



Vážená paní  
**Mgr. Anna Šabatová, Ph. D.**  
Veřejná ochránkyně práv  
Údolní 39  
Brno  
602 00

VÁŠ DOPIS ZNAČKY/ZE DNE:  
55/2018/NZ/MSŘ

NAŠE ZNAČKA:  
FNP/9/2019

VYŘIZUJE LINKA:  
██████████ 377402207

V PLZNI:  
25. 9. 2019

POČET PŘÍLOH:  
2

**VĚC: Přehled opatření č. III. k nápravě, viz zpráva ombudsmana č. j.: KVOP-40082/2019 Psychiatrická klinika FN Plzeň**

Vážená paní doktorko,

děkuji Vám za velmi pozitivní reakci na námi přijatá nápravná opatření a na základě Vašeho požadavku si Vám níže dovoluji s ohledem na zprávu ze systematické návštěvy Psychiatrické kliniky FN Plzeň (Sp. Zn. 55/2018/NZ/MSŘ) podat zprávu o **doplnění** přijatých opatření o provedené nápravě, na základě Vaší III. výzvy ze dne 16. 9. 2019.

#### Doplnění požadovaných informací:

- **Opatření č. 6 – zajistit, aby pracovníci bezpečnostní služby potenciálně zasahující na Psychiatrickém oddělení a Urgentním příjmu FN byli proškoleni v komunikaci s osobou s duševním onemocněním a v používání verbálních i manuálních technik zvládnutí neklidných nebo násilných pacientů a aby pravidelně probíhal nácvik použití omezení spolu se zdravotníky.**

**Sdělení k uvedenému: ██████████, Bezpečnostní manažer FN Plzeň:**

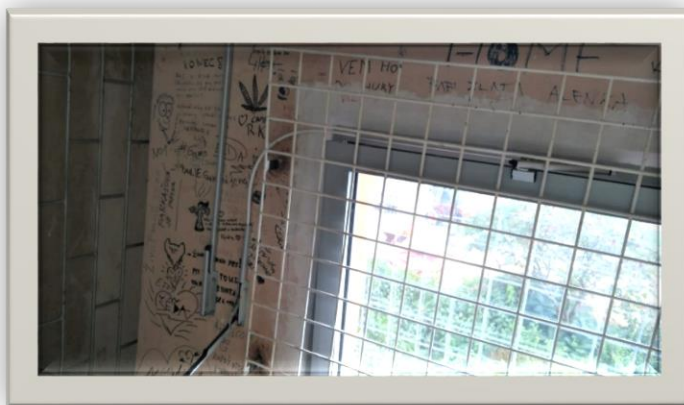
Dne 18. 6. 2019 došlo k prokazatelnému proškolení všech pracovníků bezpečnostní služby přednostou Psychiatrické kliniky FN Plzeň ██████████ a příslušníky Policie ČR. Seznam účastníků a sylabus akce **je přílohou č. 1**, školení pracovníků bude periodicky opakováno ve frekvenci 1 x ročně, termín příštího školení je červen 2020.

- **Opatření č. 8 – zajistit větrání Kuřárny na lůžkovém oddělení C.**

**Sdělení k uvedenému: ██████████, náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň:**

Došlo ke stavebním úpravám, umožňujícím odvětrávání prostor Kuřárny, viz fotodokumentace níže – realizace stavebních úprav:

## Fotodokumentace: Větrání Kuřárny lůžkové stanice C Psychiatrické kliniky FN



- Opatření č. 12 – na všech odděleních pořídit do pokojů pacientů nábytek zajišťující každému pacientovi uzamykatelný prostor.

Sdělení k uvedenému: ██████████, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň:

Došlo k vybavení prostor lůžkových stanic kliniky nábytkem se schránkami umožňujícími pacientovi využít uzamykatelný prostor. V současné době má k dispozici klíč od skříňky s ohledem na zdravotní stav 6 + 6 pacientů Psychiatrické kliniky FN. Souběžně s uvedeným mají k dispozici pacienti noční stolky s uzamykatelnou zásuvkou na osobní věci.

**Fotodokumentace:** Vybavení lůžkových stanic kliniky uzamykatelnými skříňkami



- **Opatření č. 21 – zajistit pacientům v omezení možnost důstojné signalizace k přivolání personálu.**

**Sdělení k uvedenému:** ██████████, náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň:

Všechny lůžkové stanice Psychiatrické kliniky FN, na kterých probíhá omezení pacientů, byla vybavena signalizačním mechanismem k přivolání zdravotnického pracovníka.

**Fotodokumentace:** ukázka bezdrátového signalizačního zařízení



- **Opatření č. 25: Nevyžadovat souhlas s použitím omezovacích prostředků v rámci souhlasu s hospitalizací.**

**Zdroj: Řízená dokumentace FN Plzeň – Informovaný souhlas s hospitalizací, verze 08, revize květen 2019.**

Po konzultaci s Oddělením zdravotního práva došlo k revizi informovaného souhlasu, oddělením souhlasu použití OP od základního souhlasu pacienta s hospitalizací a vytvoření prostoru pro svobodné vyjádření přání pacienta, viz příloha č. 2.

V hluboké úctě a s pozdravem,

MUDr. Václav Šimánek, Ph.D.  
ředitel Fakultní nemocnice Plzeň

*(elektronicky podepsáno)*

**Příloha č. 1:****FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111




Školení pro pracovníky ostrahy FN Plzeň, potencionálně zasahujících na  
Psychiatrické klinice

**Komunikace s osobou s duševním onemocněním, používání verbálních  
a manuálních technik zvládnání neklidných nebo násilných pacientů**

**Místo konání:** FN Plzeň Lochotín, PSYCH, seminární místnost 1

**Termín konání akce:** úterý 18. 6. 2019 od 11:00 hodin

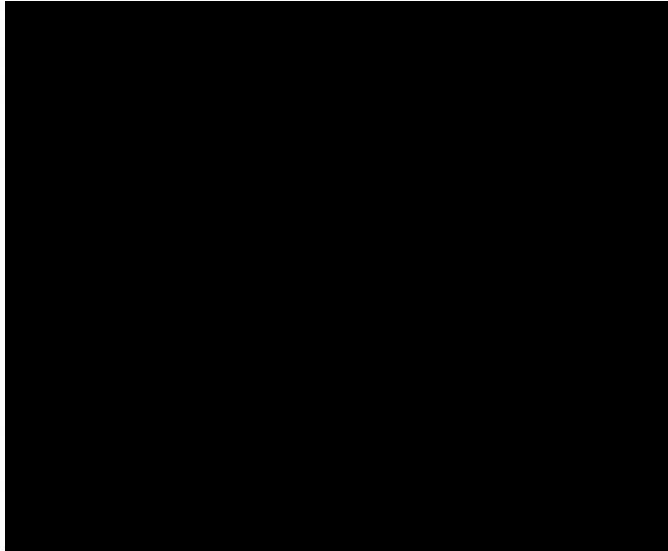
**Program školení:**

11:00 hodin	Prezence účastníků Zahájení semináře	 Přednosta PSYCH kliniky FN Plzeň  Bezpečnostní manažer FN Plzeň
11:00 - 13:00 hodin	Komunikace s osobou s duševním onemocněním, agitovaný pacient, deescalace, násilí, neverbální komunikace, verbální komunikace, vyjednávání, vyhodnocení situace, agrese, prevence, rizikové faktory, nefarmakologické intervence u násilného chování.	 Přednosta PSYCH kliniky FN Plzeň
13:00 - 14:00 hodin	Verbální a manuální techniky, zvládnání neklidných nebo násilných pacientů.	Zaměstnanci Zásahové jednotky Policie ČR

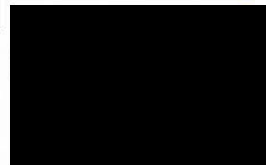
**Příloha:** Prezenční listina

## PRESENČNÍ LIDSTINA

Školení pracovníků ostrahy ke komunikaci s psychicky narušenými osobami a zajištění bezpečnosti své vlastní, zdravotního personálu a psychicky narušených osob, případně jejich okolí. 18.6.2019.



.....  
.....  
.....





## Příloha č. 2:



### FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....  
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): ..... / ..... Kód ZP: .....

Bydliště: .....

Zákonný zástupce: ..... Vztah: .....  
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: ..... Bydliště: .....  
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Důvod hospitalizace: .....

.....

.....

### POUČENÍ

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vašeho dítěte) vyžaduje poskytnutí zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně, a proto je pro její poskytnutí nutná hospitalizace.

Během hospitalizace ve FN Plzeň máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Máte právo vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu (mimo výjimek stanovených zákonem), popřípadě můžete určit, které osobě má být tato informace podána.

Máte též právo na určení osob, které mohou být informovány o Vašem zdravotním stavu (o zdravotním stavu Vašeho dítěte), současně můžete určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o Vaší osobě (o Vašem dítěti) ve FN Plzeň nebo do jiných zápisů vztahujících se k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte), požít si výpisy nebo kopie těchto dokumentů, zda mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb Vaší osobě v případě, že nebudete moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně. Máte také právo zakázat poskytování informací o Vašem zdravotním stavu (o zdravotním stavu Vašeho dítěte).

Všecké Vámi udělené souhlasy (popř. zákazy) můžete kdykoliv po přijetí do péče odvolat nebo změnit.

V případě, že budete chtít využít svých výše uvedených práv, kontaktujte prosím ošetřujícího lékaře, který Vám poskytne podrobné informace a příslušné formuláře k vyplnění.

**Tento souhlas s hospitalizací platí pro všechny překlady v rámci jedné hospitalizace ve FN Plzeň.**

### POUČENÍ O POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ

Během hospitalizace ve FN Plzeň mohou být použity omezovací prostředky, jejichž účelem je zejména odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti Vaší osoby (Vašeho dítěte).

S nezbytným použitím omezovacích prostředků během hospitalizace mé osoby (mého dítěte) souhlasím:

ANO  NE

### DŮLEŽITÉ INFORMACE

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

Dále si Vás dovolujeme upozornit, že při pobytu v naší nemocnici jste povinen/na řídit se Vnitřním řádem FN Plzeň, umístěným na veřejnosti přístupných místech v celém areálu naší nemocnice. Další Vaše práva a povinnosti jsou uvedena v informačním materiálu Práva a povinnosti pacientů, který je Vám k dispozici na všech zdravotnických pracovištích naší nemocnice.

## PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

### Prohlašuji, že:

- mě níže uvedený lékař/ka srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), o navrženém individuálním léčebném postupu a o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů a screeningových vyšetření,
- jsem mohl/a klást doplňující otázky, vztahující se k mému zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu mého dítěte) a k navrhovaným zdravotním službám, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno,
- jsem byl/a seznámena se svým právy souvisejícími s poskytováním informací o zdravotním stavu,
- jsem nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé (jeho) okolí, zejména rozšířením infekční choroby,
- jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a s hospitalizací **souhlasím**.

Informace uvedené v tomto souhlasu s hospitalizací týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

## POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....  
ZOK

.....  
podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin

.....  
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

**Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:**

### Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

- kývnutím hlavy  gestem: .....  očima  jinak: .....

Svěděk: .....

.....  
jméno a příjmení

.....  
podpis

(není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

**Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.**

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....  
ZOK

.....  
podpis

Svěděk: .....

.....  
jméno a příjmení

.....  
podpis

(není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)