společného stolování, není možné ze statistiky činit konkrétní závěry o přílišném využívání tohoto opatření. **Co však ze statistiky vystupuje jako zvlášť znepokojující, je, že se nezřídka vyskytují případy omezení dětí pod 16 let** – za sledované období to byly i 2 desetileté (obě také kurty), 1 jedenáctileté, 2 dvanáctileté (obě také kurty) a 3 třináctileté děti (dvě také kurty).

Případy omezení, které probíhalo v době návštěvy, konkrétní problémy nevyjevily. Dotázaní pracovníci oddělení uváděli, že usilují o co nejvyšší míru přítomnosti u dítěte v omezení a o to, aby dítě znalo „pozitivní plán“ – co musí nastat, aby mohlo být uvolněno. **To je správné, ale je zde jednoznačně prostor pro zlepšení, neboť trvalá přítomnost u dítěte omezeného pásy by měla být standardem.**

Jak zmiňuji výše, podle statistiky nežádoucích událostí vychází oddělení 28 I. patro (pro chlapce) jako třetí nejnebezpečnější v nemocnici. Z tohoto důvodu a s ohledem na nominálně dlouhé použití izolace **doporučuji situaci na oddělení 28 pozornosti vedení nemocnice.**

Opatření:

- 19) promítnout opatření 11 a 12 do praxe také dětského oddělení (bezodkladně),
- 20) zásadně děti mladší 16 let nepodrobovat omezení (průběžně),
- 21) usilovat o dohled v úrovni trvalé přítomnosti u pacienta v omezení v lůžku a dostupnosti na dohled u pacienta v uzamčené místnosti (průběžně).

13. Pacienti s mentálním postižením omezovaní dlouhodobě

Lidé s mentálním postižením jsou v psychiatrickém kontextu zranitelnou skupinou, neboť vyžadují vyšší míru podpory a péče, aby jejich pobyt na oddělení byl bezpečný bez restrikcí. Poznatky o používání omezovacích prostředků na dvou odděleních ilustrují specifickou situaci oproti ostatním oddělením následné péče.

13.1 Statistika oddělení 33

Na oddělení 33 má velká část pacientů mentální postižení, kombinované s psychiatrickým onemocněním. Podle vyjádření personálu stojí ošetřující tým velké úsilí snižovat používání omezení, které je po nějaký čas u některých pacientů i pravidelné. Jeden pacient je v omezení prakticky neustále již roky (viz kapitola 13.3). Z rozhovorů plyne, že personál chápe zvládnutí problematického chování jako svůj úkol (případně s pomocí příslužby)



a nebojí se interakce s pacienty. Mimo uvedený případ lze praxi omezování kvantifikovat takto: Nejčastěji jde o **epizody omezení do trvání 12 hodin** v uzamčené místnosti nebo někdy také ochrannými pásy; počet případů za rok je 136 (2016), 160 (2017), 15 (třetina 2018). Čas od času se vyskytnou případy omezení trvajících **až 24 hodin** – 9 (2016), 9 (2017), 2 (2018). **Omezení trvajících dny:** 18 (2016; 6 různých pacientů), 4 (2017; 4 různí pacienti), 1 (2018); přičemž maximum bylo téměř měsíc v uzamčené místnosti a 8,5 dne omezení ochrannými pásy.

13.2 Statistika oddělení 14

Na obdobném oddělení pro ženy je situace odlišná. Nejčastěji se používalo umístění v uzamčené místnosti, přičemž pouze několik patientek bylo podrobeno **omezení kratšímu** (jednorázovému nebo opakovaně) – 2 (2016), 3 (2017), 1 (2018). Více žen bylo podrobeno omezení v **řádu dnů** – 5 (2016), 1 (2017), 3 (2018) a u několika omezení **přesáhlo měsíc a jeví se být soustavné** – celkem šlo o osm patientek. Krom toho jedna pacientka víceméně žije v síťovém lůžku.

13.3 Kazuistiky z oddělení 33 a 14

13.3.1 Pacient 11

Jednašedesátiletý, subtilní pacient s diagnózou xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, v minulosti žil v síťovém lůžku a má v historii napadání personálu a ničení vybavení oddělení. Po odstranění lůžka z oddělení se pacient adaptoval tak, že přes den v polohovacím křesle a v noci v lůžku je omezen v pohybu břišním pásem. Pacient je z pyžama převlékán do denního oblečení, někteří ošetřující jsou schopni se s ním dorozumívat řečí přes jeho zjevný hendikep. Uvolňován je k vyvedení na toaletu, podání jídla a k procházce po oddělení (ordinována je jednou denně). Někteří muži jsou schopni jej doprovodit také na zahradu. Jinak je v křesle umístěném v odlehlé části oddělení sám; v minulosti údajně bylo křeslo ve společenské místnosti, ale pacient protestoval křikem. Když je klidný, tak nepokřikuje a pospává, když ne, tak křičí a napadá personál při ošetřování (záznamy o tom lze v dokumentaci nalézt pravidelně). Je ošetřován také pro riziko vzniku dekubitu a je udržován jako kontinentní.

Fixování v křesle je v dokumentaci někdy zdůvodňováno prevencí pádu, ale pokud by šlo skutečně o tento problém, nabízely by se mírnější prostředky, jako je pobyt na podložce na zemi. Účel je zjevně jiný – udržet pacienta pod kontrolou, zabránit mu v napadání ostatních lidí. Lékař u pacienta vizituje jednou denně. Ošetřovatelský personál pořizuje s ohledem na omezení záznamy co hodinu. Nahlédnuté aktuální záznamy vypovídají o tom, jak se pacient projevuje, nebyl však zaznamenán žádný plán, jak na jedné straně udržet pacienta v klidu a na straně druhé kompenzovat a odbourávat omezení pohybu.

13.3.2 Pacientka 16

Třiačtyřicetiletá pacientka s těžkým mentálním postižením s poruchami chování, inkontinentní. Na oddělení pobývala více než dva roky, stále umístěná v uzamčeném vícelůžkovém „pokoji zvýšeného dohledu“, vedeném jako omezovací prostředek. Jako důvod je uvedena potřeba trvalého dohledu pro opakované stavy neklidu s agresí i autoagresí při nemožnosti ovlivnit ji slovně. Epizody zvýšeného neklidu jsou

dokumentovány, včetně občasného podání fakultativní medikace (tablety i injekce) a jejího efektu. Suspektně měly poruchy chování za cíl získání pozornosti. Lékařská ordinace obsahuje povolení na kratší dobu uvolňovat na oddělení a do zahrady a doporučení udržovat přes den vzhůru a umožňovat samostatné jezení. Z nahlédnutých záznamů za 4 měsíce roku 2018 plyne, že denně byla pacientka vyváděna z ložnice na půl hodiny, jinak trávila čas v lůžku sledováním televize. Dříve, než se uskutečnila systematická návštěva, byla pacientka propuštěna do zařízení sociálních služeb.

Bez dalších informací nad rámec studia dekurzu zůstává otázkou, nakolik tuto pacientku omezovalo to, že jí byla vymezena jako životní prostor jedna ložnice. Znepokojující je však chudý režim, který zde vystupuje do popředí. I člověk s těžkým mentálním postižením vyžaduje sociální a smyslovou stimulaci, střídání prostředí, pohyb, pobyt na vzduchu.

13.3.3 Pacientka 17

Devatenáctiletá pacientka s lehkým mentálním postižením s poruchami chování, s častými rehospitalizacemi od dětství, s impulzivními raptury s brachiální agresí v anamnéze, komunikující řečí. V době návštěvy byla 69. den v uzamčeném „pokoji zvýšeného dohledu“. Na počátku, 8. 2. 2018, napadla spolupacientku, kterou škrtila a tahala za vlasy. Personál situaci zvládl, pacientka souhlasila s podáním klidnicí injekce a umístěním do zamčeného pokoje. V ten okamžik byla ještě na jednu hodinu, do nástupu efektu medikace, také omezena v lůžku pásy. **Upozorňuji, že z dokumentace tohoto omezení není naprosto zřejmá jeho nezbytnost, když pacientka spolupracovala s personálem a nebyly zaznamenány nějaké varovné příznaky.** V uzamčené místnosti pak byla ponechána nastálo. Občas dle záznamů s poruchami chování, většinou klidná. Ze statistiky jsou zřejmá přerušování omezení v některých dnech, jinak byla pacientka bez aktivit krom sledování televize v pokoji. V lékařských záznamech je výslovně uvedeno, že umístění v místnosti trvá jako režimové opatření pro zajištění dohledu (někdy ordinován trvalý dohled, někdy kontaktní) při nepředvídatelnosti chování pacientky.

Nemohu nepoznamenat, že na oddělení 33 by u pacienta s takovými projevy omezení patrně netrvalo. Každopádně jedná se o omezení pro diagnózu pacientky a pro usnadnění dohledu bez dokumentovaného bezprostředního nebezpečí. A to bez nějakého zmírnění dopadu omezení.

13.3.4 Pacientka 18

Padesátiletá pacientka s diagnózou xxxxxxxxxxxxxxxxx, nekomunikující řečí, trvale v psychiatrické nemocnici. Pacientka po léta prakticky žije v síťovém lůžku, jehož používání se u ní nepodařilo odbourat a jež je opakovaně indikováno pro nebezpečí plynoucí například z pojídání předmětů, psychomotorický nekld a pro „zajištění trvalého dohledu“ (záznam lékaře ze dne 23. 4. 2018). Z nahlédnuté dokumentace pro rok 2018 je zřejmé, že čas od času personál překročí také k omezení pásy, když se akutně zhorší neklidné chování,

	například	když	pacientka
xxx			x
xx.			
snad i v řádu dnů) být mimo nemocnici, když jí trvalý dohled zajišťují rodiče. Nebezpečné			



chování může být přerušeno přítomností matky (24. 4. 2018), ale z dlouhodobého hlediska se zjevně stav nemění.

Jsem si vědoma toho, že případ této pacientky poutá pozornost a vedení nemocnice se mu věnovalo. Použití omezovacího prostředku v jednotlivých případech nemohu zpochybnit, neboť neklid pacientky je buď přímo dokumentován, nebo zdravotníky předvídan. Zarážející z mého pohledu je, že u pacientky není pro zmírnění dopadů omezení anebo podporu žádoucího chování vypracován bohatší terapeutický program než farmakoterapie; pouze vzácně je v dokumentaci zmínka o účasti na programu terapeutky. V lékařské ordinaci je povolení vycházky s matkou po areálu a do zahrady oddělení a také povolení uvolnění na oddělení a do zahrady. Ze statistiky omezení lze dovozovat, že omezení je někdy v řádu hodin přerušeno, ale nenacházím nic o pobytu na vzduchu, pravidelné rehabilitaci, individuální péči nad rámec základní ošetrovatelské. Uznávám, že ošetrovatelská péče o pacientku je velmi náročná a nepřehlídím ani dokumentační břemeno. Personál pořizuje řadu záznamů denně, ale komplexní plán zvládnutí problémového chování pacientky vypracován není.

13.4 Hodnocení a doporučení

Domnívám se, že také na oddělení 14 je třeba seriózně přistoupit k uplatnění mého doporučení odlišit prakticky použití izolace jako omezovacího prostředku a režim trvalého dohledu. I poté patrně přetrvávají případy, kdy lze dovodit bezprostřední nebezpečí nějakého rázu a omezení bude vycházet jako dlouhodobé – předvídám to v případech, jako je ten pacienta 11, pacientky 16 nebo pacientky 18, kdy poruchy chování pacienta jsou přítomny prakticky neustále, a pacienta nelze usměrnit domluvou.

U uvedených dlouhodobých omezení se jeví jako neproporční, že na jednu stranu musí ošetrovatelský i lékařský personál pořizovat tolik průběžných záznamů, a zároveň neexistuje promyšlený **plán, jak k pacientovi konkrétně v aspektu bezpečnosti přistupovat, jaká opatření primární a sekundární prevence nefungovala a jaká se ještě budou zkoušet, jak se bude restriktivní režim kompenzovat, respektive postupně zmírňovat**. Právní předpisy frekvenci průběžných záznamů nestanoví, a tak nemocnici nic nebrání nastavit práci s dokumentací individuálně a napřít energii personálu jiným směrem než k administrativě.

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

Nenavrhuji pouze jiný způsob dokumentace, nýbrž přidání perspektivy plánovitého a na důkazech postaveného řešení situace pacientů, u nichž je použití omezovacího prostředku dlouhodobé a zjevně vyžadující zvláštní opatření nad rámec standardní péče na oddělení. Z výše uvedených právních zásad obecně (ne jen u pacientů s mentálním postižením) vyplývá, že čím delší je trvání omezení, tím musí být přesvědčivěji doložen jeho důvod a intenzivnější snaha o vytvoření podmínek pro jeho ukončení.



Opatření:

- 22) promítnout opatření 11 a 12 do praxe také na oddělení 14 (bezodkladně),**
- 23) zpracovat pro pacienta 11, pacientku 17 a pacientku 18 plán zvládání rizika a v něm se zaměřit na zmírňování nepříznivých důsledků omezení a pozitivní opatření vedoucí k postupnému odbourání omezení (do 3 měsíců),**
- 24) stejným způsobem postupovat u těch pacientů s mentálním postižením, u nichž je zvýšené riziko použití omezení, anebo už nastala situace opakovaného nebo soustavného použití omezovacího prostředku (průběžně).**



Pojistky a kontrola

14. Sledování a evidence

Použití omezovacího prostředku se dokumentuje skrze zvláštní typ denních záznamů v informačním systému Hippo, což umožňuje samostatnou práci s těmito daty. Ta by měla být standardní součástí řízení nemocnice a jednotlivých oddělení: podle četnosti a způsobu používání omezovacích prostředků je třeba zacílit školení personálu (jak si vedení Psychiatrické nemocnice Bohnice zjevně uvědomuje), přizpůsobovat podmínky poskytování péče, kontrolovat vybočující případy.

Podle vnitřního předpisu má být záznam o použití omezovacího prostředku evidován primářem oddělení buď následující pracovní den, nebo při pravidelné vizitě; to je vhodné opatření. Vedení nemocnice v době návštěvy plánovalo provést vnitřní audit používání omezovacích prostředků – v reakci na vydání metodického doporučení ministerstva. To vítám jako adekvátní krok s ohledem na charakter poskytované péče. Dovoluji si na základě zkušeností ze systematických návštěv a doporučení Výboru CPT doporučit, aby pojetí auditu sloužilo základnímu cíli, totiž usilovat o snižování potřeby omezení využívat. K tomu nestačí pracovat s celkovou statistikou, ale zmapovat situaci jednotlivých oddělení, a to i kvalitativně.

Stávající praxe dokumentování může ve statistice zakládat zkreslení. Totiž, ačkoli vnitřní předpis předpokládá, že **kombinace omezovacích prostředků** se zobrazí ve způsobu dokumentování, našla jsem několik příkladů toho, kdy se speciální záznam zavedl pouze pro jeden z použitých typů omezení a v přehledu pak epizoda jako kombinace nevystupuje. Například když na oddělení 27 je pacient kurtován (v pokoji intenzivní péče), je to v dokumentaci popsáno, ale opakovaně bylo pozorováno, že jako omezení je zavedeno „umístění v uzamčené místnosti“.⁵³ Těžko tak statistice zcela věřit, co se týká počtu a délky použití ochranných pásů. Podobně statistiku v aspektu trvání omezení zkresluje **institut přerušení**, kdy pacient může být už uvolněn z rozhodnutí sestry (za účelem provedení hygieny nebo testování zlepšení stavu), ale formálně ještě není zrušena ordinace lékaře. V každodenním provozu pak sestry čas, kdy pacient vykonává hygienu a stoluje, někdy jako přerušení vykazují a někdy ne. **Je třeba mít to na paměti a statistiku vhodným způsobem „čist“.**

15. Kultura přístupu k pacientům

Čas od času vedení nemocnice zaznamená nevhodné jednání zaměstnance vůči pacientovi. Zachycené případy, či pouhá podezření, se prověřují. V extrémním případě bylo reakcí rozvázání pracovního poměru, nicméně za pochybení se považuje i neetické či

⁵³ Viz pacient 19 dne 21. 1. 2018, dále použití pásů u pacientky 17 dne 8. 2. 2018 nebo to, že v době návštěvy byli dva pacienti na oddělení 27 přizemí omezení pásy, přičemž tyto případy nefigurují ve vygenerovaném statistickém přehledu.



neprofesionální jednání na úrovni verbální, jež může mít za následek projednání, důtku nebo snížení osobního ohodnocení. Slouží k tomu také systém vykazování nežádoucích událostí (událost „neprofesionální chování“ vzniká typicky postřehem spolupracovníka) a hodnocení zaměstnanců („klíčová událost“, která se při pravidelném hodnocení projednává; součástí hodnocení pracovníků nadřízenými je i parametr vlídnosti k pacientům). Typickým případem je patrně zneužití alkoholu. Ředitel popřel, že by byl zachycen případ brachiální agrese ze strany pracovníka nemocnice, vyskytl se ale například případ svévolně podané injekce. **Je správné, že vedení usiluje o určitou úroveň organizační kultury. Je zapotřebí v tom nepolevovat a zapojovat vedoucí pracovníky všech úrovní,** protože organizační kultura se rozvíjí vždy a jedině aktivní přístup vedoucích pracovníků může zajistit, že v kontextu náročné péče a permanentního tlaku na pečující personál nesklouzne k dehumanizaci či atmosféře moci.⁵⁴

Při 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.

16. Stížnosti

V letech 2016 až 2018 nemocnice neřešila žádnou závažnou stížnost, která by se týkala použití omezovacích prostředků. V prostudované databázi stížností se vyskytují případy stížností na neprofesionální chování pracovníků, které podle přiložené dokumentace bylo věcně prošetřováno nadřízenými pracovníky a dáno do souvislosti s kontinuálním hodnocením.

17. Rozeznávání a dokumentování známek špatného zacházení

Při studiu dokumentace pacientky 9 (první hospitalizace) bylo zjištěno, že při příjmovém vyšetření lékař pozoroval hematomy na jejích rukou, a to stejné lékař konstatoval v rámci vyšetření o týden později. Druhé pozorování má podrobnější záznam – s umístěním, velikostí a stářím. Ani tehdy však není uvedeno, jaký mají hematomy původ, respektive co k tomu uvedla pacientka.

Podotýkám, že 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 utrženým zraněním a k okolnostem, které s ním souvisely. Dále by záznam měl detailně popisovat objektivní lékařský nález, vyplývající z vyšetření provedeného lékařem, a jeho subjektivní hodnocení souvislostí mezi tvrzením pacienta a objektivním lékařským nálezem.** Takto sepsaný záznam by měl pacient na požádání obdržet. Případy poranění by měli lékaři

⁵⁴ „Nezdravá organizační kultura představuje pro zdravotnické zařízení jedno z největších rizik dlouhodobého, vážného selhání.“ ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8, s. 81.



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. Bez objektivizovaného popisu známek zranění je, konkrétně v případě osob omezených na svobodě, pro orgány státu velmi těžké unést důkazní břemeno, že zranění nevzniklo jejich zaviněním nebo nedbalostí. Právě v případě osob omezených na svobodě je i postup psychiatrické nemocnice přičitatelný státu.⁵⁵

Opatření:

- 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 nálezů s vyjádřením pacienta (průběžně).**

Nemocnice by měla zvážit pořízení fotoaparátu 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.

⁵⁵ Standard toho, jak má vypadat záznam o zjištěných zraněních použitelný pro případné budoucí vyšetřování špatného zacházení, vyplývá z OSN Istanbulského protokolu z roku 1999 (Zásady pro účinné vyšetřování a dokumentaci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání) a je obsažen ve standardu CPT: Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. *Pořizování záznamů a podávání zpráv o lékařských zjištěních o špatném zacházení. Výňatek z 23. všeobecné zprávy CPT, publikované v roce 2013.* [online]. Francie. © Council of Europe. [cit 10. 7. 2018], bod 74. Dostupné z <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ccc36>.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• zajistit privátní používání telefonu a odstranit plošné pravidlo telefonování pod dozorem (opatření 5) • jako prioritu zařadit personální posílení oddělení 33 a revizi organizace péče nebo personální posílení na oddělení 26 přízemí (opatření 8) • promítnout opatření 11 a 12 do praxe také dětského oddělení (opatření 19) • promítnout opatření 11 a 12 do praxe také na oddělení 14 (opatření 22)
Do 2 měsíců	• na stávajícím oddělení 27 přízemí se věnovat estetice interiéru a jeho zútulnění, a to jak v pokojích pro pacienty, tak zejména ve společných prostorách (hledat vhodný způsob dekorace, doplnit židle, odstranit porouchaný nábytek, rizikové kabely apod.) (opatření 2)
Do 3 měsíců	• zpracovat pro pacienta 11, pacientku 17 a pacientku 18 plán zvládání rizika a v něm se zaměřit na zmírňování nepříznivých důsledků omezení a pozitivní opatření vedoucí k postupnému odbourání omezení (opatření 23)
Do 6 měsíců	• zlepšit podmínky pro soukromí pacientů: zajistit soukromí na toaletě a při hygieně vybavením sprchovacích míst zastíněním, dveří kabiněk toalet a koupelen zavíráním, které personál může zvenčí odjistit (opatření 4) • učinit spolu s personálem na uvedených odděleních (a podle potřeby i na dalších) rozvahu reálné dostupnosti alternativ k restriktivnímu zvládání rizikového chování pacientů a naplánovat kroky potřebné k jejich rozvoji (opatření 7) • provést toto školení na oddělení 27 přízemí (opatření 10) • ujasnit a podle výše uvedených připomínek proti současnému stavu částečně revidovat pravidla používání fakultativní medikace (opatření 17)
Průběžně	• při plánování dispozice nového příjmového oddělení zohlednit kritické poznámky obsažené v této zprávě (opatření 1) • věnovat pozornost specifickým potřebám oddělení 33; pro začátek navrhuji urychlit postup výzdoby interiéru a pořídit vhodnější sanitární vybavení (opatření 3)



- zajistit možnost pohybu a pobytu na vzduchu i na uzavřených akutních odděleních: spolu s vyjádřením ke zprávě sdělit, jaká opatření může nemocnice přijmout ve výhledu 6 měsíců (opatření 6)
- plánovat a uskutečňovat vzdělávání personálu tak, aby personál oddělení akutní péče a dalších, kde k použití omezovacích prostředků dochází nečíslně, procházel efektivním proškolením v alternativním zvládnutí rizikového chování a bezpečné aplikaci omezovacích prostředků – při nástupu a s ročním intervalem obnovování (opatření 9)
- k zamčení pacienta v místnosti se uchýlovat pouze v situacích, kdy bezprostředně ohrožuje sebe nebo okolí; pro takové případy využívat místnosti, které jsou bezpečné, tedy zásadně nikoli více pacientů naráz a bez přístupu k rozbitnému sklu (opatření 11)
- v ostatních situacích, pokud je to nezbytné s ohledem na zajištění léčby, léčebného režimu a také chodu oddělení a respektování práv ostatních pacientů, využívat odpovídající úroveň observace a individuálně upravený režim s jasným stanovením míry pobytu na oddělení, účasti na terapeutických aktivitách, pobytu na vzduchu a kouření (opatření 12)
- jakkoli bude toto režimové opatření v nemocnici pojímáno a dokumentováno, doporučuji pokračovat v evidenci, a tedy sledování jeho využívání, jak to nyní umožňuje informační systém pro omezovací prostředky (opatření 13)
- na základě soustavného sledování situace na exponovaných odděleních (27 přízemí, 26 I. patro, 17, 14, 33) a také rozboru jednotlivých vybočujících případů činit přiměřené úpravy v dispozici a materiálním a personálním zajištění péče na těchto odděleních, aby byla délka trvání omezovacího prostředku podstatně snížena (opatření 14)
- neprovádět omezení pacienta v lůžku v podmínkách, kdy k němu mají přístup jiní pacienti (opatření 15)
- při proškolení personálu dbát také na téma farmakologického omezovacího prostředku, se kterým se rovněž musí pojít obecné zásady a pojistky (opatření 16)
- standardně ve vhodném čase po použití omezovacího prostředku s pacientem toto opatření zpětně rozebrat, ve smyslu a s cílem popsaného debriefingu (opatření 18)
- zásadně děti mladší 16 let nepodrobovat omezení (opatření 20)
- usilovat o dohled v úrovni trvalé přítomnosti u pacienta v omezení v lůžku a dostupnosti na dohled u pacienta v uzamčené místnosti (opatření 21)



- stejným způsobem postupovat u těch pacientů s mentálním postižením, u nichž je zvýšené riziko použití omezení, anebo už nastala situace opakovaného nebo soustavného použití omezovacího prostředku (opatření 24)
- 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 25)