



Psychiatrická nemocnice Bohnice

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Ústavní 91, 181 02 Praha 8
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitelka:	MUDr. Zuzana Barboríková, MBA
Typ zařízení:	psychiatrická nemocnice
Kapacita:	1 172
Datum návštěvy:	12. a 13. září 2023
Datum vydání zprávy:	13. prosince 2023
Návštěvu provedli:	Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Žuffová-Kunčová, MUDr. Jan Stuchlík, Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv



Obsah

Úvodní informace	4
Systematická návštěva a její cíl	4
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení	4
Charakteristika zařízení	6
Průběh návštěvy	6
Shrnutí	8
Zjištění a doporučení	9
1. Bezpečnost	9
1.1 Nežádoucí události.....	9
1.2 Násilí mezi pacienty	10
1.3 Signalizace od pacienta.....	10
2. Personál.....	11
2.1 Zajištění poskytované péče.....	11
2.2 Podpora personálu	12
2.3 Školení personálu, a to nejen o používání omezovacích prostředků	13
2.4 Přístup k pacientům	14
3. Soukromí a důstojnost pobytu	14
3.1 Oblečení pacientů	14
3.2 Ložnice pacientů, prostornost a možnost individualizace.....	16
3.3 Uzamykatelné prostory pro pacienty	18
3.4 Soukromí na toaletách a ve sprchách.....	18
3.5 Důstojnost pobytu v zařízení	20
4. Režim	21
4.1 Režim a seznámení pacientů s ním.....	21
4.2 Kontakt s vnějším světem	23
5. Péče	24
5.1 Důvodnost pobytu v nemocnici	24
5.2 Souhlas s léčbou.....	25
5.3 Pobyt na čerstvém vzduchu.....	27
5.4 Aktivity pro pacienty.....	29
5.5 Hygiena pacientů vyžadujících zvýšenou podporu při jejím provádění	30



5.6	Prevence pádu	31
5.7	Péče o pacienta s rizikem dekubitů	33
5.8	Zajištění nutriční péče.....	33
5.9	Paliativní péče	34
5.10	Specifika péče o pacienty s demencí	35
6.	Omezovací prostředky	39
6.1	K používání omezovacích prostředků v nemocnici.....	39
6.2	Rozhodování o použití a trvání omezení	43
6.3	Nezbytnost omezení a jeho trvání.....	43
6.4	Dokumentace omezení a dohled nad jeho průběhem	45
6.5	Zpětný rozbor omezení s pacientem	46
7.	Pojistky v průběhu hospitalizace.....	47
7.1	Pacient hospitalizovaný bez souhlasu	47
7.2	Stížnosti.....	47
	Přehled opatření k nápravě.....	50



Úvodní informace

Systematická návštěva a její cíl

Od roku 2006 veřejný ochránce práv plní **úkoly národního preventivního mechanismu** podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.¹

Proto **systematicky navštěvují místa (zařízení)**, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Psychiatrické nemocnice jsou jedním ze zařízení, jež mohu navštívit.²

Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením.³ Návštěvy probíhají zásadně neohlášeně a jejich provedením zpravidla pověřuji pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv (Kancelář),⁴ konkrétně právníky, odborníky z oblasti psychiatrie a psychiatrické sestry. Návštěva spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a klienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.⁵ Návštěvy jsou **preventivní, s cílem působit do budoucna** a zvyšovat standard poskytování psychiatrické péče.

Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení

Po každé návštěvě **sepiši zprávu. Většinou obsahuje návrhy opatření k nápravě.** Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k předcházení špatnému zacházení nebo jeho odstranění. **Zpráva nepopisuje zjištěnou správnou praxi zařízení** odpovídající dobrým standardům zacházení. **Soustředí se pouze na možné nedostatky.** Proto může působit velice nepříznivě a nevyváženě. Prosím čtenáře zprávy, aby na to pamatovali. Bez ohledu na závěry zprávy si vážím náročné práce všech zaměstnanců zařízení.

Zprávu pošlu zařízení se žádostí o vyjádření k popsáním zjištěním a navrženým opatřením.⁶ Pečlivě se zabývám sdělením (vysvětlením), které mi zařízení zašle.

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

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

3 Špatným zacházením se rozumí jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost a dosahuje určitého stupně závažnosti (samo o sobě, nebo při kumulativním účinku jednotlivých zásahů). V psychiatrických nemocnicích může mít špatné zacházení například podobu nezajištění bezpečí, nerespektování lidské důstojnosti, práva na soukromí, anebo podobu neodůvodněného používání omezovacích prostředků.

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

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

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



Navržená **opatření k nápravě** se liší svou naléhavostí, náročností a dobou potřebnou k provedení. Pro snazší orientaci obsahuje zpráva na konci **přehled** opatření k nápravě. Navrhuji také **termín provedení**.

- Bezodkladná opatření je třeba provést zpravidla do 7 dnů od obdržení zprávy. Není-li to možné, provedou se v nejkratší možné době. Za bezodkladná označuji opatření, která považuji za naléhavá a velmi důležitá, anebo opatření běžně snadno proveditelná.
- Opatření s delší lhůtou je třeba provést ve stanovené lhůtě, zpravidla do jednoho měsíce, tří měsíců, šesti měsíců nebo jednoho roku.
- Opatření s průběžným plněním navrhuji tam, kde je třeba zavést určitý pracovní postup nebo styl práce, nebo naopak něčeho se napříště zdržet. Očekávám, že zařízení opatření zavede co nejdříve a bude dbát na dodržování doporučené praxe.

Rád bych, aby zařízení ve vyjádření ke zprávě sdělilo, že (1) opatření provedlo a jak, nebo (2) kdy a jak opatření provede, nebo (3) navrhne jiné vhodné opatření a termín.

Pokud budu vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **považovat za dostatečná**, vyrozumím je o tom. Mohu si rovněž vyžádat doplňující vyjádření. Rozhodující je vysvětlení zjištěných pochybení, doložení opatření k nápravě či věrohodný příslib jejich provedení.

Pokud vyjádření zařízení nebo dalších oslovených orgánů **nebudu považovat za dostatečná**, vyrozumím o tom nadřízený úřad (vládu, není-li nadřízeného úřadu), případně informuji veřejnost.⁷ Rovněž mohu přijet na kontrolní návštěvu.

Po ukončení vzájemné komunikace **zveřejním anonymizovanou zprávu z návštěvy zařízení** (s výjimkou jmen osob pověřených vedením zařízení) a **obdržená vyjádření** v databázi Evidence stanovisek ochránce (ESO).⁸

Po dokončení řady návštěv zařízení téhož druhu **vydávám tzv. souhrnnou zprávu**. Tu také zveřejňuji a posílám ji příslušným orgánům veřejné moci. V souhrnné zprávě bez vazby na konkrétní zařízení shrnuji svá zjištění a doporučená opatření k nápravě, navrhuji systémová doporučení, případně vytvářím standard dobrého zacházení. Souhrnná zpráva může sloužit nenavštíveným zařízením jako vodítko k odstranění špatného zacházení a jeho předcházení.

⁷ Tzv. sankční opatření, u kterých se postupuje obdobně podle § 20 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

⁸ Evidence stanovisek ochránce (ESO) je dostupná z <https://eso.ochrance.cz>.



Charakteristika zařízení

Psychiatrická nemocnice Bohnice poskytuje péči pacientům v oblasti celého spektra psychiatrických onemocnění. Má kapacitu 1 172 lůžek.

V nemocnici se nacházejí celkem čtyři gerontopsychiatrická oddělení (10, 24, 29 a 34). Ačkoliv jsou všechna tato oddělení v režimu následné lůžkové péče, oddělení 29 a 34 jsou příjmová a poskytují i akutní péči. Zaměstnanci Kanceláře se v průběhu návštěvy zaměřili na oddělení 10 a 24, která jsou určena pro následnou péči.

Oddělení 10 je určeno pro pacienty se stanovenou diagnózou, nastavenou léčbou a stabilizovaným zdravotním stavem. Jedná se převážně o pacienty s diagnózou těžké demence, deprese nebo psychotické poruchy. Většina pacientů je na oddělení přeložena z příjmových oddělení gerontopsychiatrické péče. Menší část je přijata v režimu rehospitalizace nebo po propuštění z jiné nemocnice. Jsou zde léčeni jak muži, tak ženy.

Oddělení se nachází v samostatné jednopatrové budově o kapacitě 62 lůžek. V přízemí je 34 lůžek pro muže, v prvním patře je 28 lůžek pro ženy. V době návštěvy bylo na oddělení 60 pacientů. Omezenou svéprávnost mělo 10 pacientů a 19 pacientů neudělilo souhlas s hospitalizací. Nejstaršímu pacientovi na oddělení bylo 98 let a nejmladšímu 53 let. Medián ošetřovatelských dnů⁹ k 31. prosinci 2022 je u pacientů v přízemí 90 dnů, u pacientek v prvním patře 131 dnů.

Budova oddělení byla (pro potřeby seniorů) naposledy zrekonstruována v roce 2003.

Oddělení 24 je určeno pro pacienty se stanovenou diagnózou, nastavenou léčbou a alespoň částečně stabilizovaným zdravotním stavem. Jedná se převážně o imobilní pacienty s diagnózou těžké demence a závažnými somatickými stavy. Většina pacientů je na oddělení přeložena z příjmových oddělení gerontopsychiatrické péče. Menší část je přijata v režimu rehospitalizace nebo po propuštění z jiné nemocnice nebo jiného než gerontopsychiatrického oddělení. Jsou zde léčeni jak muži, tak ženy.

Oddělení se nachází v přízemí samostatné budovy. Má kapacitu 34 lůžek. V době návštěvy bylo na oddělení 33 pacientů. Omezenou svéprávnost mělo 6 pacientů a 10 pacientů neudělilo souhlas s hospitalizací. Nejstaršímu pacientovi na oddělení bylo 93 let, nejmladšímu 56 let. Medián ošetřovatelských dnů na oddělení k 31. prosinci 2022 byl 114 dnů.

Oddělení se má v roce 2024 přemístit do budovy současného oddělení 9.

Průběh návštěvy

Návštěvu provedly právničky Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. Petra Benáčková, Mgr. Cristina Boušková, Mgr. Tereza Žuffová-Kunčová a pověření experti z oboru psychiatrie MUDr. Jan Stuchlík a Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

⁹ Kvůli opakovaným hospitalizacím nemocnice nesleduje průměrnou dobu hospitalizace, ale medián ošetřovatelských dnů.



Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 12. a 13. září 2023. Ředitelka se o návštěvě dozvěděla při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře jí předali pověření k provedení návštěvy a vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Zaměstnanci Kanceláře navštívili gerontopsychiatrická oddělení 10 a 24. Hovořili s primářkou, lékaři, zdravotními sestrami, sanitáři, zdravotně-sociální pracovníci a s pacienty. Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkuji.



Shrnutí

Návštěva byla zaměřena na gerontopsychiatrická oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice, která poskytují následnou péči. **Nezjistil jsem, že by na navštívených odděleních docházelo ke špatnému zacházení.**

Za zásadní problém považuji stávající materiálně-technické zázemí oddělení 24. Na oddělení se nacházejí mnohálůžkové pokoje a zcela zde schází místnost pro trávení času a aktivity mimo ložnici, jídelna a návštěvní místnost. Pacienti tak během dne mohou trávit čas na pokoji nebo na chodbě. Očekávám, že tyto místnosti budou zajištěny v prostorách, kam se má oddělení v roce 2024 stěhovat.

Shledávám dále několik závažných nedostatků v oblasti soukromí a důstojnosti pobytu pacientů. Pacienti nenosili své vlastní oblečení, ale během dne pobývali v erárních pyžamech a županech. To považuji za nedůstojné a nežádoucí, neboť to podporuje status nemocného a nijak to nepřispívá k zachování či rozvoji kompetencí. Erární prádlo se navíc při každém praní mezi pacienty mění. Na pokojích se nenachází dostatek úložného prostoru, a pacienti tak musí mít osobní věci uloženy ve skladu. Pacientům jsou k dispozici pouze noční stolky, které navíc nejsou uzamykatelné.

Oddělení nejsou dostatečně vybavena pro ochranu před vpády do intimity pacientů. Většina toalet a všechny koupelny byly neuzamykatelné. Koupelnu navíc někdy využívá více pacientů naráz, ačkoliv od sebe sprchy nejsou vizuálně odděleny a není zde oddělen prostor pro chystání do sprchy.

V oblasti péče považuji za problematické zajištění pobytu na čerstvém vzduchu, který u většiny pacientů závisí na časových možnostech personálu, případně rodiny. Na odděleních není dostupný strukturovaný program pro pacienty. Aktivity probíhají pouze dvakrát týdně a jsou nepředvídatelné, neboť na oddělení není dostupný rozvrh toho, co se bude konat. Opatření k nápravě formuluji také ve vztahu k celkové koupeli, která u trvale ležících pacientů není zajištěna alespoň dvakrát týdně.

Zjistil jsem pouze slušný a vstřícný přístup personálu k pacientům. Zároveň podporuji nemocnici v tom, aby personálu zajistila pravidelné školení na používání omezovacích prostředků i specifika péče o pacienty s demencí.

V oblasti používání omezovacích prostředků považuji za rizikové zejména to, že nemocnice vždy přesně nerozlišuje mezi tím, kdy psychofarmaka podává jako omezovací prostředek a kdy jako součást tzv. fakultativní medikace. S ohledem na ztrátu záruk pojičích se s režimem omezovacího prostředku, jako jsou rozhodování lékařem a centrální evidování, **konstatuji riziko špatného zacházení s pacientem, kterému byla opakovaně podávána tlumící psychofarmaka v průběhu více než jednoho měsíce.** Není přitom zřejmé, zda personál zjišťoval důvody jeho neklidu a snahy opustit lůžko a zda se pokoušel opakovanému podání psychofarmak předejít.

V oblasti pojistek proti špatnému zacházení formuluji doporučení k posílení stížnostního mechanismu.



Zjištění a doporučení

1. Bezpečnost

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

Z práva na život a ze zákazu špatného zacházení plyne povinnost přijímat adekvátní opatření k ochraně života a osobní integrity (pacientů i personálu) před předvídatelnými zdroji nebezpečí.

Pokud se konkrétní člověk ocitne v konkrétním ohrožení, je povinností nemocnice za pomoci přiměřených opatření učinit vše, co je možné od ní rozumně očekávat, aby zabránila naplnění určitého bezpečnostního rizika.¹⁰ Povinnost státu ochránit pacienty před útoky ze strany třetích osob vzniká v případě, že státní orgány věděly nebo měly vědět o existenci skutečného a bezprostředního nebezpečí. **V případě pacienta v detenci¹¹ je postup nemocnice přičitatelný státu, protože zadržováním osob proti jejich vůli nemocnice vykonává státní moc.**

1.1 Nežádoucí události

Podle § 47 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách je poskytovatel povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.¹² Každá událost, která má za následek zejména ohrožení zdraví a života pacientů nebo personálu (nežádoucí událost), musí vést k internímu šetření za účelem zhodnocení možnosti zmírnění rizika opakování takové události. Poskytovatel také musí zavést nesankční systém hlášení a řešení nežádoucích událostí včetně možnosti anonymního hlášení.

Za účelem zhodnocení bezpečnosti v nemocnici si zaměstnanci Kanceláře vyžádali přehled nežádoucích událostí od roku 2021 do dne konání systematické návštěvy. Z vyžádané evidence vyplývá, že nejčastější nežádoucí událostí jsou pády¹³ a dekubity.¹⁴ V ojedinělých případech se jednalo o volání policie či zranění pacienta. Mimo to je zaznamenán jeden pokus o sebevraždu.

10 Tyto požadavky vyvozují z rozsudku Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Fernandes de Oliveira proti Portugalsku* ze dne 31. ledna 2019, stížnost č. 78103/14.

11 Detenci rozumím zadržování osob proti jejich vůli. Ve vztahu k lidem s duševním onemocněním se tak nejedná jen o zabezpečovací detenci, ale i o pacienty v ochranném léčení v ústavní formě a pacienty hospitalizované bez souhlasu nebo pacienty držené v izolaci z protiepidemických důvodů.

12 Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení uveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví ve věstníku. Viz Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Dostupné zde: https://www.svl.cz/files/files/Zpravy/Vestnik-MZ_13-2021.pdf.

13 Nemocnice za uvedené období eviduje 272 pádů na oddělení 10 a 143 pádů na oddělení 24.

14 Nemocnice za uvedené období eviduje 203 dekubitů na oddělení 10 a 143 dekubitů na oddělení 24.



Nemocnice má propracovaný systém zaznamenávání a vyhodnocování nežádoucích událostí. Interní předpis *Hlášení nežádoucích událostí* vymezuje, co je nežádoucí událostí, a stanoví pravidla pro její hlášení a dokumentování (včetně přijatých bezprostředních opatření). Dále upravuje například posuzování závažnosti událostí, jejich vyhodnocování (stanovení odpovědné osoby, intervalu vyhodnocování, šetření nežádoucích událostí) a systémová opatření. Personál navštívených oddělení eviduje nežádoucí události elektronicky a konkrétní události probírá při poradách na oddělení. Evidenci nežádoucích událostí pravidelně vyhodnocuje komise pro šetření nežádoucích událostí. Ta zpracovává zpětnou vazbu o trendech (růst/pokles v procentech) jednotlivých typů událostí a předává ji personálu konkrétních oddělení. Mimo to může rozhodnout o bližším prošetření konkrétní události.

K systému evidování a vyhodnocování nežádoucích událostí nemám výhrady.

1.2 Násilí mezi pacienty

Napadení v prostředí, kam se pacient uchýlil pro pomoc nebo je v něm držen proti své vůli, může snadno vyvolat intenzivní pocit ohrožení. Nemocnice proto musí aktivně předcházet konfliktům mezi pacienty a poskytovat podporu případným obětem.

Oslovení pacienti uvedli, že se v nemocnici cítí bezpečně, což rád konstatuji. Personál neuvedl, že by k napadení mezi pacienty nebo k násilí na nich docházelo. Ojedinele mezi pacienty dochází k nadávkám a slovním konfliktům nebo incidentům, kdy jeden pacient vezme jinému jídlo. To personál řeší individuálně, domluvou s pacienty.

1.3 Signalizace od pacienta

Pacient by měl mít možnost přivolat si personál důstojným způsobem. Za vhodné považuji, když jsou koupelny a toalety vybaveny signalizačními tlačítky, a to zejména na odděleních, kde jsou hospitalizováni pacienti se zvýšeným rizikem pádu. Tlačítka by měli mít k dispozici i pacienti, kteří mají zdravotním stavem omezenou hybnost. Tlačítka mohou být jak pevná, tak přenosná.

Na oddělení 24 nebyla signalizace, kterou by si pacienti mohli přivolat personál v případě potřeby. Na oddělení 10 se nacházela signalizace u většiny lůžek. Považuji však za problematické, že byla ukotvena ve zdi (často za hlavou pacientů). Řada pacientů má omezenou mobilitu a nemusí na ni dosáhnout. Na toaletách a v koupelnách signalizace nebyla.

Pokud pacienti nemají k dispozici signalizaci k přivolání pomoci, musejí o pomoc volat křikem. Personál také výslovně uvedl, že někteří pacienti volají křikem o pomoc z toalety, pokud mají obtíž se zvednout z toalety. Upozorňuji, že volání o pomoc může být obtěžující pro ostatní pacienty. Navíc, ne všichni pacienti musejí být schopni komunikovat verbálně, případně je personál nemusí přes zavřené dveře slyšet.



Obrázek 1 – Signalizace za lůžkem

Jsem si vědom, že ne všichni pacienti jsou s ohledem na svůj zdravotní stav schopni signalizaci ovládat. Oddělení by však mělo být dostatečně vybaveno, aby pacienti, kteří jsou schopni signalizaci ovládat, tuto možnost měli. Z tohoto důvodu považuji za vhodné, aby oddělení mělo k dispozici přenosná tlačítka, která může nabídnout pacientům, u nichž je to například z hlediska zhoršené mobility vhodné. Tlačítka by měly být vybaveny i koupelny a toalety, a to v takové výšce, aby tlačítko mohl použít také pacient, který upadl na zem.

Opatření:

- 1) Zajistit pacientům dostupnou signalizaci k přivolání personálu, a to zejména pacientům s omezenou hybností, a na toaletách a ve sprchách (do 6 měsíců).**

2. Personál

Zaměřil jsem se i na počet personálu na navštívených odděleních, jeho vzdělání v oblasti používání omezovacích prostředků a na dostupnost supervize.

2.1 Zajištění poskytované péče

Zhodnotil jsem, zda je naplněn minimální standard stanovený vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (personální vyhláška). Tento standard však představuje naprosté minimum.

Nemocnice zaměstnancům Kanceláře poskytla seznam zdravotnických pracovníků s přehledem úvazků, kterými jsou obsazeny konkrétní pracovní pozice. Z pohledu počtu úvazků jsou požadavky personální vyhlášky na obou navštívených odděleních naplněny. Z poskytnutého seznamu zdravotnických pracovníků vyplývá, že na odděleních pracují praktické sestry a všeobecné sestry. Není však jasné, zda a kolika úvazky je obsazena pozice psychiatrické sestry.



Z tohoto důvodu doporučuji, aby nemocnice podporovala své zaměstnance v doplnění specializace v potřebném rozsahu.

Podle sdělení personálu jsou na oddělení 10 během dne čtyři sestry a čtyři sanitáři, v noci jsou na oddělení dvě sestry a jeden nebo dva sanitáři. Personál uvedl, že na oddělení by bylo potřeba posílit ošetrovatelský personál, a to zejména na ranní službě a během provádění hygieny. Z rozhovorů vyplynulo, že v současném počtu personál zvládá ošetrovatelskou péči, ale nezbývá čas se pacientům věnovat terapeuticky nebo například zajišťovat pobyt na vzduchu každý den (tomu se více věnuji v [podkapitole 5.3](#)).

Na oddělení 24 jsou během dne čtyři sestry a tři sanitáři, v noci je na oddělení jedna sestra a jeden sanitář. Personál rovněž uvedl, že by bylo potřeba posílit ošetrovatelský tým během denní služby, neboť sanitáři mimo jiné doprovázejí pacienty mimo nemocnici a oddělení je během této doby oslabeno.

Domnívám se, že personální zajištění by bylo vhodné posílit nejen přes den, ale i v noci, kdy je na oddělení okolo 15 pacientů na jednoho pracovníka. To neodpovídá náročnosti ošetrovatelské péče o gerontopsychiatrické pacienty. Je správné, že personál si v případě potřeby může přivolat pomoc pracovníků z centrálního příjmu. Oddělení by nicméně mělo být personálně vybaveno tak, aby zvládalo péči o pacienty vlastními silami.

Ředitelka nemocnice uvedla, že si je vědoma, že minimální personální standard je nutné překračovat. Oceňuji, že staniční sestry každého oddělení za tímto účelem zpracovávají optimální personální standard jednotlivých odborností, který se postupně snaží (s ohledem na finanční možnosti a dostupnost pracovníků na trhu práce) naplňovat.

Lékařská péče je zajištěna 1,7 úvazky na oddělení 24 a 4,05 úvazky na oddělení 10. Odpoledne po 15:30 hod., v noci a o víkendu je v nemocnici k dispozici několik žurnálních lékařů. Na odděleních dále působí zdravotně-sociální pracovníci a dochází fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut a logoped. Psycholog na odděleních nepůsobí, ale v případě potřeby jej lze zajistit z jiných oddělení.

Opatření:

- 2) Usilovat o navýšení ošetrovatelského personálu s cílem posílit denní i noční směnu (průběžně).**

2.2 Podpora personálu

Jsem přesvědčen, že práce na psychiatrickém lůžkovém oddělení je natolik náročná, že potřeba supervize panuje na všech odděleních. V případě napadení by měla být dostupná také individuální podpora například v podobě krizové intervence napadenému pracovníkovi, a to nejlépe externím dodavatelem, aby nevznikaly paralelní vztahy (kolega – kolega a klient – terapeut).

Dle sdělení ředitelky má nemocnice nasmlouvané externí supervizory a je schopna supervizi zajistit, pokud o ni oddělení požádá, a to i jednorázově (např. po konkrétní události).



Lékaři z obou oddělení mají supervizi pravidelně,¹⁵ přičemž účast je dobrovolná a počítá se do pracovní doby. Ošetřovatelský personál ani z jednoho oddělení supervize nemá. Oslovený personál nevyjadřoval její potřebu. Jeden pracovník uvedl, že supervize pro ošetřovatelský personál v minulosti k dispozici byly, ale neosvědčily se, neboť se informace ze skupinových supervizí vynášely.

Rozumím tomu, že některý personál po předchozí zkušenosti pozbyl důvěru ve skupinovou supervizi. **Z tohoto důvodu doporučuji, aby vedení ošetřovatelskému personálu aktivně nabízelo také možnost využít individuální supervizi či jinou formu podpory.**

2.3 Školení personálu, a to nejen o používání omezovacích prostředků

Z práva pacienta obdržet zdravotní péči na náležité odborné úrovni¹⁶ a z povinnosti poskytovatele ji zabezpečit a vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů i zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb¹⁷ vyvozují povinnost poskytovatele tuto odbornou úroveň zajistit pravidelnými školeními personálu. *Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků*¹⁸ uvádí, že zdravotnický personál oddělení, kde se používají omezovací prostředky, by měl být alespoň jednou ročně školen v deeskalačních technikách, v postupech šetrné aplikace omezovacích prostředků a základech sebeobrany.

Personál uvedl, že mají k dispozici různá školení, například na hojení ran, prevenci pádu, první pomoc či hygienu rukou. Podle sdělení personálu školení zaměřené na používání omezovacích prostředků absolvují zejména nově nastupující sestry. Z poskytnutého přehledu vyplývá, že za rok 2021 byl z oddělení 10 proškolen na používání omezovacích prostředků jeden pracovník, za rok 2022 čtyři pracovníci, za rok 2023 dva pracovníci. Na oddělení 24 byli proškoleni dva pracovníci v roce 2022.

Respektuji, že na navštívených odděleních se omezovací prostředky nepoužívají tak často jako například na příjmovém oddělení. Bez pravidelného nácviku však nemusí být personál schopen provést omezení bezpečně a šetrně, a to tím spíše, pokud si správné postupy nepřipomíná v každodenní praxi.

Opatření:

3) Pravidelně [alespoň jednou ročně] školit všechny pracovníky, kteří se mohou podílet na omezení pacienta, ve využívání omezovacích prostředků (průběžně).

Dále ve zprávě se věnuji školení na přístup k pacientům s demencí (viz [podkapitolu 5.10](#)).

15 Ohledně frekvence supervizí jsem získal odlišné odpovědi. Podle jednoho pracovníka je 1x měsíčně, podle jiného pracovníka 4x ročně.

16 Viz § 28 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

17 Viz § 45 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

18 Viz čl. 3 písm. b) *Metodického doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, Věstník 4/2018 [cit. 6. října 2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15323/36080/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%204-2018.pdf> (Metodické doporučení ministerstva).



2.4 Přístup k pacientům

Je úkolem vedení usilovat o dobrou úroveň organizační kultury. Do tohoto úsilí je zapotřebí zapojovat vedoucí pracovníky všech úrovní, protože určitá organizační kultura vznikne v každém zařízení a aktivní přístup vedoucích pracovníků může zajistit její pozitivní ráz. Je povinností vedení zajistit, aby v kontextu náročné péče a permanentního tlaku na pečující personál neskouzl přístup k pacientům k dehumanizaci či atmosféře moci.¹⁹

Zaměstnanci Kanceláře zaznamenali v průběhu návštěvy pouze vstřícný a milý přístup k pacientům. Někteří pracovníci však používali nevhodné výrazy jako například „papat, krmit“ nebo „napájení pacientů“. Personál by s dospělými pacienty zásadně neměl hovořit jako s dětmi.

Jedna pacientka dále uvedla, že zaslechla personál, jak komentuje potřebu výměny inkontinenční pomůcky jiné pacientce slovy „zase je po...“. Nemohu ověřit pravdivost tohoto tvrzení, apeluji však na personál, aby k pacientům přistupoval s úctou a respektem.

Opatření:

- 4) **Usilovat o vysokou úroveň organizační kultury, z pozice vedoucích pracovníků sledovat přístup zdravotníků k pacientům a adekvátně reagovat na případné poklesky (průběžně).**

3. Soukromí a důstojnost pobytu

Právo na soukromí je základním lidským právem, je chráněno nejen Listinou základních práv a svobod, ale i řadou mezinárodních smluv garantujících lidská práva a také zákonem.²⁰ Mnohé jeho aspekty velmi úzce souvisejí s lidskou důstojností. Nedostatečný pocit soukromí nebo nedůstojnost podmínek pobytu se snadno stane zdrojem frustrace. Zaměřuji se proto i na úroveň soukromí a důstojnost podmínek v nemocnici.

3.1 Oblečení pacientů

Pacient má mít osobní oblečení, a to nejlépe vlastní. Vlastní oděv je důležitým projevem naší individuality a jeho odejmutí může vést k uniformitě až dehumanizaci. Pokud pacient vhodné oblečení nemá, má mu být poskytnuto erární oblečení, které po dobu hospitalizace nosí pouze on. Pokud pacient po každém praní obdrží jiné oblečení, může to snadno vést k pocitu méněcennosti.²¹ Vlastní oblečení hraje důležitou roli u pacientů s demencí, kterým pomáhá déle si uchovat vlastní identitu a jedinečnost.²²

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

20 Viz § 28 odst. 3 písm. a) a k) a další ustanovení zákona o zdravotních službách.

21 Viz rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Stanev proti Bulharsku* ze dne 17. ledna 2012, stížnost č. 36760/06. Bod 209.

22 TWIGG, Julia. Clothing and dementia: A neglected dimension? *Journal of Aging Studies*. 2010, 24(4), 223–230. ISSN: 0890-4065.



Všichni pacienti byli během návštěvy oděni v erárních pyžamech a županech, a to i během dne. Na oddělení pobývali trvale ležící pacienti, ale i pacienti mobilní (samostatně či s dopomocí). Ojedinele měli někteří pacienti také část vlastního oblečení, např. mikinu. Vlastní oblečení pacientů není zakázáno, ale běžně se pacientům při příjmu nabízí erární pyžamo a župan. K dispozici je také erární denní oblečení. To personál pacientům nabízí např. na vycházku, pokud pacient nemá vlastní. Jeden pacient však uvedl, že i na společnou procházku v areálu nemocnice chodí pacienti běžně oděni v pyžamu a županu.

Vlastní oblečení pacientů je uloženo ve skladu a pacientům se vydává na požádání a na vycházku. Podle sdělení personálu se erární oblečení preferuje zejména z provozních důvodů (obava ze ztráty osobních věcí, záměny při praní). Navíc, pacienti na pokojích nemají úložný prostor, kam by své věci mohli dát (tomuto se věnuji více v [podkapitole 3.3](#)).

Vnitřní řád nemocnice uvádí, že není-li z lékařského hlediska námitek, pacienti mohou užívat vlastní prádlo a obuv. Takový přístup považuji za správný. Naopak domácí řád oddělení 10 uvádí, že pacienti na tomto oddělení nosí ústavní prádlo. Po dohodě mohou používat vlastní prádlo, ale blízcí pacienta musí zajistit jeho výměnu a praní.

Upozorňuji, že povinnost nosit erární oblečení popírá individualitu pacientů a jejich možnost volby oblečení, v kterém chtějí trávit den. V případě pacientů, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt v lůžku, je pak nežádoucí, aby trávili celý den v pyžamu, neboť to podporuje status nemocného a nijak to nepřispívá k zachování či rozvoji kompetencí. Řada pacientů navíc v zařízení pobývá i několik let, a pokud tráví celý den v pyžamu, může u nich docházet ke ztrátě společenských návyků, splývání denních dob atd.

Erární oblečení se pere centrálně a při každém praní se mění. To znamená, že pacient nemá přiděleno vlastní erární oblečení, ale při každém praní dostane jiné. To se netýká spodního prádla. Podle sdělení personálu má většina pacientů inkontinenční pomůcky a spodní prádlo nepoužívá. Pokud pacient nosí spodní prádlo, praní zajišťuje rodina nebo se pere v „miniprádelně“ v nemocnici.

Považuji za nepřijatelné, když je pacientům znemožněno nosit vlastní oblečení s poukazem na to, že by se mohlo při praní ztratit nebo zaměnit. Pacient (případně ve spolupráci s osobou pomáhající mu s rozhodováním) má sám zvážit riziko ztráty oblečení a nemocnice ho na ně má případně upozornit a nabídnout mu oblečení ze zásob nemocnice. Je však namístě pacienty a jejich okolí co nejvíce podporovat v tom, aby po dobu hospitalizace pacienti měli dostatek vlastního oblečení. Pokud nelze zajistit praní vlastního oblečení v nemocnici (byť za úplatu) a pacientům ho nemá ani kdo vyprat, měla by nemocnice pacientům, pokud si to přejí, pomoci sjednat praní oblečení s externí službou.

Pokud pacient nemá vlastní oblečení, musí mu ho poskytnout nemocnice. Nemám pak výhrady k tomu, když nemocnice poskytnutí a udržování oblečení přiděleného pacientovi po celou dobu hospitalizace přiměřeně nákladům zpoplatňuje. Pacientům bez vlastního oblečení, kteří v nemocnici pobývají dlouhodobě, je namístě označit jim přidělené oblečení na vnitřní straně nažehlovacím páskem s jejich jménem, aby mohli stejný oděv používat po celou dobu hospitalizace. Nažehlení pásku může nemocnice nabízet i pacientům vybaveným vlastním oblečením, pokud hrozí jeho ztráta či záměna.



Opatření:

- 5) **Pacientům, kteří nemají vlastní oblečení, poskytovat individualizované erární oblečení [včetně denního], které po dobu hospitalizace bude nosit pouze on (do 6 měsíců).**
- 6) **Pacientům, kteří mají vlastní oblečení, je dovolit nosit a v tomto ohledu upravit také domácí řád oddělení 10 (do 3 měsíců).**
- 7) **Pacientům, kterým praní prádla nezajišťuje rodina, nabízet jiné způsoby praní, být za úplatu, např. centrální praní oblečení označeného z vnitřní strany, praní v „miniprádelně“ nemocnice či sjednání externí služby (průběžně).**

3.2 Ložnice pacientů, prostornost a možnost individualizace

Pokoje mají být maximálně čtyřlůžkové²³ nebo třílůžkové.²⁴ Při překročení tohoto počtu lůžek se vytrácí jakékoliv soukromí. V extrémních případech by jeho naprostá absence po dlouhou dobu mohla být hodnocena jako špatné zacházení. V rámci reformy péče o duševní zdraví jsou jako stav, k němuž má psychiatrická péče směřovat, předpokládány jednolůžkové pokoje.²⁵ Na nově otevřených psychiatrických odděleních, která pracovníci Kanceláře navštívili, byly zpravidla dvoulůžkové pokoje s možností ubytování některých pacientů samostatně. Co se týče plochy, minimálním platným standardem pro akutní i následnou péči je plocha 5 m² na lůžko a 8 m² na pokoj.²⁶

Na oddělení 10 se nacházelo deset pokojů v přízemí a sedm pokojů v prvním patře. Pokoje v přízemí byly jednolůžkové (2x), třílůžkové (4x) a pětilůžkové (4x). Pokoje v prvním patře byly dvoulůžkové (3x), třílůžkové (1x) a čtyřlůžkové (3x). Na oddělení 24 se nacházelo šest pokojů. Pokoje byly čtyřlůžkové (3x), sedmilůžkové (2x) a osmilůžkové (1x).

Přestože všechny pokoje splňují minimální požadavky plochy 5 m² na lůžko, **mnohalůžkové pokoje nevyhovují současným standardům terapeutického prostředí.** Neposkytují pacientům dostatečné soukromí a klid, a mohou tak mít i protiléčebný účinek nebo ohrožovat jejich bezpečnost.²⁷ S tím také souvisí, že v mnohalůžkových pokojích není dostatek prostoru pro uložení osobních věcí pacientů.

Uvědomuji si, že rozdělení velkokapacitních pokojů na dvoulůžkové až čtyřlůžkové je požadavek finančně a časově náročný. Jedná se však o nezbytný krok pro pozvednutí ubytovacích

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

24 Reforma péče o duševní zdraví. Příloha standardu akutní lůžkové psychiatrické péče [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-02/Příloha%20standardu%20akutní%20lůžkové%20psychiatrické%20péče_0.pdf [cit. 26. října 2023].

25 Reforma péče o duševní zdraví. Doporučený postup: Vodítka pro naplňování kvality péče [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny-postup-voditka-pro-naplňování-kvality-pece> [cit. 26. října 2023].

26 Viz čl. 1 bod 3 přílohy č. 4 vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

27 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě, kterou výbor vykonal ve dnech 1. až 10. dubna 2014, CPT/Inf(2015)18 [online]. Štrasburk: CPT, 2015 [cit. 22. října 2023]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168069568d>, bod 154.



podmínek a zajištění terapeutického prostředí, k jehož dosažení by mělo vedení zařízení směřovat. S ohledem na skutečnost, že oddělení 24 se má v roce 2024 stěhovat do jiné budovy, respektuji, pokud nemocnice nebude činit změny v současné budově. **Apeluji však na to, aby nemocnice standard maximálně čtyřlůžkových (ideálně dvojlůžkových) ložnic zajistila na oddělení 10 a v budově, do které se oddělení 24 bude stěhovat.**

V některých pokojích se mezi lůžky pacientů nacházely mobilní zástěny. Personál uvedl, že zástěny využívá k zajištění soukromí během hygieny na lůžku, případně jimi zajišťují soukromí pacientovi, který umírá. Jeden pracovník uvedl, že by bylo vhodné na pokoje pacientů umístit závěsy na teleskopické tyči, se kterými se jednodušeji manipuluje (a mohl by je tak ovládat jak personál, tak mnozí pacienti). Pracovník si nebyl jistý, zda tyto závěsy není možné pořídit kvůli financím nebo z důvodu, že se jedná o potenciální závěsný bod.

Teleskopický držák na závěsy mezi lůžky nepovažuji za nebezpečný prvek na oddělení následné péče, kde se běžně nenacházejí pacienti v akutním stavu. Setkal jsem se s nimi na gerontopsychiatrických odděleních v jiném zařízení a nezjistil jsem, že by byly pro pacienty nebezpečné. **Doporučuji proto nemocnici, aby pořízení závěsů na teleskopických držácích mezi lůžky zvážila. Do té doby považuji za vhodné, aby personál důsledně využíval mobilní zástěny a pacientům jejich umístění aktivně nabízel pro případ, že budou chtít soukromí od ostatních pacientů (tedy nikoliv jen při ošetřovatelských úkonech).**

Opatření:

- 8) **Snížit kapacitu mnohalůžkových pokojů na maximálně 4 lůžka (ideálně na 2 lůžka), a to takovým způsobem, aby pacienti na vícelůžkových ložnicích měli co nejvíce soukromí [např. zajištěním závěsů] a v budoucnu bylo možné nadále snižovat kapacitu pokojů (do 1 roku).**

V jiných nemocnicích si pacienti mohli u lůžka vylepit vytisknuté fotografie, dovést si z domova menší polštář či mít na polici vlastní knihy nebo drobné předměty. Individualizace prostoru, v němž člověk pobývá, usnadňuje rozeznání svého lůžka a zvyšuje pocit bezpečí. O případném riziku zničení či ztráty předmětů má nemocnice pacienty poučit, nemá ale činit rozhodnutí za ně.

Pokoje pacientů byly individualizovány jen minimálně, mnohdy byly bez jakékoliv výzdoby a osobních věcí pacientů. V ojedinělých případech měli pacienti u lůžka fotografii nebo plyšáka, zpravidla však mimo zorné pole ležících pacientů. Někteří pacienti uvedli, že nemocnice nepreferuje, aby si pacienti vybavovali pokoj osobními věcmi.

Strohost prostředí a nemožnost individualizovat si vlastní prostor v pokoji obecně nepovažuji za správné, tím spíše pak v zařízeních, kde mohou být pacienti hospitalizováni dlouhodobě. Nemocnice by naopak měla aktivně pacienty podporovat v tom, aby si svůj prostor individualizovali. Mimo jiné to může pacientům usnadnit rozeznání vlastního lůžka či zlepšit boj se smutkem.

Opatření:

- 9) **Podporovat pacienty v individualizaci svého prostoru v pokoji (průběžně).**



10) Upravit zorné pole trvale ležících pacientů, tak aby bylo podnětné (průběžně).

3.3 Uzamykatelné prostory pro pacienty

Kromě toho, že pacient má mít k dispozici noční stolek a úložný prostor na věci, má být něco z toho uzamykatelné, aby si mohl subjektivně důležité věci zamknout a mít je v bezpečí před ostatními pacienty.

Uzamykatelné skříňky považuji za standard tam, kde není jejich přítomnost pro pacienta ohrožující. Klíč od skříněk má být vydán všem pacientům, kteří ho dokáží bezpečně používat a není to v rozporu s jejich zdravotním stavem. Klíč nemusí být pacientovi vydán po individuálním zhodnocení rizik spojených s jeho vydáním; takovému pacientovi musí být dostupné bezpečné uložení věcí u personálu s možností přístupu k nim.

Pacienti obou oddělení si mohou uložit své věci na pokoji pouze v nočním stolku, který navíc nelze zamknout. Na pokojích nejsou k dispozici šatní skříně, a vlastní oblečení tak mají uloženo ve skladu. To neodpovídá přiměřeným životním podmínkám.²⁸ Cennosti si mohou na požádání uložit do úschovy nemocnice. Personál uvedl, že pacienti nemají možnost si věci zamknout, protože tomu není přizpůsobeno vybavení pokojů. Někteří pacienti by údajně byli schopni manipulovat s klíčem a například noční stolek si uzamknout, pokud by taková možnost byla. Personál navíc uvedl, že občas někteří dezorientovaní pacienti přenášejí věci jiných pacientů.

Uzamykatelné skříňky považuji za běžné vybavení, se kterým se v psychiatrických zařízeních setkávám, a nemocnice by je měla zajišťovat. Nejde jen o uložení cenností, ale o bezpečné uložení věcí běžné potřeby, jejichž hodnota je zejména osobní.

Co se týče úložného prostoru na oblečení pacientů, považuji za vhodné, aby pacienti měli přístup ke svému oblečení bez požádání personálu. Nelze-li takový prostor zajistit přímo na pokoji pacientů, považuji za minimum, aby byl alespoň v uzamykatelné skříni jinde na oddělení a pacienti měli klíč u sebe, pokud je to v jejich možnostech.

Opatření:

- 11) Zajistit každému pacientovi uzamykatelný prostor přímo na pokoji a vybavit oddělení také uzamykatelným nábytkem pro uložení oblečení pacientů. Pacientům, jejichž zdravotní stav to nevyklučuje, poskytnout klíč (do 6 měsíců).**

3.4 Soukromí na toaletách a ve sprchách

Standardem musí být, že pacient provádí osobní hygienu a tělesnou potřebu v klidu, aniž je vystavován náhlým vpádům do své intimity. Vhodným opatřením je vybavení kabiněk zavíracím mechanismem, který ale může personál zvenčí otevřít, pokud je to například z bezpečnostních důvodů potřeba.

²⁸ Reforma péče o duševní zdraví. Právo na přiměřenou životní úroveň [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví, 2022 [cit. 16. října 2023]. Dostupná <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-08/2VK01v00.pdf>, bod 1.2.6.



Na oddělení 24 byly pro pacienty toalety společné pro pokoj a koupelna společná pro oddělení. Toalety nebylo možné uzamknout. V koupelně se pacienti nezamykají, neboť se umývají buď s pomocí sestry, nebo bez pomoci, ale dva pacienti současně.

Na oddělení 10 byly toalety společné pro pokoj. Některé pokoje měly i vlastní sprchu. V přízemí i v 1. patře se navíc nacházely společné toalety a koupelna. Toalety na pokojích pacientů nebyly uzamykatelné. Společné toalety v prvním patře byly uzamykatelné otočným zámkem, v přízemí měly zámkové od společných toalet upilované západky. Podle sdělení personálu se v době návštěvy sprchy na pokojích pacientů nevyužívaly, všichni pacienti se koupali či sprchovali ve společné koupelně na oddělení. V koupelnách se pacienti uzamknout nemohou. Hygiena probíhá buď s pomocí personálu, nebo alespoň s přítomností sester za dveřmi, aby se např. v případě pádu mohl personál k pacientovi pohotově dostat.

Považuji za nutné, aby nemocnice zajistila soukromí na toaletách. Jako vhodné řešení považuji otočné zámkové, které se nacházejí na společných toaletách v 1. patře oddělení 10. Otočné zámkové pacientům umožňují se na toaletě zamknout a personál má možnost je v případě nutnosti odemknout zvenčí. S ohledem na to, že na odděleních běžně pobývají také pacienti, kteří jsou schopni se umývat samostatně, považuji za vhodné stejnými zámkovými vybavit rovněž koupelny.

V koupelnách na obou odděleních jsou alespoň dvě sprchy, které od sebe nejsou nijak vizuálně odděleny. Na oddělení 10 je v koupelně v přízemí také vana, která rovněž není vizuálně oddělena od zbytku koupelny. V koupelnách není ani oddělený prostor pro chystání do sprchy či vany. Na oddělení 24 se přitom sprchují, byť dobrovolně, i dva pacienti naráz. Na oddělení 10 celková hygiena více pacientů současně neprobíhá. Jeden pacient však uvedl, že někdy během koupání personál jiného pacienta v koupelně holí, přičemž vidí jeden na druhého. Jiný pacient uvedl, že se v koupelně občas jeden pacient umývá a mezitím se jiný pacient chystá do sprchy. Dveře od koupelny navíc nejsou zavřené a ve dveřích je jen zástěna, aby se pacienti mohli průběžně střídát.

Společné využívání koupelny bez použití zástěny či závěsu nepovažuji za vhodné, neboť vede ke snižování důstojnosti pacientů. Také to neodpovídá povinnosti nemocnice vytvářet takové podmínky, aby bylo právo na soukromí pacientů zachováno v co největší míře. Považuji za nutné, aby jednotlivé sprchy byly vizuálně odděleny (dostatečně k zastínění celé postavy). Koupelny by rovněž měly poskytovat vizuálně oddělený prostor pro chystání do sprchy či vany. Zároveň apeluji na personál, aby hygiena vždy probíhala důstojně a za zavřenými dveřmi.

Během hygieny a výměny inkontinenčních pomůcek na lůžku personál zajišťuje soukromí pacientů pomocí mobilních zástěn. To je správné. Upozorňuji, že jeden pacient uvedl, že i přes zástěny na ostatní pacienty během těchto úkonů vidí. Pacient to vysvětloval tím, že personál u toho manipuluje s velkým množstvím prádla a pomůcek, které zabírají místo, a zástěnu pak nelze umístit důsledně. Domnívám se, že v tomto ohledu by personálu mohly pomoci zástěny v podobě závěsů na teleskopických držácích. Doporučuji nemocnici, aby jejich pořízení zvažila.



Opatření:

- 12) Dveře toalet a koupelen vybavit otočnými zámky, které je možné v případě potřeby otevřít zvenčí (do 3 měsíců).**
- 13) Sprchy v koupelně oddělit zástěnou a zajistit vizuálně oddělený prostor pro chystání do sprchy a vany, pokud má být koupelna nadále využívána pro více pacientů naráz (do 3 měsíců).**

Zaměřil jsem se i na to, zda jsou pacientům volně dostupné hygienické pomůcky (toaletní papír a jednorázové utěrky).

Na většině toalet byl toaletní papír i jednorázové utěrky. Pacienti neuváděli, že by museli o toaletní papír žádat nebo že by jim některé hygienické pomůcky byly nedostupné.

3.5 Důstojnost pobytu v zařízení

Prostředí zařízení by mělo být přívětivé, nabízet pohodlí a vést pacienty k aktivitě.²⁹ Prostředí poskytování péče má potenciál podporovat léčbu a cíl hospitalizace, a proto má mít terapeutický ráz a nemá prohlubovat institucionalizaci pacientů.

Na oddělení 24 zcela schází místnost pro trávení času a aktivity mimo ložnici, jídelna a návštěvní místnost. Pacienti tak během dne mohou trávit čas pouze na pokoji, na chodbě či na terase. To je nedostatečné. Někteří pacienti tráví na oddělení i roky, a pokud jim to zdravotní stav neumožňuje, měli by mít možnost střídát během dne různá prostředí dle typu činností: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či terapeutické aktivity. Současné prostředí navíc pacientům nemůže poskytovat dostatek soukromí a klidu, pokud někdo z pacientů chce odpočívat a jiný pacient se chce věnovat aktivitě nebo například sledovat televizi.

Nad rámec uvedeného podotýkám, že některé vybavení bylo viditelně rozbité (např. upadlý kohoutek baterie u umyvadla, chybějící kachličky u toalety, uvolněné madlo apod.).

Zajištění chybějících prostor je nákladné a časově náročné. S ohledem na plánované stěhování oddělení 24 proto neformuluji opatření, jež by měla být zajištěna ve stávajících podmínkách. **Očekávám však, že chybějící prostory budou zajištěny v budově, kam se oddělení 24 v příštím roce přestěhuje.** Údržbu a opravu rozbitého vybavení je třeba provádět průběžně, aby prostředí bylo bezpečné a zbytečně nevzbuzovalo napětí či strach z hospitalizace.

V přízemí i v 1. patře oddělení 10 se nachází jídelna a terapeutická místnost. V 1. patře je také odpočinková místnost. Prostředí působilo důstojně. Nezaznamenal jsem rozbité nebo jinak zanedbané vybavení.

Opatření:

- 14) Zajistit údržbu a opravit rozbité vybavení na oddělení 24 (do 1 měsíce).**

29 WHO QualityRights Tool Kit [online], Světová zdravotnická organizace, s. 77. [cit 15. října 2022]. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_eng.pdf?sequence=3.



4. Režim

Součástí hospitalizace na psychiatrickém oddělení jsou opatření, která se běžně nazývají „režimová“. Jedná se o pravidla a zvyklosti, které významným způsobem regulují pobyt na oddělení, určují, co je komu a za jakých podmínek dovoleno a co zakázáno.³⁰ Pokud by tato pravidla byla omezující nad míru nezbytně nutnou, zejména pro zajištění řádného chodu nemocnice a respektování práv ostatních pacientů,³¹ tak by, byť kumulativně,³² mohla vést ke špatnému zacházení.

4.1 Režim a seznámení pacientů s ním

Nemocnice musí zajistit, aby byl pacient seznámen se svými právy a povinnostmi při poskytování zdravotních služeb a s vnitřním řádem.³³

Na obou odděleních jsou na nástěnce dostupné informace o právech a povinnostech pacientů v nemocnici (včetně práv nedobrovolně hospitalizovaných pacientů). Na oddělení však nebyly k dispozici domácí řády jednotlivých oddělení.

Personál uvedl, že pacienty s pravidly oddělení seznamuje ústně při příjmu na oddělení. O poučení pacientů při příjmu, případně nemožnosti takové poučení provést nacházím záznamy i ve zdravotnické dokumentaci. To je správné. Pacienti by však měli mít možnost si pravidla přečíst kdykoliv během hospitalizace, neboť příjem pro ně může být stresující a nemusí všechny informace vnímat nebo si je pamatovat. Podle sdělení personálu z oddělení 10 každému pacientovi (a případně i rodinným příslušníkům) při příjmu předávají domácí řád také v tištěné podobě. Někteří pacienti jej však údajně vyhodí do koše.

Poskytnutí kopie domácího řádu každému pacientovi považuji za vstřícný krok. Pro trvalou dostupnost domácího řádu považuji za vhodné, aby oddělení vyvěsila domácí řád i na oddělení (např. na vývěsní desku za plexisklem, jako jsou na oddělení vyvěšena práva a povinnosti pacientů). Tak bude zajištěna jeho dostupnost i v situaci, kdy pacienti vlastní tištěnou verzi ztratí nebo vyhodí.

Nemocnice nemá zpracován domácí řád oddělení ve zjednodušené verzi. Upozorňuji, že seznámení s vnitřním řádem může být pro pacienta náročné, zejména pokud je to pacient s kognitivním deficitem³⁴ či se zhoršeným zrakem. Proto považuji za důležité, aby nemocnice vypracovala alespoň hlavní pravidla domácího řádu také ve zjednodušené verzi. Za správnou praxi bych rovněž považoval pravidelné ústní opakování a vysvětlování pravidel.

30 LUKASOVÁ, Marie. PETR, Tomáš. ŘÍČAN, Pavel. Analýza režimových opatření. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2020. [cit. 26. října 2023]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Analiza-rezimovych-opatreni-2020.pdf>.

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

32 Viz rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Dvořáček proti České republice* ze dne 6. listopadu 2014, stížnost č. 12927/13, bod 93, *Stanev proti Bulharsku* ze dne 17. ledna 2012, stížnost č. 36760/06, bod 205.

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

34 Pojmem „kognitivní deficit“ myslím situační, přechodné nebo trvalé zhoršení poznávacích funkcí např. výpadky paměti, pozornosti, adekvátního zpracovávání nových informací, celkové poznávací aktivity.



Opatření:

- 15) Hlavní pravidla domácích řádů zpracovat do samostatného dokumentu, který bude snadno srozumitelný, a zajistit jeho dostupnost na odděleních (do 1 roku).**

Na obou odděleních pacienti nemohou mít nabíječky na mobil u sebe, ale ukládají se na sesterně. Sestry pacientům nabíječku vydají na nabíjení, nebo nabití telefonu pacientovi zajistí na sesterně. Ačkoliv si pacienti na toto pravidlo nestěžovali, nevidím důvod pro to, aby bylo plošně vyžadováno. Jsem přesvědčen, že podmínky na navštívených odděleních z hlediska bezpečnosti nejsou takové, aby pacienti, jejichž zdravotní stav a kognitivní schopnosti to nevyklučují, museli nabíječky odevzdávat. **Nemocnici proto doporučuji, aby nabíječky odebrala pouze těm pacientům, jejichž zdravotní stav nebo kognitivní schopnosti neumožňují jejich bezpečné používání.**

Pacienti z oddělení 24 mohou kouřit ve stanovených časech, kdy je personál doprovodí na terasu (kam bez takového doprovodu personálu nemohou). Podle sdělení pacienta se tak děje 4x denně (po snídani, po obědě, po 15. hodině a po 17. hodině). Zaměstnanci Kanceláře během návštěvy zaznamenali, jak se pacienti shromažďovali u vstupu na terasu a čekali na personál, až jim vstup umožní. Na oddělení 10 personál kouření reguluje tím, že pacientům vydává cigarety ve vybraných časech. Podle sdělení pacienta se tak děje 4x denně (v 9:00, 13:00, 15:00 a 17:00 hodin). Počet cigaret není stanoven individuálně, ale všem pacientům vydávají cigarety po dvou kusech. Více cigaret pacientovi vydají na požádání.

Pacienti by měli mít přístup do prostoru určeného ke kouření pokud možno neomezeně, i za nepříznivého počasí, a to ideálně bez nutnosti asistence personálu. V jiných zařízeních je za tímto účelem zřízena například kuárna na oddělení. **Doporučuji nemocnici, aby bezpečný (venkovní či vnitřní) prostor určený ke kouření zajistila v budově, kam se má oddělení 24 stěhovat.** Takové opatření by mohlo usnadnit práci personálu a předcházet tenzi u pacientů, kteří na kouření čekají.

Co se týče počtu cigaret, personál by jej neměl plošně omezovat, a upírat tak pacientům možnost samostatného rozhodování. Omezení pacienta v přístupu k cigaretám představuje podrobení pacienta léčebnému režimu bez jeho souhlasu. Pro to, aby lékař mohl takto autoritativně rozhodnout, musejí být naplněny požadavky pro léčbu bez souhlasu, což zejména znamená, že omezení přístupu k cigaretám představuje neodkladnou péči, jejímž účelem je zejména omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život. Přístup k cigaretám lze také omezit vnitřním řádem, a to pro situace, kdy se pacient chová způsobem, který ohrožuje řádný chod zdravotnického zařízení (pacient kouří, kde nemá) nebo nerespektuje práva ostatních pacientů (krade cigarety, protože své již vykouřil). Omezení pacienta v přístupu k cigaretám musí vždy být krajním a z povahy věci ojedinělým postupem. Jakkoli je kouření zdraví škodlivé, úkolem psychiatrické nemocnice není tomuto zlovyku pacienty odnaučovat.

Opatření:

- 16) Upustit od plošného omezování počtu cigaret pacientům z oddělení 10 (bezodkladně).**



4.2 Kontakt s vnějším světem

Možnost hovořit se svými blízkými o osobních věcech v důvěrném prostředí je projevem práva na soukromý život a krom toho je to jako kontakt s vnějším světem jednou z pojmů proti špatnému zacházení. Režim v nemocnici tento kontakt nesmí omezovat nad nezbytně nutnou míru a nemocnice naopak musí hledat nástroje k co nejširšímu umožnění takového kontaktu. Zaměřil jsem se tedy i na to, jak nemocnice přistupuje k návštěvám a jak je upraveno telefonování.

4.2.1 Možnost setkání s návštěvou

Na oddělení 10 jsou návštěvy možné každý den. Návštěvní hodiny jsou od 13:00 do 17:00 hodin, nicméně individuálně se lze domluvit i na jiném nebo delším čase návštěvy. Návštěvy probíhají ve společenské místnosti, na pokoji, v jídelně, v zahradě či na terase, případně s povolením personálu mimo oddělení v areálu nemocnice.

Z domácího řádu oddělení 10 vyplývá, že se na oddělení nedoporučují návštěvy dětí mladších 10 let. Personál pravidlo uplatňuje tak, že se snaží najít lepší místo pro návštěvu pacienta než oddělení, např. areál nemocnice, zahradu či terasu oddělení. Pokud by však nebylo možné, aby návštěva proběhla jinde, umožní návštěvu dítěte mladšího 10 let i na oddělení. To považuji za správné.

Na oddělení 24 jsou návštěvy možné každý den. Návštěvní hodiny jsou od 14:30 do 17:00 hodin, nicméně individuálně se lze domluvit i na jiném čase. Návštěvy probíhají buď na pokoji pacienta, na chodbě, na terase, nebo případně s vědomím personálu mimo oddělení v areálu nemocnice. Oddělení nemá k dispozici žádný vnitřní prostor, kde by pacient mohl být s návštěvou o samotě. **Jsem si vědom toho, že ve stávajících podmínkách oddělení není možné prostor pro konání návštěv v soukromí vytvořit. Nicméně apeluji na to, aby vedení nemocnice pamatovalo na potřebu takové místnosti při přípravě budovy, kam se má oddělení 24 stěhovat.**

Návštěvy dětí se na oddělení 24 nedoporučují, ale pokud si to pacient nebo rodina přeje, umožní je.

4.2.2 Přístup k telefonu

Na oddělení 10 i 24 mohou pacienti používat mobilní telefony. Mobilní telefony mohou mít u sebe, nabíječky se ukládají na sesterně (tomuto se věnuji v [podkapitole 4.1](#)).

Pacienti, kteří vlastní mobilní telefon nemají, si mohou na oddělení 10 zavolat ze služebního telefonu. To je správné. Na oddělení 24 však personál pacientům služební telefon nepůjčuje. **Považuji za vhodné, aby i pacienti bez vlastních mobilních telefonů mohli udržovat kontakt se svými blízkými. Oddělení by těmto pacientům mělo umožňovat zavolat si ze služebního telefonu.** Pokud existuje obava z přetížení „zdravotní linky“, lze pro telefonování vymezit určitý čas nebo jej zajistit ze služebního telefonu jiných pracovníků (na oddělení 10 z tohoto důvodu využívají služební telefon sociální pracovníce).



Opatření:

- 17) **Umožňovat pacientům z oddělení 24 bez vlastního mobilního telefonu zavolat si ze služebního telefonu (průběžně).**

5. Péče

Ačkoliv účelem mé návštěvy není hodnocení kvality poskytované péče, zaměřil jsem se na několik oblastí, u nichž vnímám souvislost s rizikem špatného zacházení. Používání omezovacích prostředků, které by systémově bylo možné také zařadit do této kapitoly, řeším z důvodu rozsáhlosti tématu samostatně v [kapitole 6](#).

5.1 Důvodnost pobytu v nemocnici

Nemocnice by neměla nahrazovat činnost poskytovatelů sociálních služeb. Na rozdíl od péče a podpory, kterou poskytují sociální služby, není hlavním smyslem péče v nemocnici klást důraz na podporování rozvoje samostatnosti pacientů a posilování jejich sociálního začleňování; také způsob poskytování péče více zasahuje do práv osob.³⁵ **Prodlužovaná hospitalizace může vést až ke zvyšování závislosti na péči. Nezpochybňuji však, že propuštěním pacienta bez zajištění vhodné podpory se může ocitnout v ještě méně důstojné situaci.**

Zajištění dostupnosti vhodných sociálních služeb je úkolem státu,³⁶ konkrétně krajů, na které státu tuto povinnost zákonem přenesl.³⁷

V době návštěvy byl na oddělení 24 nejdéle pobývajícím pacient od roku 2018, tedy zhruba pět let. Na oddělení 10 byl nejdéle pobývajícím pacient od roku 2014, tedy přibližně 9 let. Někteří pacienti však byli hospitalizováni opakovaně, a jejich pobyt v nemocnici tak může být fakticky delší.

Personál z oddělení 10 uváděl, že na oddělení pobývají i pacienti, kteří zde nejsou kvůli nutným zdravotním službám, ale spíše kvůli nedostatku návazných sociálních služeb. Personál z oddělení 24 naopak uváděl, že pacientům se většinou daří nalézt vhodnou sociální službu.

Na obou odděleních působí zdravotně-sociální pracovníce. Oslovená zdravotně-sociální pracovníce uvedla, že ve většině případů se daří najít vhodnou sociální službu. Při hledání sociální služby spolupracuje s pacientem, rodinou, případně s opatrovníkem. Běžně oslovují více vhodných sociálních služeb naráz, zařizují i terénní a odlehčovací služby, případně domlouvají domácí péči.

Ve studované zdravotnické dokumentaci pacientů z oddělení 10 nacházím informace o tom, v jaké jsou sociální situaci, informaci o podaných žádostech o sociální službu i záznamy o ko-

35 Viz § 2 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

36 Viz článek 11 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (vyhlášen pod č. 120/1976 Sb.) a nález Ústavního soudu ze dne 23. ledna 2018, sp. zn. I. ÚS 2637/17.

37 Viz § 95 zákona o sociálních službách.



munikaci sociální pracovníce s opatrovníkem, ve které žádost o sociální službu řeší. **Domnívám se tedy, že nemocnice vyvíjí odpovídající snahu o zajištění navazujících sociálních služeb pro pacienty, a k postupu nemám výhrady.**

V nemocnici jsou poskytovány služby (pomoc s přípravou jídla, praní prádla), které v sociálních službách zajišťují klienti v rámci svých kompetencí sami nebo jsou v nich podporováni, aby si v nich soběstačnost osvojili či zachovali. Pobyt v nemocnici také neumožňuje takovou míru individualizace, kterou zákon vyžaduje při poskytování sociálních služeb, nemluvě o místy tíživých dopadech ústavnosti materiálních podmínek a režimu.

S ohledem na sdělení personálu z oddělení 10 proto považuji za vhodné dodat, že obecní úřad obce s rozšířenou působností má na základě oznámení poskytovatele zdravotních služeb zjišťovat, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče, a jejich poskytnutí zprostředkovat.³⁸ Pokud by se tedy zdravotně-sociálnímu pracovníkovi nedařilo pro pacienta nalézt potřebnou sociální službu, měl by o tom informovat obec s rozšířenou působností, v jejímž obvodu má pacient trvalý pobyt. Při nedostupnosti vhodné sociální služby je namístě informovat kraj, aby problém řešil.

5.2 Souhlas s léčbou

Souhlas pacienta s léčbou musí být svobodný a informovaný. Léčit pacienta bez souhlasu lze pouze v situaci, kdy to umožňuje zákon. Pokud pacient (případně jeho opatrovník, jestliže mu byl ustanoven pro oblast zdravotní péče) neudělí souhlas s farmakologickou léčbou a léčba je přesto prováděna, jedná se o významný zásah do integrity člověka.³⁹ **Pokud pacient z důvodu svého kognitivního deficitu nerozumí situaci, v níž se nachází, nelze jeho souhlas s léčbou považovat za platné právní jednání.**

Domnívám se, že personál by měl pacientům poskytovat podporu, aby mohli porozumět poskytovaným informacím, rozvážit je a vyjádřit svou vůli ohledně navržené léčby. To může vyžadovat zjednodušené a případně i opakované vysvětlení a poskytnutí času, aby pacienti mohli vyjádřit svoje obavy a potřeby a utvořit si názor, budování důvěry. Podporu může poskytnout i peer pracovník nebo jiná třetí osoba, která může pomoci pacientovi přijímat informace a rozvažovat je nebo ke které má větší důvěru.

Pokud zdravotní stav pacientovi ani tak neumožňuje, aby toto právní jednání provedl platně, a není možné získat ani zástupný souhlas,⁴⁰ mohou zdravotníci poskytnout pouze neodkladnou péči.⁴¹

38 Ustanovení § 92 písm. c) zákona o sociálních službách.

39 Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva *X. proti Finsku* ze dne 3. června 2012, stížnost č. 34806/04, bod 212.

40 Podle § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách nebo § 98 odst. 1 občanského zákoníku, případně u pacientů s omezenou svéprávností podle § 35 odst. 4 zákona o zdravotních službách.

41 Viz § 38 odst. 3 a 4 zákona o zdravotních službách.



5.2.1 Situace, kdy pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže vyslovit souhlas s léčbou

V situaci, kdy pacient⁴² nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s léčbou, a pokud zároveň nejde o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje zákon o zdravotních službách⁴³ souhlas od jiné osoby. V první řadě jde o souhlas od osoby určené dříve pacientem, a pokud není dosažitelná, od manžela či registrovaného partnera, dále od rodiče, případně od jiné osoby blízké.

Situace, v nichž pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s léčbou, zákonodárce nedefinoval v důvodové zprávě a výklad neposkytuje ani judikatura.⁴⁴ Typicky se bude jednat o pacienty v bezvědomí. Na navštívených odděleních půjde zejména o pacienty v těžkém nebo terminálním stádiu demence.

Personál si byl vědom, že někteří pacienti nejsou schopni udělit souhlas s léčbou. Dotázaný pracovník uvedl, že situace, kdy by pacient nebyl vůbec schopen rozhodnout o své léčbě, není příliš častá, ale občas nastává. Nezjistil jsem však, že by nemocnice získávala zástupný souhlas s léčbou od rodiny či jiných osob blízkých.

Opatření:

- 18) V situaci, kdy pacient není schopen udělit souhlas s léčbou, a nejsou naplněny podmínky pro léčbu bez souhlasu pacienta, vyžadovat souhlas od osoby dříve určené pacientem, manžela, registrovaného partnera, rodiče či jiné osoby blízké (průběžně).**

Od souhlasu s běžnou léčbou je potřeba odlišit souhlas s léčbou, která zanechává trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo je spojena s vážným nebezpečím pro život nebo zdraví pacienta. Takovou léčbu lze pacientům, kteří nemohou s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, poskytnout až se souhlasem soudu,⁴⁵ pokud ji nelze poskytnout bez souhlasu (typicky neodkladná péče).

Pracovník nemocnice popsal situaci pacienta A, který není schopen udělit souhlas s léčbou a v jehož případě se obrátili na soud, aby rozhodl o operaci. V dokumentaci pacienta o tom nenacházím žádné informace, proto situaci nemohu více hodnotit. Mám však za to, že by měla být řešena vnitřním předpisem.

Opatření:

- 19) Postup pro získávání souhlasu s léčbou pacientů, kteří jej s ohledem na svůj zdravotní stav nemohou udělit samostatně, upravit vnitřním předpisem. Mimo jiné**

42 Za pacienta omezeného ve svéprávnosti pro oblast zdravotní péče může udělit souhlas opatrovník.

43 Viz § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách.

44 Praktický komentář k zákonu o zdravotních službách přibližuje, že se jedná o „situace, kdy pacient není schopen vůbec projevit svou vůli, ať již proto, že je v bezvědomí, nebo pro zmatenost, dezorientaci, intoxikaci, psychickou chorobu nebo z jiných podobných důvodů“. Viz MACH, Jan a kol. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; Zákon o specifických zdravotních službách. Wolters Kluwer, 2018. ISBN 978-80-7598-103-5, str. 141.

45 Viz § 101 občanského zákoníku.



zahrnout také situaci, kdy se jedná o léčbu, která zanechává trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo je spojena s vážným nebezpečím pro život nebo zdraví (do 6 měsíců).

5.2.2 Souhlas s léčbou u pacientů hospitalizovaných bez souhlasu

Jeden z oslovených pracovníků sdělil, že v situaci, kdy pacient není schopen udělit souhlas s léčbou, podají soudu návrh na nedobrovolnou hospitalizaci. To v konkrétní situaci může být správné z hlediska získání souhlasu se vstupem či pokračováním pobytu, ale **upozorňuji, že samotný pobyt v nemocnici bez souhlasu neopravňuje nemocnici k léčbě bez souhlasu.** V rozhodnutí o přípustnosti hospitalizace bez souhlasu se soud vyjadřuje k omezení osobní svobody, nikoli ke konkrétní léčbě. Uvedené neznamena, že pacienta, který nevyslovil souhlas s hospitalizací, nelze bez jeho souhlasu léčit. Stejně jako u ostatních pacientů mu lze bez souhlasu poskytnout péči, jejíž poskytnutí umožňuje zákon. Jak jsem uvedl výše, zákon umožňuje bez souhlasu pacienta (případně zástupného souhlasu od osoby blízké, opatrovníka či soudu) poskytovat pouze neodkladnou péči.⁴⁶

Opatření:

- 20) K léčbě bez souhlasu pacienta [případně zástupného souhlasu od osoby blízké, opatrovníka či soudu] přistupovat pouze v situacích, kdy to umožňuje zákon [typicky pokud je nutná neodkladná péče]. A to i v situaci, kdy je pacient hospitalizován bez souhlasu (průběžně).**

5.2.3 Dříve vyslovené přání

Poskytovatel zdravotních služeb, který poskytuje péči pacientům s neurodegenerativním onemocněním, má zjišťovat, zda pacienti v minulosti využili institutu dříve vysloveného přání. **Pokud je pacient s ohledem na svůj zdravotní stav schopen právního jednání a přeje si to, měla by ho nemocnice aktivně vést procesem, kdy takové přání vysloví.**

Nemocnice pacienty na možnost využít dříve vyslovené přání upozorňuje na nástěnkách na odděleních. Personál obou oddělení je s institutem dříve vysloveného přání obeznámen, občas je na oddělení hospitalizován pacient, který s dříve vysloveným přáním už přichází. Na odděleních se však pacientům aktivně nenabízí.

Doporučuji nemocnici, aby pacienty na možnost využívat dříve vysloveného přání aktivně upozorňovala. Jsem si však vědom toho, že institut dříve vysloveného přání není příliš známý a povědomí o něm je nutné zvyšovat v celé společnosti.

5.3 Pobyt na čerstvém vzduchu

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) doporučuje denní přístup na čerstvý vzduch, kdy cílem by měl být neomezený přístup

⁴⁶ Viz § 38 odst. 3 zákona o zdravotních službách.



do venkovních prostor, pokud léčebné aktivity nevyžadují přítomnost pacienta na oddělení,⁴⁷ a zároveň požaduje zajištění dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytná.

Pobyt na čerstvém vzduchu lze omezit, případně lze stanovit nutnost doprovodu, a to v rámci individuálního léčebného postupu, který pacient musí dodržovat.⁴⁸ Tato skutečnost musí být zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci.

Pobyt na čerstvém vzduchu lze také omezit vnitřním řádem, a to zejména za účelem zajištění řádného chodu oddělení. Omezení však musí být nezbytně nutné pro naplnění účelu, který sleduje.

Oddělení 24 má k dispozici pouze terasu, která zároveň slouží jako kuřárna. Pobyt na terase je možný jen v doprovodu personálu, který kvůli jiným povinnostem nemá čas pacienty doprovázet vždy, kdy by chtěli. Pacienti se tak dostanou na terasu zpravidla pouze v časech určených pro kouření a nekuřáci jsou téměř vždy během pobytu na terase vystaveni pasivnímu kouření. Pobyt na vzduchu mimo oddělení zajišťuje aktivizační pracovníce nebo rodina. Aktivizační pracovníce má na starosti více oddělení, a na oddělení 24 se tak dostane pouze v úterý dopoledne a ve středu. V tomto čase zajišťuje buď procházku s mobilními pacienty, nebo aktivity na oddělení. Imobilní pacienti se vycházek s aktivizační pracovnící neúčastní, a jejich pobyt na vzduchu mimo oddělení tak závisí na možnostech rodiny.

Přízemí oddělení 10 má k dispozici zahradu s terasou. Mobilní pacienti z přízemí se dostanou na čerstvý vzduch kdykoliv během dne. První patro nemá vlastní terasu a pacientky jsou v přístupu na čerstvý vzduch závislé na doprovodu personálu. Kapacita personálu pro zajištění doprovodu je však kvůli jiným pracovním povinnostem velmi omezená. Pacientky z prvního patra se dostanou na vzduch zpravidla pouze v rámci aktivit s ergoterapeutkou nebo fyzioterapeutkou. Taková vycházka bývá podle oslovené pacientky asi 2x týdně a neúčastní se jí všechny pacientky. Imobilní pacientky personál ven zpravidla nebere.

Každodenní možnost pobývat na čerstvém vzduchu tak mají pouze mobilní pacienti z přízemí oddělení 10. Rozumím tomu, že kvůli nevhodným prostorům oddělení 24 je obtížné zajistit denní pobyt na vzduchu pro každého, kdo nemá zdravotní kontraindikaci. **Očekávám však, že obdobný prostor pro pobyt na čerstvém vzduchu, jako má k dispozici přízemí oddělení 10, nemocnice zajistí také u budovy, kam se bude oddělení 24 v roce 2024 stěhovat.** Považuji za vhodné, aby nemocnice zpřístupnila terasu a zahradu v přízemí také pacientkám z 1. patra (např. výtahem). Do té doby vnímám jako nutné navýšení počtu personálu pro zajištění doprovodu pro pobyt na vzduchu. Personální situaci lze dočasně posílit např. spoluprací se studenty, dobrovolníky, zapojit se může také sociální služba, se kterou může pacient spolupracovat i po propuštění.

47 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 20. října 2023]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>, bod 94. Zpráva pro rakouskou vládu o návštěvě Rakouska provedené v roce 2021. CPT/Inf(2023)03 [online]. Štrasburk: CPT, 2021 [cit. 20. října 2023]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/austria>.

48 Viz § 41 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.



Nadto zdůrazňuji, že pobyt na čerstvém vzduchu je třeba zajišťovat i imobilním a trvale ležícím pacientům. Personál by měl aktivně zjišťovat, zda si tito pacienti přejí pobývat na čerstvém vzduchu, a pokud nejsou schopni své přání vyjádřit, tak alespoň zjišťovat, zda jim pobyt na čerstvém vzduchu činí radost, a pobyt na vzduchu jim pravidelně umožňovat. Samozřejmě je, že by těmto pacientům měla být při pobytu na vzduchu zajištěna potřebná podpora.

Opatření:

- 21) Na základně posouzení aktuálního zdravotního stavu a individuálních schopností umožňovat všem pacientům pravidelný pobyt venku a jeho případné omezení, včetně odůvodnění, zaznamenávat do zdravotnické dokumentace (průběžně).**

5.4 Aktivita pro pacienty

Pacienti v průběhu hospitalizace mají mít mimo čistě léčebných aktivit přístup k aktivitám, které vedle léčby umožní odreagování a smysluplné trávení času.⁴⁹ Na odděleních poskytujících péči gerontopsychiatrickým pacientům vnímám potřebu dostupnosti strukturovaného programu jako výraznou, protože tito pacienti často mají sníženou schopnost vytvářet si aktivity samostatně. Zejména pro tyto pacienty je proto přínosné zavést například pravidelnou zooterapii, kognitivní stimulaci, povídání si o dění ve světě, sportovních utkáních či kulturních událostech, a to nejlépe tak, aby nejméně jedna aktivita probíhala každý den.

Podle harmonogramu dne v domácích řádech mají na odděleních 10 i 24 probíhat každý den dopoledne i odpoledne aktivity pro pacienty. To však neodpovídá skutečnosti. Aktivity pro pacienty zajišťuje ergoterapeutka, která má na starosti několik oddělení, a není v jejích možnostech se věnovat všem klientům. Podle sdělení personálu i pacientů tak aktivity probíhají zhruba dvakrát týdně, přičemž se jich účastní okolo šesti pacientů. Aktivity jsou navíc nepředvídatelné, neboť na oddělení není plán či rozvrh toho, jaké aktivity se uskuteční. Podle sdělení personálu se pacienti o aktivitách dozvědí v daný den ráno od sester.

Ve zbytku času se pacienti musejí zabavit sami televizí nebo např. četbou knih. V době návštěvy pacienti téměř celý den trávili na pokoji, kde byla puštěná televize, nebo chodili a posedávali na chodbě.

Na oddělení 10 i 24 působí fyzioterapeutka, která dle indikace lékaře zajišťuje u klientů (včetně trvale ležících) individuální rehabilitaci, někdy i skupinová cvičení. Rehabilitace probíhá (dle rehabilitační karty) především v pracovní dny, sestry s některými pacienty o víkendu provádějí také nácvik chůze. V době návštěvy probíhala rehabilitace u zhruba 7 pacientů z oddělení 10 a 5 pacientů z oddělení 24. Podle sdělení personálu by však rehabilitace prospěla téměř všem pacientům. Jsem si vědom, že zajištění rehabilitace pro všechny pacienty může být z kapacitních důvodů složité. **Podporuji však nemocnici v tom, aby složky léčebného programu, které pacientům prospívají, posilovala.**

K rehabilitačním aktivitám nemám výhrady. Terapeutické a rekreační aktivity však považuji za nedostatečné. Pacienti nejsou dostatečně informováni o tom, kdy a jaké aktivity budou, aktivity probíhají pouze sporadicky a jejich kapacita je omezená. Personál nemá dostatek

49 WHO QualityRights Tool Kit [online], Světová zdravotnická organizace. [cit. 26. října 2023]. Dostupné z https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_eng.pdf?sequence=3, s 77.



času se pacientům věnovat. Na oddělení 24 se navíc nenacházejí společné prostory, kde by bylo možné aktivity provádět (viz [podkapitolu 3.5](#)).

Opatření:

- 22) Důsledně pracovat na aktivizaci všech pacientů při zohlednění potřeb konkrétních pacientů (průběžně).**

5.5 Hygiena pacientů vyžadujících zvýšenou podporu při jejím provádění

Potřeba čistoty a hygieny je základní lidskou biologickou potřebou. Pravidelná osobní hygiena udržuje kůži v dobrém stavu a brání vzniku možných komplikací (infekcí, dekubitů). Pocit čistoty zároveň navozuje pozitivní emoce a pocit spokojenosti.

Ranní hygiena u pacientů, kteří potřebují nižší či vyšší míru podpory právě v oblasti osobní hygieny, by tedy měla být zajištěna každé ráno,⁵⁰ večerní hygiena⁵¹ zase každý večer.⁵² Také intimní hygienu je zásadní provádět každý den.⁵³ Je rovněž důležité, aby personál nemocnice zajistil u pacientů i tzv. celkovou koupel (koupel), a to dle mého názoru minimálně dvakrát týdně.

Koupel zahrnuje umytí celého těla, včetně vlasů, pod tekoucí vodou a případně i oholení. Probíhá vždy v koupelně (ve vaně, sprše, na koupacím vozíku nebo vodním lůžku). Celkovou koupel nelze nahradit tzv. hygienou na lůžku, tedy omytím těla pacienta žínkou a vodou nebo jinými hygienickými prostředky na jeho posteli v pokoji. Účinek tekoucí vody totiž při hygieně na lůžku nelze nahradit.

Tato výše uvedená pravidla jsou však pouze minimálním standardem. Především totiž platí, že pacienti, a to samozřejmě včetně pacientů s potřebou podpory v oblasti hygieny, by si dle svých potřeb měli svobodně rozhodnout, jak často by u nich hygiena měla probíhat (jak je běžně v populaci standardem). Personál by jim tudíž měl v této oblasti vycházet maximálně vstřícně a vedení nemocnice by mělo přijímat taková opatření, která provádění hygieny usnadňují.

Na obou odděleních mají pacienti, kteří potřebují pomoc, zajištěnou koupel jednou týdně a navíc dle potřeby. Celková koupel probíhá podle harmonogramu, přičemž změna dne koupání je kvůli provozním důvodům možná spíše výjimečně. Ranní a večerní hygiena probíhá každý den. Podle sdělení personálu z oddělení 10 se pacienti, kteří nevyžadují pomoc s hygienou, mohou koupat, jak často chtějí. Taková situace je však pro personál časově náročná, neboť vždy zůstávají alespoň na doslech za dveřmi. Oslovení pacienti neuváděli, že by hygienu jednou týdně považovali za nedostatečnou, nicméně o možnosti častějšího koupání nevěděli.

50 Pokud ráno neprobíhá celková koupel.

51 Umytí rukou a obličeje, čištění zubů, holení (individuálně).

52 Pokud večer neprobíhá celková koupel.

53 Pokud ten den neprobíhá celková koupel.



Celkovou koupel u pacientů, kteří potřebují pomoc, jednou týdně nepovažuji za ideální. Pacienti by měli mít zajištěnu koupel podle svých individuálních potřeb, nejméně však dvakrát za 7 dnů. Zajištění tohoto standardu je časově poněkud náročné. Domnívám se, že personál by mohl získat čas navíc, pokud by pacienti, kteří hygienu zvládají samostatně, měli povolen samostatný pobyt v koupelně. Umožnění samostatné hygieny posiluje kompetence pacientů a personál může čas věnovat pacientům, kteří z jeho péče profitují více. **Nemocnici proto doporučuji zvážit, zda lze některým pacientům bezpečně umožnit samostatný pobyt v koupelně.** Bezpečí pacientů v koupelně lze posílit vybavením koupelen tlačítky k přivolání pomoci v případě pádu (viz opatření č. 1).

Opatření:

- 23) Zajišťovat pacientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, celkovou koupel však nejméně dvakrát za 7 dnů (průběžně).**

5.6 Prevence pádu

U některých pacientů může zanedbání rizika pádu znamenat bezprostřední vážné ohrožení zdraví, a je proto nutné činit přiměřené kroky k prevenci pádů. Je na lékaři, aby spolu s ošetřovatelským personálem tyto pacienty identifikoval a stanovil preventivní kroky, a to tak, aby z nich plynoucí omezení pro pacienta bylo co nejmírnější a pokud možno nevedlo k rozvoji dalších hrozících problémů.

Riziko pádu u pacientů vyhodnocují sestry jednou měsíčně, a navíc v případě potřeby (typicky po pádu pacienta). Vyhodnocení rizika pádu následně schvaluje lékař. V době návštěvy byli téměř všichni pacienti vyhodnoceni jako středně či vysoce riziková z hlediska pádu, přestože se jejich pohybové schopnosti výrazně lišily. Na odděleních pobývali jak pacienti se stabilní chůzí a schopní vycházek, tak obtížně se pohybující pacienti s potřebou používání madel a podpůrných pomůcek. **Systém vyhodnocování rizika pádu se proto jeví být málo citlivý na to, aby riziko pádu u pacientů dostatečně rozlišoval a vedl ke konkrétním opatřením pro prevenci pádu u jednotlivých pacientů.**

Personál uvedl několik postupů, kterými se snaží pádům předcházet. Jedná se například o doprovod při chůzi, zajištění vhodné obuvi, odstraňování překážek, které na oddělení vysledují, používání nočních světel nebo zajištění kompenzačních pomůcek (hole, chodítka). Riziku pádu z lůžka na odděleních předchází především postranicemi. Podle sdělení pracovníka z oddělení 10 v individuálních případech také zkouší snížit lůžko a umístit k němu matraci. **Takový postup považuji za správný a nemocnici podporuji v tom, aby jej zavedla do praxe i na oddělení 24.**

V případě, že pacient upadne, zdravotní sestra zavolá lékaři a domluví se s ním na dalším postupu. Pokud by bylo zranění z pádu vážné, zdravotní sestra volá záchranou službu a lékař pád oznamuje zpětně. Personál následně sepisuje protokol o nežádoucí události. **Systémová/následná opatření v některých záznamech jsou však vágní, případně chybná.**⁵⁴

⁵⁴ Např. záznam o pádu pacienta B ze dne 3. září 2023.



Opatření:

- 24) Nastavit systém vyhodnocování rizika pádu s dostatečnou rozlišovací schopností, na jehož základě bude možné detekovat pacienty s konkrétním rizikem pádu. Po každém pádu přijímat odpovídající preventivní opatření (průběžně).**

5.6.1 Postranice jako nástroj k prevenci pádu

S ohledem na to, že rozhodnutí o použití postranic souvisí s mnoha aspekty léčebné péče (u neklidných pacientů riziko pádu přes postranici, vynucená inkontinence, imobilizace), měl by ho učinit lékař.

Za ideální považuji, když lékař rozhodne (byť zpětně) o každém použití postranic. S ohledem na provozní náročnost takového požadavku však akceptuji, když lékař rozhodne alespoň o použití postranic, které trvá déle než 24 hodin. Sleduji tím prevenci komplikací spojených s prakticky nepřetržitým pobytem v lůžku.

Ze zdravotnické dokumentace musí být zřejmé, jak dlouho byl pacient v průběhu dne postranicemi zajištěn a že pro pacienta nejsou k dispozici šetrnější alternativy (například moderní snížitelné lůžko s přiloženou matrací).

Na obou odděleních je používání postranic ponecháno na uvážení zdravotních sester, v individuálních případech je konzultují s lékaři. Jednotlivé použití postranic se nikam nezaznamenává. To je problematické, neboť ze zdravotnické dokumentace nelze zjistit, jak dlouho měl pacient postranice zvednuty.

Pracovník z oddělení 10 uvedl, že občas dochází k tomu, že některý pacient postranice přelézá. V takové situaci lůžko sníží k zemi a přiloží k němu matraci. Postranici pacientovi nasadí poté, co usne. Takový postup považuji za správný.

Při studiu zdravotnické dokumentace pacienta A jsem zaznamenal několik (sesterských i lékařských) zápisů o tom, že se pacient snaží dostat z lůžka a přelézá postranici. Také nacházím záznamy o tom, že se pacient snaží opustit křeslo. Podle dokumentace se snaha pacienta opustit lůžko či křeslo v několika denních intervalech opakuje více než měsíc.⁵⁵ Ze zápisů vyplývá, že pacient je mobilní pouze omezeně, jeho chůze je nestabilní, v některé dny zcela nemožná. Snaha personálu udržet pacienta v lůžku či v křesle je v zápisech odůvodněna prevencí pádu. Z některých záznamů vyplývá, že personál se snažil situaci vyřešit domluvou s pacientem. V některých případech došlo k podání psychofarmak (tomuto se více věnuji v [oddílu 6.1.2](#)).

Upozorňuji, že postranice nejsou vhodným nástrojem prevence pádu pro pacienty, kteří je přelézají. Pokud pacient přelézá postranici, hrozí mu pád z větší výšky, než kdyby postranici neměl. Při přelézání si může způsobit další komplikovaná zranění.

Nejprve je třeba hledat příčiny, pro které pacient snaží opustit lůžko (či křeslo) a postranice přelézá, a snažit se je odstranit. **V dokumentaci pacienta však nenacházím informace**

⁵⁵ Viz záznamy v dekurzu pacienta A v období od 20. července do 4. září 2023.



o tom, zda personál zjišťoval důvod, proč se klient opakovaně snaží lůžko (či křeslo) opustit. Nenacházím ani vyhodnocení, jaká preventivní opatření už personál zkusil, případně jaká opatření navrhuje pro příště. V dokumentaci nejsou záznamy o tom, zda má pacient přes den nějakou aktivizaci, případně jak často. Snaha opustit lůžko přitom může mít řadu příčin, např. nepohodlí, bolest, touhu po změně prostředí apod. Personál by se měl pokoušet hledat taková opatření, která budou pacientovi vyhovovat.

Opatření:

- 25) Zajistit, aby lékař rozhodl alespoň o použití postranic, které je delší než 24 hodin, nebo u pacientů, u nichž je riziko, že postranice překonají (průběžně).**
- 26) Ve zdravotnické dokumentaci zaznamenávat, jak dlouho pacient pobýval v lůžku s postranicemi (průběžně).**
- 27) Přehodnotit používání postranic u pacienta A, zvážit jiné prostředky prevence pádu a nastavit přiměřená opatření do budoucna (bezodkladně).**

5.7 Péče o pacienta s rizikem dekubitů

U pacientů gerontopsychiatrických oddělení má být vyhodnoceno riziko vzniku dekubitu a podle vyhodnocení zajištěna vhodná péče zaměřená na jeho prevenci. Pacienti s rizikem vzniku dekubitu mají být pravidelně polohováni a záznamy o tom má obsahovat jejich zdravotnická dokumentace.

Vznik dekubitu má být vždy vyhodnocen jako nežádoucí událost a pacientům zajištěna adekvátní péče, a to nejlépe specialistou v oblasti péči o rány. Vývoj dekubitu je vhodné zachytit fotodokumentací; personál tak může snadněji tento vývoj sledovat a předejde rozdílům v popisu dekubitu, které hrozí, pokud se o dekubit stará více osob.

K prevenci dekubitů a jejich léčbě na navštívených odděleních nemám výhrady. Riziko vzniku dekubitu vyhodnocují zdravotní sestry při příjmu a poté každý měsíc v rámci epikrízy. Vzniklé dekubity se evidují jako nežádoucí události. Stav zjištěného dekubitu zdravotní sestry běžně popisují slovně. Fotografie pořizují v situaci, kdy se dekubit nedaří zahojit a je potřeba situaci pacienta konzultovat s externím odborníkem.

Na odděleních působí vrchní sestra, která je specialistkou na hojení ran a která na tuto problematiku postupně školí i ostatní zdravotní sestry. Personál se snaží vzniku dekubitu předcházet například antidekubitními matracemi, promazáváním kůže a polohováním za pomoci měkkých pomůcek. Polohování zaznamenávají v tzv. polohovacích listech a provádí je každé 2 hodiny, v individuálních případech častěji.

5.8 Zajištění nutriční péče

Na gerontopsychiatrických odděleních často pobývají trvale ležící pacienti, pacienti s omezenými komunikačními schopnostmi či trpící syndromem demence v pokročilém stadiu. Jsou tak odkázáni na péči personálu nemocnice. Ta musí zahrnovat i zajištění základní výživy a nutriční péči.



Nedostatečná nutriční péče může vést k malnutrici, která je příčinou dalších komplikací v péči, jako je zhoršení zdravotního stavu, prodloužení doby léčby, zvýšení rizika tvorby proleženin, zhoršení soběstačnosti a zvýšení úmrtnosti. U pacientů, kteří mají potíže s příjmem stravy, je proto nutné dokumentovat, jaké množství stravy přijali, jak probíhá vyměšování a jak se mění jejich hmotnost.

Vzhledem k významu správné nutriční péče a k rizikům, která jsou spojena s jejím zanedbáním, by v ideálním případě měl být součástí multidisciplinárního týmu zajišťujícího komplexní péči o pacienta rovněž nutriční terapeut, který rozhodne o nutričních potřebách pacienta, stavu jeho výživy, volbě vhodného výživového doplňku, sestavení jídelního plánu.

Zdravotní sestry každý měsíc vyhodnocují body mass index pacienta a lékař následně rozhodne, zda je potřebné stav pacienta konzultovat s nutričním terapeutem. Nutriční terapeut personálu naplánuje potřebné intervence u pacienta, např. častější vážení, úpravu diety, doporučení sippingu apod. To je správné.

V rámci prevence malnutrice personál váží pacienty každý měsíc. K vážení imobilních pacientů má personál k dispozici zvedák s integrovanou váhou. U indikovaných pacientů personál sleduje příjem tekutin a stravy. To zapisuje do záznamových archů na pokoji pacienta a výsledky nahlašuje zdravotní sestře, která je zadává do elektronické dokumentace pacienta.

Je dobře, že personál se nutričním stavem pacientů zabývá a v případě potřeby jej konzultuje s nutričním terapeutem. **Prevenci malnutrice doporučuji posílit také pravidelným nutričním screeningem pomocí validních nutričních testů.**⁵⁶ Jedná se o rychlý a jednoduchý proces proveditelný zaškoleným ošetřovatelem, jehož výsledkem může být zjištění, že klient není v riziku malnutrice.

5.9 Paliativní péče

Paliativní péče musí být dostupná všem, kteří ji potřebují.⁵⁷ Poskytovatel gerontopsychiatrické lůžkové péče musí být připraven na to, že potřeba paliativní péče bude u pacientů obvyklá, a má ji být schopen poskytnout v souladu s odbornými standardy.

Za důležitý předpoklad naplnění práv pacienta a jeho blízkých považuji to, že nemocnice aktivně informuje o zdravotním stavu pacienta osoby uvedené v jeho zdravotnické dokumentaci nebo jeho blízké. Pokud tyto osoby nejsou informovány o zhoršení zdravotního stavu pacienta, nemohou se podílet⁵⁸ na spolořozhodování o další péči, a pokud pacient umírá, nemohou se s ním rozloučit.

56 Například Nutriční test MNA®-SF. Ten má být u pacientů v lůžkové a dlouhodobé péči prováděn každé tři měsíce, případně kdykoliv dojde ke změně zdravotního stavu. Viz Nestlé Nutrition Institute. Nutrition screening as easy as mna. A guide to completing the Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA®-SF). [cit. 6. listopadu 2023]. Dostupné z <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-english-sf.pdf>.

57 Rada Evropy. O Organizaci paliativní péče. Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy Rec (2003)24 [online]. Štrasburk: Rada Evropy, 2003 [cit. 26. října 2023]. Dostupné zde https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf, část I. bod č. 2.

58 Viz § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách.



Na oddělení 10 ani 24 nepůsobí paliativní tým nebo specialista na paliativní péči. Na oddělení 10 se snaží paliativu provádět, jednotlivé případy konzultují s externími odborníky. Do rozhodování o paliativní péči zahrnují i rodinu. Personál obou oddělení však uvedl, že by paliativní tým uvítal, neboť by tak mohli zvýšit kvalitu konce života u některých pacientů.

Na oddělení 10 se nacházejí jednolůžkové pokoje, kam mohou pacienta na konci života přemístit. Pokud to není možné, pacient zůstává na vícelůžkovém pokoji a soukromí se zajišťuje zástěnami.

Na oddělení 24 není k dispozici jednolůžkový pokoj, kde by rodina mohla být s umírajícím blízkým o samotě. Pacient zůstává na vícelůžkovém pokoji, personál se snaží soukromí zajistit alespoň zástěnami.

Na obou odděleních může být rodina s pacientem na konci života nepřetržitě. To je správné.

Rozloučení s blízkým na konci života je velmi emočně náročné, a proto považují za nutné, aby nemocnice pro tyto situace zajistila vhodné materiální podmínky. Zástěny považují za dostačující dočasné řešení. V ideálním případě by však rozloučení mělo probíhat v jednolůžkovém pokoji, kde jsou pacient a jeho blízcí v soukromí, a zároveň se tak nenarušuje soukromí a klid ostatních pacientů.

Opatření:

- 28) Rozvíjet paliativní péči v nemocnici, zejména navázat spolupráci se specialistou na paliativní péči; zajišťovat soukromí pro rozloučení blízkých s umírajícím pacientem (do 6 měsíců).**

5.10 Specifika péče o pacienty s demencí

Péče o člověka s demencí musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stadia, musí být nastavena individuálně a prováděna poučeným personálem. Péče se musí opírat jak o nefarmakologické přístupy, tak o vhodnou farmakoterapii, je-li indikována. Naopak, intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu pacienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže anebo zbytečně působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv pacienta, či přímo o špatné zacházení.⁵⁹

Personál obou oddělení zjišťuje úroveň kognitivních funkcí pacientů zejména pomocí klinického obrazu a MMSE testu. Aktuální výsledek MMSE testu je zachycen v dekurzu pacienta. Oslovený pracovník uvedl, že péče o pacienty v různé fázi demence se liší zejména náročností. Z pozorování během návštěvy vyplynulo, že přístup ošetrovatelského personálu k pacientům v různé fázi demence se nijak výrazně neodlišoval.

⁵⁹ Problematice lidí s demencí se veřejný ochránce práv věnoval podrobně už dříve. Ačkoliv se zaměřoval na jejich pobyt v sociálních službách, tak mám za to, že mnoho závěrů lze přenést do prostředí zdravotních služeb. Viz Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, zpráva ze systematických návštěv 2015. [online]. Brno: veřejný ochránce práv 2015 [cit. 26. října 2023]. Dostupné z https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf.



Oslovení pracovníci v rámci rozhovorů o absolvovaných školeních neuváděli školení zaměřené na práci s člověkem s demencí. Ačkoliv nezpochybňují, že personál nemocnice je kvalitně vzdělaný, považují za vhodné, aby si znalosti osvěžoval a doplňoval. To platí zejména tehdy, pokud se problematice demence podrobně nevěnoval v rámci předchozího vzdělávání.

Opatření:

- 29) Nabízet střednímu zdravotnickému personálu oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s demencí, školení zaměřená na péči o takové pacienty (průběžně).**

5.10.1 Komunikace s pacientem s demencí

S postupující demencí a upadáním kognitivních funkcí se zhoršují komunikační schopnosti nemocných a schopnost porozumět situaci.⁶⁰ Vyjádření vůle (a tím i možnosti rozhodovat o sobě), libosti či nelibosti (připomínky, stížnosti) je stále těžší. Pro zamezení nedorozumění, ignorování potřeb a přání pacienta, jeho sociální izolace a také frustrace je třeba s tímto problémem pracovat.

Poskytovatel zdravotních služeb by měl znát metody alternativní a augmentativní komunikace⁶¹ a využívat je u pacientů, kteří jsou toho schopni.

Na oddělení 24 personál nevyužíval žádné specifické pomůcky nebo postupy v komunikaci s pacienty.

Podle sdělení pracovníka byly na oddělení 10 k dispozici komunikační pomůcky, které personál v minulosti využíval u pacienta s afázií. V době návštěvy personál tyto pomůcky u nikoho nepoužíval a měly být uloženy u aktivizační pracovnice. Jeden pracovník uvedl, že v době návštěvy se na oddělení nenacházel pacient, u něhož by bylo potřebné takové pomůcky používat. Jiný pracovník naopak tvrdil, že se na oddělení nacházejí i pacienti s komunikačními problémy. Při komunikaci se snaží působit příjemně a zohledňovat vlastní znalosti o schopnostech a problémech pacienta.

60 Schopnost komunikace je u člověka s demencí velmi poškozena, a to jak v části vysílání, tak i přijímání sdělení. Tuto „vstupenku do společnosti“ tak člověk s demencí ztrácí. Člověk může být potom v důsledku nedostatečné komunikace osamocen a izolován, i když je fakticky lidmi obklopen. Přitom schopnost komunikovat není u člověka s demencí nikdy zcela zničená, stále je možné hledat jiné formy komunikace, kterými pacienta ještě disponuje. I sdělení, která zdánlivě nemají význam, ho mít mohou. Pečující si velmi usnadní situaci a zpříjemní péči jak pacientům, tak sami sobě, pokud se naučí komunikaci s člověkem s demencí reflektovat, rozumět jí a používat ji. HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007, edice Vážka, s. 68. ISBN 978-80-254-0177-4

61 Alternativní a augmentativní komunikace – způsoby komunikace a komunikační systémy, které nezahrnují přímou mluvenou řeč. Augmentativní komunikace jsou doplňkové nebo rozšiřující komunikační způsoby. Podporují sice částečně přitomné, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Obvykle mají podobu vizuální podpory (ve formě znaků, symbolů atp.), které napomáhají verbalizaci, vyjadřování nebo porozumění řeči. Alternativní komunikace je úplná náhrada běžné mluvené řeči (člověk používá alternativní způsob jako hlavní výrazový prostředek). Dále viz např. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Metodika pro účastníky vzdělávacího programu pro pracovníky v přímé péči o uživatele. Praha, 2013. Dostupná z http://www.trass.cz/archive_2015/files/3-vzdelavani1-2_MetodikaPPP_FinalVerze.pdf, s. 32.



Speciální školení na komunikaci s pacientem s demencí podle sdělení některých pracovníků proběhlo již dávno v minulosti. Jiní pracovníci takové školení nezmiňovali, případně uváděli, že jím prošli v jiném zaměstnání.

Doporučuji, aby nemocnice do výše uvedeného školení (viz opatření č. 29) zahrnula také téma komunikace s pacienty s demencí. V jiném zařízení jsem se rovněž setkal s dobrou praxí, kdy personál od blízkých zjišťoval životní příběh pacienta. Personál tak může zjistit, zda pacient používal nějaké komunikační pomůcky, a nalézt témata, která jsou pacientovi blízká a budou ho ke komunikaci pobízet.

5.10.2 Podpora kontinence

Jedním z projevů demence je inkontinence. Cílem péče v této oblasti by měla být snaha udržet pacienta co nejdéle kontinentním, a to díky správnému režimu včetně režimu mikčního. Pacient by měl mít možnost se v cca dvouhodinových intervalech, i častěji, vymočit. Takto nastavený režim může minimalizovat spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci, které pak mohou představovat pouze jakousi pojistku.⁶²

Ošetrovatelský personál by měl mít jasné zadání, koho z pacientů a jak často vysazovat na toaletu, komu pomáhat na toaletu dojít a jak často. Komunikační bariéra na straně pacienta by neměla být důvodem pro ukončení dopomáhání na toaletu. Mikční režim by měl vycházet z individuálních potřeb každého pacienta a měl by mít odraz v jeho zdravotnické dokumentaci včetně záznamů o průběhu péče v této oblasti.

Potřeby pacientů se lišily, někteří pacienti měli pleny přes den i na noc, někteří je měli jen na noc pro jistotu, někteří pacienti personálu potřebu toalety sdělí a za doprovodu na toaletu dojdou. Nezjistil jsem však, že by některý z pacientů měl stanoven mikční režim a personál by mu aktivně pravidelně připomínal využití toalety a vedl např. mikční deník za účelem vyhodnocení rozvoje inkontinence. Užitečné může být začlenění cviků pro posílení pánevního dna do denního režimu pacientů.

Opatření:

- 30) Stanovit pacientům, u kterých je to vhodné, mikční režim, v jehož rámci bude řešeno, jaké používá inkontinenční pomůcky [pleny a vložky] na noc, jaké i přes den, zda má personál dopomáhat na toaletu a jak často (do 3 měsíců).**

5.10.3 Uzpůsobení prostor potřebám pacientů s demencí s důrazem na orientaci v realitě

Specifickým problémem syndromu demence je narušení či ztráta orientace v realitě. Součástí poskytované péče musí být promyšlená podpora orientace v realitě a odbourávání je-

62 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, op. cit., s. 109.



jích překážek. Prostředí nemocnice by mělo být materiálně a technicky uzpůsobeno pacientům s demencí. Je známo, že neschopnost orientovat se může být příčinou poruch chování, či dokonce agresivity.⁶³

Pomoc pacientovi s orientací v realitě (v místě, osobě, čase) zahrnuje řadu prvků. Lidé s demencí jsou ohroženi blouděním i ve známém prostředí. Prostor, kde se pohybují, má být proto přehledný, pacienti mají vidět na personál a personál má o nich mít přehled. Jednotlivé místnosti (pokoj, sociální zařízení, denní místnost, jídelna) musejí být označeny návodně a takovým způsobem, aby upoutaly pozornost.

Orientaci pacienta v prostoru je třeba podpořit například za pomoci piktogramu, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směrovkami, značkami.⁶⁴ Musí být rovněž zohledněno, že mnoho lidí s demencí má strach ze tmy nebo má problém rozeznat nerovnosti terénu. Nevhodné jsou podlahy s tmavými vzory či zrcadla.

Orientaci v čase je pak vhodné napomoci například velkými nástěnnými hodinami, viditelným barevným provedením dne v týdnu, měsíce, roku.

Na obou odděleních se nacházely velké kalendáře s daty a ročním obdobím a nástěnné hodiny. Na oddělení 10 zaměstnanci Kanceláře zaznamenali rovněž hodiny s piktogramy režimu dne.

Prostory oddělení nebyly přizpůsobeny zhoršené orientaci pacientů s demencí v prostoru. Dveře místností byly označeny slovně, pokoje pacientů byly označeny pouze číslem a jmény pacientů. Na oddělení 10 zaměstnanci Kanceláře zaznamenali na některých dveřích nálepky ve vzoru květin. Takové nálepky mohou sloužit jako dekorace, nicméně je nepovažují za orientační prvek, neboť stejná nálepka se nacházela na více dveřích od různých místností. Někteří pracovníci otevřeně uvedli, že prostředí by bylo vhodné doplnit o orientační prvky, protože někteří pacienti po oddělení bloudí a nemohou najít svůj pokoj.

Podporuji nemocnici v tom, aby prostředí oddělení, kde se nacházejí pacienti s demencí, přizpůsobovala jejich potřebám. Považuji za zásadní, že oddělení 24 se bude stěhovat do jiných prostor, neboť jak uvádím výše, stávající prostory jsou v mnoha ohledech nedostačující. S ohledem na zvýšené potřeby pacientů v oblasti podpory orientace v prostoru považuji za vhodné, aby oddělení byla vybavena orientačními prvky. V jiném psychiatrickém zařízení s obdobnou cílovou skupinou jsem se setkal například s označením místností pomocí piktogramů a označením pokojů pomocí obrázků například zvířete či ovoce. Zároveň je důležité pozorovat a vyhodnocovat, zda jsou konkrétní orientační prvky pro pacienty přínosné, a odstraňovat prvky, které pro ně mohou být matoucí.

63 *Samotné nápisy, barvy a symboly ještě zdaleka nepostačí k tomu, aby se pacienti s demencí v prostoru zařízení orientovali. Je třeba trpělivě a pečlivě učit orientaci v zařízení, je třeba je učit tomu, jaká barva je barvou jejich pokoje, jaké jsou společné prostory [...] Pacienti s demencí jsou někdy schopni sami nalézt určité orientační body, které nám nemusí být na první pohled nápadné. Proto by měli být ošetřující pozorní a měli by sledovat, co upoutává pozornost pacientů s demencí a podle čeho se začínají orientovat.* (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, op. cit. s. 177).

64 HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, op. cit. s. 177



Opatření:

- 31) Prostory oddělení, na nichž pobývají pacienti s demencí, přizpůsobit jejich potřebám a vybavit je prvky, které budou pacienty podporovat v orientaci (do 3 měsíců).**

6. Omezovací prostředky

Vedle naplnění základního účelu, kterým je odvrácení vážného nebezpečí, mají omezovací prostředky často nežádoucí účinky (způsobení bolesti, zranění, ponížení, narušení terapeutického vztahu, dokonce hrozí i náhlá úmrtí). Proto je jejich používání podrobena přísným pravidlům (včetně náročnějšího povolovacího procesu, dokumentování a rozboru případu s pacientem).

Aby v realitě poskytování péče skutečně platilo, že omezení je až krajním opatřením, a personální, materiální a organizační podmínky na daném pracovišti je naopak nevynucují, měl by poskytovatel používání omezovacích prostředků centrálně sledovat a usilovat o jeho minimalizaci. Nesmí se připustit, aby omezovací prostředky byly použity jako výchovné opatření nebo jako kompenzace nedostatku ošetřujícího personálu a nevhodnosti prostředí poskytování péče.

Zaměřuji se nejen na samotné rozhodnutí o omezení, ale i na trvání omezení, způsob, jak bylo omezení provedeno, jak byl zajištěn dohled nad pacientem, jeho kontroly a záznamy o průběhu omezení.⁶⁵ Součástí tématu tak jsou také mírnější alternativy k odvrácení hrozícího nebezpečí, opatření ke snížení nezbytnosti používat omezení a systematické úsilí nemocnice o naplňování zásady co nejmenšího omezení.⁶⁶

6.1 K používání omezovacích prostředků v nemocnici

Používání omezovacích prostředků je podrobně a přehledně upraveno ve vnitřním předpisu (nemocniční standard pro používání OP), ke kterému nemám výhrady. Je správné, že upravuje rovněž používání pásů v křesle jako prostředku prevence pádu.

Personál obou oddělení uvedl, že na oddělení se využívají omezovací prostředky velmi zřídka. Pokud nastane potřeba omezení, personál zpravidla přivolává na pomoc pracovníky z centrálního příjmu a pacient je následně přeložen na jiné (akutní) oddělení. Výjimečně na oddělení dochází k použití farmakologického omezovacího prostředku. Podle sdělení personálu se na odděleních rovněž využívají fixační pásy v křesle k prevenci pádu.

Z centrální evidence vyplývá, že od počátku roku 2022 do dne konání systematické návštěvy došlo na oddělení 24 k pěti omezením psychofarmaky; na oddělení 10 ke dvěma omezením

⁶⁵ Podle pravidel v § 39 zákona o zdravotních službách, vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, národních doporučení a uznávaných medicínských postupů a standardů prevence špatného zacházení (CPT). Na shodné oblasti se zaměřuje i Evropský soud pro lidská práva, viz rozsudek ve věci ve věci *Aggerholm proti Dánsku* ze dne 15. září 2020, stížnost č. 45439/18. odst. 89.

⁶⁶ Rada Evropy. Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy Rec(2004)10 ve věci ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou [online]. Rada Evropy, 2004 [cit. 26. října 2023]. Dostupné zde <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-e/168066c7e1>, čl. 8.



psychofarmaky, jednomu omezení v uzamčené místnosti a dvěma omezením břišním pásem. Údaje týkající se oddělení 10 však nepovažuji za vypovídající, neboť ze studia zdravotnické dokumentace dotyčných pacientů vyplývá, že k omezením břišním pásem došlo na jiném oddělení. Ze zdravotnické dokumentace pacienta, který měl být uzamčen v místnosti, jsem zjistil, že v tomto případě došlo k podání psychofarmak, nikoliv k uzamčení v místnosti.

Nemocnice vede centrální evidenci omezení elektronicky a pravidelně zajišťuje její vyhodnocování externími i interními audity. Audity se zaměřují jak na znalosti personálu, tak na zaznamenávání omezení do dokumentace. Výsledek auditu se předává staniční sestře z konkrétního oddělení. **Takový postup považuji za správný a věřím, že se nemocnice na výše uvedené chyby v evidenci omezení v rámci auditů zaměří.**

6.1.1 Omezení pacienta pásy

Z *Doporučeného postupu: Péče o pacienta v omezení*,⁶⁷ který vznikl v rámci reformy péče o duševní zdraví, vyplývá, že omezením pacienta je mimo jiné i použití ochranných pásů nebo kurtů v jiném zdravotnickém prostředku než lůžku, např. v křesle či vozíku.

Podle sdělení personálu z oddělení 10 u pacientů využívají fixační pásy v křesle s cílem předcházet pádům. Fixace se provádí pomocí pásů s přezkou, které jsou součástí křesel. Na oddělení 24 se takové pásy v době návštěvy nevyužívaly.

Personál oddělení 10 uvedl, že pás v křesle zapínají těm pacientům, kteří jsou schopni si jej sami rozepnout. O použití pásu rozhodují sestry dle vlastního uvážení a jejich použití se nikam neeviduje.

Fixaci pásem v křesle u pacientů, kteří jsou schopni si jej sami rozepnout, nepovažuji za použití omezovacího prostředku, pokud pacient může křeslo kdykoliv opustit. Zároveň však upozorňuji, že pacienti ve vyšším věku mohou přicházet o schopnost jemné motoriky a rozepnutí přezky pro ně může být obtížné. Za rizikové považuji také to, že personál o použití pásu rozhoduje intuitivně, a může tak docházet k jejich nadužívání. **Apeluji na personál, aby před použitím fixačního pásu v křesle u pacienta řádně vyhodnotil, zda je fixační pás nutné použít a zda je pacient schopen si přezku rozepnout. Důvod pro použití fixačního pásu, včetně vyhodnocení schopnosti jej rozepnout, by měl být zaznamenán v dokumentaci pacienta.**

Personál uvedl, že jedním z pacientů, u něhož používají fixační pás v křesle, je pacient A. Jak uvádím v [oddílu 5. 6. 1](#), pacient je podle dokumentace mobilní pouze omezeně, jeho chůze

67 Reforma péče o duševní zdraví. Doporučený postup: Péče o pacienta v omezení. [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví, 2022 [cit. 22. 10. 2023]. Dostupný z <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporučený-postup-pouzivani-omezovacich-prostredku> („Doporučený postup: Péče o pacienta v omezení“) bod 4.OME.05.: *Pacient omezený ochrannými pásy nebo kurty musí být umístěn mimo přímý kontakt s ostatními pacienty. Umožňuje-li to stavební dispozice a organizačně provozní situace na oddělení, musí být pacient umístěn v místnosti vyhrazené k tomuto způsobu omezení.*



je nestabilní, v některé dny zcela nemožná. V dokumentaci pacienta se objevuje několik záznamů o tom, že se snaží křeslo (příp. lůžko) opustit. Není jasné, zda byl pacient sám schopen křeslo opustit, případně zda mu to personál umožnil.

S ohledem na nedostatek informací ve zdravotnické dokumentaci pacienta A nedokážu zhodnotit, zda v jeho případě došlo k omezení volného pohybu fixačním pásem, či nikoliv. Upozorňuji však, že pokud pacient chce a je fyzicky schopen opustit křeslo, ale personál mu to neumožní například právě ponecháním fixačního pásu, jedná se o omezení volného pohybu. K použití omezovacího prostředku lze přitom přistoupit jen v případě bezprostředního vážného ohrožení na zdraví či životě. Nezpochybňuji, že u některých pacientů by zanedbání rizika pádu mohlo znamenat bezprostřední vážné ohrožení jejich zdraví či života. V takovém případě však musejí být dodrženy zákonné podmínky jako například rozhodování lékaře a řádné evidování.

Omezení pacienta fixačním pásem v křesle upravuje nemocniční standard pro používání OP. To je správné. Intuitivní přístup personálu k používání fixačních pásů v křesle a jejich nedostatečné dokumentování však zbytečně vytváří prostor pro nekontrolovatelnou praxi, kdy personál může přistoupit k omezení pacienta bez záruk, jako jsou rozhodnutí lékaře nebo náležité dokumentování.

Opatření:

- 32) Důsledně vyhodnocovat, zda je pacient schopen rozepnout přezku od fixačního pásu. Vyhodnocení a jednotlivé případy použití fixačního pásu zaznamenávat do zdravotnické dokumentace pacienta (průběžně).**
- 33) Důsledně pracovat s omezovacím prostředkem pomocí pásu v křesle, tj. přistupovat k němu jen v situaci bezprostředního vážného ohrožení na životě či zdraví, zajistit jeho používání zásadně z rozhodnutí lékaře a náležitě jej dokumentovat včetně centrální evidence (průběžně).**

6.1.2 Farmakologické omezení

Nemocniční standard pro používání OP definuje farmakologické omezení v souladu se zákonem,⁶⁸ konkrétně jako „podání psychofarmak, popřípadě jiných léčivých přípravků za účelem zvládnutí chování pacienta (např. pro agitovanost, psychomotorický neklid či agresivní jednání pacienta), které jsou pacientovi podány silou“.

Jeden pracovník z oddělení 10 uvedl, že za omezení nepovažují podání psychofarmak, které lékař předepsal jako tzv. fakultativní medikaci (pro případ potřeby). Podání takového léku se nikdy neeviduje jako omezovací prostředek a sestry jej podávají, aniž by musely volat lékaře. Jako omezovací prostředek by evidovali nutné podání psychofarmak, která lékař nepředepsal jako fakultativní medikaci. Domnívám se tedy, že někteří pracovníci nerozeznávají farmakologický omezovací prostředek správně. **Klíčem pro rozeznání farmakologického omezovacího prostředku totiž není forma předpisu lékaře, ale skutečnost, že pacientovi byly podány silou za účelem zvládnutí jeho chování. Tedy i psychofarmaka předepsaná**

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



pro fakultativní podání mohou být omezovacím prostředkem, pokud je personál pacientovi podává silou (nebo pod hrozbou síly).

Také sesterské zápisy v dokumentaci některých pacientů naznačují, že došlo k použití farmakologického omezovacího prostředku, ačkoliv jej personál za omezení nepovažoval. Jako příklad uvádím podání fakultativní medikace pacientovi A, ze dne 30. srpna 2023:

- „V 1:00 pacient nespí, neustále opouští lůžko, přelézá zábrany – podáno 5gtt. dle ord. Rivotril, bez efektu. V 1:35 h pacient je agresivní, tenzní, přelézá opět lůžko, kope oš. personál – aplikován Rivotril ½ amp.+ Haloperidol ½ amp. im. Pacient usnul kolem 2:15 h. Při kontrolách klidně spí.“

Dále jde například o záznam ze dne 27. srpna 2023:

- „Pacient tenzní, ohání se po personálu, neustále opouští postel, i křeslo – ve 20 hod. podáno 5gtt. Rivotril dle ordinace, po té podána i noční medikace, pacient stále tenzní, opouští postel, chodí po oddělení, chůze nestabilní, domlouvám nepřístupný, při neustálém ukládání do postele se snaží uhodit personál, proto ve 23 hod. apl. ½ amp. Rivotril a ½ amp. Haloperidol.“

Dalším příkladem je záznam ze dne 23. srpna 2023:

- „Ve 22:30 hod. po podání gtt. bez efektu, pere se s personálem při ukládání do lůžka a při oblékání, agitovaný, nespolupracuje, aplikován Haloperidol – richter 5mg/ml inj. – ½ amp. i.m. + Rivotril 1mg/ml – ½ amp. i. m. dle fakult. ord. do LDK stehna.“

Zápis ze dne 21. srpna 2023 uvádí:

- „Ve 21:00 pac. tenzní, agitovaný, snaží se opustit lůžko, přelézá přes zábrany. Pacient je verbálně i brachiálně agresivní vůči oš. personálu, personál napadá tím, že nás chce kopat do obličeje – podána fakultativní ordinace Haloperidol Richter ½ amp.+ Rivotril ½ amp. i.m.“⁶⁹

Tyto zápisy vypovídají o tom, že personál psychofarmaka podal za účelem zvládnutí chování pacienta. Dokumentace neobsahuje informaci o tom, zda pacient s podáním medikace souhlasil, či nikoliv. Popis naopak naznačuje, že medikace byla podána silou.

Pověřený expert zhodnotil dávkování tlumících léčiv v rámci tzv. fakultativní medikace jako šetrné. Nezjistil jsem tedy, že by v nemocnici docházelo ke zneužívání nebo nadužívání této medikace. **Chybné rozeznávání tzv. fakultativní medikace a farmakologického omezovacího prostředku však vede ke ztrátě záruk, jako je použití zásadně z rozhodnutí lékaře, který zhodnotí aktuální stav pacienta a řeší případné komplikace, a s náležitým evidováním.**

Opatření:

34) Považovat každé podání psychofarmaka nebo jiného léčiva silou [nebo s hrozbou jejího použití] za účelem zvládnutí chování pacienta za použití omezovacího

69 Obdobné zápisy nacházím v dokumentaci také ze dnů 20. a 23. července, jakož i 6. a 10. srpna 2023.



prostředku, a to bez ohledu na to, zda léčivo předepsal lékař už ve fakultativní medikaci (průběžně).

6.2 Rozhodování o použití a trvání omezení

Zákon stanoví, že použití omezovacího prostředku má zásadně indikovat lékař a jen výjimečně, při nebezpečí z prodlení, jiný zdravotnický pracovník; lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení.⁷⁰

Oslovený personál uvedl, že o použití omezovacího prostředku rozhoduje lékař. Uvedenému standardu odpovídají také pokyny v nemocničním standardu pro používání OP. To je správné.

Na rozhodování o použití omezovacího prostředku jsem se zaměřil i při studiu zdravotnické dokumentace. Z dokumentace pacienta C a pacienta D (u nichž podle centrální evidence omezení došlo k použití farmakologického omezovacího prostředku) vyplývá, že personál o neklidu pacienta neprodleně informoval žurnálního lékaře. Ten indikoval použití omezovacího prostředku. Takový postup je správný.

Jak zmiňuji v [oddílu 6. 1. 2](#), některý personál za omezení nepovažuje podání psychofarmak, které lékař předepsal jako tzv. fakultativní medikaci. **V praxi tak může nastat situace, kdy ošetrovatelský personál přistoupí k omezení, aniž by přivolal lékaře nebo mu podání psychofarmak alespoň oznámil.** Tomu odpovídají záznamy ve zdravotnické dokumentaci pacienta A. Například záznamy ze dnů 21., 23., 27. a 30. srpna 2023⁷¹ vyvolávají dojem, že došlo k použití farmakologického omezovacího prostředku, ačkoliv v dokumentaci není záznam o tom, zda byl informován lékař. Popis situace, včetně podání psychofarmak, obsahuje pouze podpis a razítko ošetrovatelského personálu. Lékař podání psychofarmak popisuje vlastním záznamem, který v některých případech následuje až po 14 hodinách.⁷²

Považuji za zásadní, že personál si je vědom pravidla, že o použití omezovacího prostředku rozhoduje lékař. Z dokumentace pacienta C a D vyplývá, že je personál dodržuje. To je správné. Problematické je nepřesné rozeznávání farmakologického omezovacího prostředku, které může vést i ke ztrátě záruk, jako je rozhodování lékaře. **V tomto ohledu proto považuji za nutné splnit opatření č. 34.**

6.3 Nezbytnost omezení a jeho trvání

Zákon použití omezovacích prostředků připouští pouze tehdy, je-li účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.⁷³ Dále zákon předepisuje dodržet zásadu subsidiarity. Omezovací prostředek lze použít poté, co byl

⁷⁰ Ustanovení § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.

⁷¹ Obdobné zápisy nacházím v dokumentaci také ze dnů 20. a 23. července, jakož i 6. a 10. srpna 2023.

⁷² Podání psychofarmak lékař popisuje vlastním záznamem dne 21. srpna po 12 hodinách, dne 23. srpna po cca 14 hodinách, dne 27. srpna po cca 12 hodinách a dne 30. srpna po 4 hodinách.

⁷³ Viz § 39 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.



neúspěšný mírnější postup, než je omezení, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení daného účelu; toto musí být zadokumentováno.⁷⁴

V případě pacientů, u nichž je využívání omezovacího prostředku opakované (nebo je taková zkušenost z předchozí hospitalizace), a kteří tedy zjevně vyžadují zvláštní opatření nad rámec standardní péče na oddělení, je namístě v individuálním léčebném postupu zpracovat **plán, jak k pacientovi přistupovat ve snaze omezení předejít nebo je maximálně zkrátit. Za tím účelem je třeba hodnotit, jaká opatření primární a sekundární prevence nefungovala, jaká se ještě budou zkoušet a jak se bude restriktivní režim kompenzovat, respektive postupně zmírňovat.**⁷⁵

Nemocniční předpis pro používání OP správně uvádí, že omezení volného pohybu pacienta je vždy až krajní možností, které by měl předcházet pokus o zvládnutí situace jinými prostředky (slovní usměrnění, úprava prostředí, nabídka fakultativní medikace apod.). Oceňuji, že předpis obsahuje popis a kroky deeskalace.

Na nezbytnost omezení a jeho trvání jsem se zaměřil i při studiu zdravotnické dokumentace. K záznamům farmakologického omezení pacienta C a D nemám výhrady. V dekurzu je popis předcházející situace, je zřejmé, v čem spočívalo bezprostřední ohrožení na životě či zdraví pacienta, i to, jak se personál pokusil situaci řešit mírnějšími prostředky.

Níže se zabývám opakovaným podáním psychofarmak pacientovi A. Jak zmiňuji v [oddílu 6.1.2](#), personál podání psychofarmak jako omezení nerozeznal a neevidoval. Záznamy v dekurzu však vyvolávají dojem, že k omezení došlo. Z tohoto důvodu se vyjádřím k nezbytnosti omezení a jeho trvání i u tohoto pacienta. K podání psychofarmak pacienta došlo několikrát v průběhu více než měsíce.⁷⁶ Popis situace předcházející podání psychofarmak se opakuje. Personál uvádí, že pacient byl tenzní, agitovaný, snažil se opustit lůžko, přelézal zábrany a byl verbálně i brachiálně agresivní vůči personálu (např. kopal ošetřovatelský personál, snažil se je uhodit do obličeje). Informace v dekurzu považuji za dostačující pro zdůvodnění bezprostředního ohrožení na životě či zdraví pacienta či okolí. **Záznamy však zpravidla postrádají informaci o tom, zda se personál pokusil situaci řešit nějakými mírnějšími prostředky než podáním psychofarmak nebo plánoval, jak do budoucna opakovanému podání psychofarmak předcházet.** Ojediněle se v záznamech objevuje zápis, že se personál před podáním psychofarmak pokusil o domluvu.⁷⁷ To za dostačující nepovažuji.

Domnívám se, že pacient A je ohrožen špatným zacházením. Důvodem je opakované podávání tlumících psychofarmak, aniž by bylo z dokumentace zřejmé, zda personál zjišťoval

74 Viz § 39 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách a § 1 odst. 2 písm. d) bod 1 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

75 **Provedení individuálních opatření** předvídají mimo jiné i doporučené postupy psychiatrické péče II: „Součástí individuálního plánu péče o nemocného by mělo být stanovení způsobu, jakým lze neefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následné ohrožující chování.“ Také metodické doporučení ministerstva v čl. 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.

76 Konkrétně o tomto nacházím záznamy ze dnů 20., 23. a 26. července 2023, a dále z 6., 10., 21., 23., 27. a 30. srpna 2023.

77 Viz například záznam ze dnů 10., 23. a 27. srpna 2023.



důvody jeho neklidu a snahy opustit lůžko a zda se pokoušel opakovanému podání psychofarmak předejít. Jak uvádím v [oddílu 5. 6. 1](#), v dokumentaci pacienta nejsou ani žádné záznamy o tom, zda má přes den nějakou aktivizaci, případně jak často. Snaha opustit lůžko (i neklid) přitom může mít řadu příčin, např. nepohodlí, bolest, touhu po změně prostředí apod. Je nepřijatelné, aby personál dlouhodobou situaci řešil bez dalšího pouze podáváním psychofarmak. **Apeluji na nemocnici, aby se na situaci pacienta A zaměřila, analyzovala ji a případně prevenci a plán zvládnutí předvídaného rizika uplatnila i u pacientů gerontopsychiatrických oddělení.**

Opatření:

- 35) **Důsledně dokumentovat důvod použití omezovacího prostředku a položit důraz zejména na zaznamenání neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků (průběžně).**
- 36) **V případě opakovaného omezení pacienta hledat možnost úprav v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče a úpravy v léčbě s cílem snížit četnost omezení. Za tímto účelem v rámci individuálního léčebného postupu pacienta vyhodnocovat, jaká opatření primární a sekundární prevence nefungovala, jaká se ještě budou zkoušet a jak se bude restriktivní režim kompenzovat (průběžně).**

6.4 Dokumentace omezení a dohled nad jeho průběhem

Četnost záznamů o průběhu omezení má být taková, aby bylo omezení přehledně dokumentováno a bylo možné zpětně rekonstruovat důvod a průběh omezení.⁷⁸ Tím je zajištěno i předávání informací mezi zdravotníky. Neuvedení důvodu omezení v dokumentaci či nedostatečná čitelnost záznamů jde k tíži nemocnice.⁷⁹

Podle *Doporučeného postupu: Péče o pacienta v omezení*, který vznikl v rámci reformy péče o duševní zdraví, má sestra nejpozději 60 minut po farmakologickém omezení zaznamenat efekt léčiva, přičemž popis musí být konkrétní. Pokud sestra nemůže efekt zhodnotit (např. na konci služby nebo z důvodu přeložení pacienta na jiné oddělení), má efekt podané medicíny zhodnotit sestra, která přebírá pacienta do péče.⁸⁰ Nemocniční standard pro používání OP tento pokyn reflektuje.

V dokumentaci pacienta C a D nenacházím záznam o efektu farmakologického omezení, který má personál činit do 60 minut od jeho aplikace. U pacienta D se v pozdějších záznamech (po cca 6 hodinách) objevuje informace o tom, že pacient je již klidný. V dokumentaci pacienta C nenacházím ani takovou informaci. V dokumentaci pacienta A se záznamy o efektu léčiva nacházejí (např. medikace s parciálním efektem, pacient spal celou noc apod.), byť v některých případech několik hodin po podání psychofarmak.

⁷⁸ Rozsah dokumentace vyplývá z ustanovení § 1 odst. 2 písm. k) vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

⁷⁹ Viz náleznost Ústavního soudu ze dne 28. června 2022, sp. zn. I. ÚS 1785/21, body 30 a 31.

⁸⁰ Doporučený postup: Péče o pacienta v omezení, bod 4. OME.04.



Zákon⁸¹ předepisuje zajistit dohled, který odpovídá závažnosti zdravotního stavu pacienta. Z nemocničního standardu pro používání omezovacích prostředků vyplývá, že v případě farmakologického omezení má personál věnovat pacientovi zvýšenou pozornost, sledovat stav jeho vědomí a účinek medikace.

Ze studované dokumentace pacienta A, C i D vyplývá, že pacienti měli běžně stanoven zvýšený dohled. Není však jasné, zda se dohled po aplikaci farmakologického omezení nějak změnil. Četnost záznamů o stavu pacienta se výrazně nelišila.

Opatření:

- 37) Dohled nad pacientem upravovat dle závažnosti jeho zdravotního stavu a důsledně zaznamenávat efekt farmakologického omezovacího prostředku, a to zásadně do 60 minut od jeho aplikace (průběžně).**

6.5 Zpětný rozbor omezení s pacientem

Zákon o zdravotních službách a metodické doporučení ministerstva⁸² zdůrazňuje informování pacienta o důvodech použití omezovacího prostředku. **Podrobně postup provedení takového rozhovoru upravuje dokument vytvořený v rámci reformy péče o duševní zdraví *Následný rozbor omezení*.**⁸³

Je známo, že **pacienti někdy vnímají použití omezení jako křivdu nebo jim v paměti vystupuje jako špatný zážitek z léčby**. Proto je z pohledu prevence špatného zacházení důležité, aby rozhovor s pacientem o omezení neměl povahu splnění informační povinnosti, ale **terapeutického rozhovoru**, při kterém se činí krok k obnovení důvěry mezi pacientem a zdravotníky a hledají se preventivní opatření do budoucna.

Povinnost provést debriefing je uvedena v nemocničním předpisu pro používání OP. Předpis správně stanoví, že debriefing má mít povahu terapeutického rozhovoru, a jeho provedení se má zaznamenávat do dokumentace pacienta. Personál sdělil, že na navštívených odděleních k debriefingu nedochází, neboť frekvence používání omezovacích prostředků je nízká a u většiny pacientů jej nejde realizovat z důvodu kognitivního deficitu. Pokud by to kognitivní schopnosti pacienta umožňovaly, debriefing by provedli. K tomuto přístupu nemám výhrady.

81 Viz § 39 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách.

82 Viz § 39 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách a čl. 1 odst. 8 metodického doporučení ministerstva.

83 Reforma péče o duševní zdraví. Následný rozbor omezení. [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví, 2022 [cit. 26. října 2023]. <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny-postup-pouzivani-omezovacich-prostredku>.



7. Pojistky v průběhu hospitalizace

7.1 Pacient hospitalizovaný bez souhlasu

V nemocnici jsou hospitalizováni i pacienti, kteří byli přijati bez svého souhlasu. Z občanského zákoníku⁸⁴ vyplývá, že pacient hospitalizovaný bez souhlasu musí bez zbytečného odkladu obdržet náležité vysvětlení svého právního postavení, zákonného důvodu učiněného opatření a možností právní ochrany.

Na nástěnkách oddělení se nacházely informace o právním postavení nedobrovolně hospitalizovaných pacientů. Mezi informacemi chybí poučení o tom, kdy a jak se mohou obrátit na soud. **Doporučuji nemocnici, aby materiál doplnila a vytvořila jej rovněž v podobě brožury ve srozumitelné formě, kterou si pacienti mohou prostudovat ve větším soukromí a klidu na pokoji.**

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

Nemocnice výše uvedený standard naplňuje a na soud se obrací i v případě pacientů, kteří nejsou souhlas s hospitalizací schopni udělit z důvodu kognitivního deficitu. Výše ve zprávě jsem však upozornil na riziko směřování hospitalizace bez souhlasu s možností léčby bez souhlasu (viz [oddíl 5.2.2](#)).

7.2 Stížnosti

Stížnostní mechanismus je jednou z pojistek proti špatnému zacházení s osobami zbavenými svobody. Pokud se bere vážně a jeho využívání je pacientům otevřeno, vedle plnění této funkce také přispívá k dobrým vztahům s personálem. Zákon o zdravotních službách nestanoví, jak má poskytovatel stížnostní mechanismus nastavit. V rámci této volnosti je však nezbytné dodržet základní zásady. Mimo zákonem výslovně uvedené zásady, že podání stížnosti nesmí být na újmu osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se týká, vyzdvihují zásady prevence špatného zacházení podle CPT: dostupnost, přístupnost, důvěrnost a bezpečnost, účinnost a doložitelnost.⁸⁵ Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z faktu duševní poruchy.

Za vhodný způsob podávání stížností v souladu s uvedenými zásadami považuji například vybavení uzavřených oddělení schránkami na stížnosti, které v pravidelných intervalech vybírá osoba, která se přímo nepodílí na chodu oddělení, nejlépe pověřený zaměstnanec z ředitelství nemocnice. Krokem k ještě větší otevřenosti stížnostního mechanismu je uvádění aktuální informace o tom, kdo a kdy naposledy konkrétní schránku vybral.

⁸⁴ Ustanovení § 106 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

⁸⁵ Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Complaints mechanismus. Výňatek z 27. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2018)4-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 26. října 2023]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/complaints-mechanisms>.



Podle sdělení personálu si pacienti mohou stěžovat ústně, písemně přes podatelnu, e-mailem nebo pomocí schránky. Schránky se nacházely na obou navštívených odděleních. Upozorňuji však, že jejich umístění se jevilo být nad úrovní, v jaké by je zvládl použít člověk na vozíku. Jeden pracovník uvedl, že pokud pacient chce, personál před jeho očima vhodí stížnost do schránky za něj. **Doporučuji proto nemocnici, aby ověřila, zda jsou schránky dostupné i pacientům na vozíku, a v případě potřeby jejich umístění upravila.**



Obrázek č. 2 – Schránka na stížnosti

Schránky byly označeny informací, že psací potřeby poskytuje personál na požádání, schránka se vybírá vždy první týden v měsíci a více informací poskytuje personál. To nepovažuji za dostačující. **Z informací není jasné, kdo schránky vybírá, ani to, jak se stížnosti vyřizují (včetně možnosti pacienta obrátit se na Magistrát Hl. města Prahy. Také interval vybírání schránky jednou měsíčně nepovažuji za dostačující.** Jestliže má nemocnice následně jeden měsíc na vyřízení stížnosti, pacient může čekat na reakci až dva měsíce. Dlouhá doba pro vyřízení stížnosti přitom činí ze stížnostního mechanismu neefektivní záruku proti špatnému zacházení. V jiných zařízeních jsem se setkal s praxí, kdy jsou stížnostní schránky vybírány jednou týdně.

Získal jsem odlišné informace o tom, kdo schránky vybírá. Podle ředitelky vybírání schránek v nemocnici zajišťuje pracovník z oddělení kvality. Podle personálu z oddělení 24 však



schránku vybírá staniční sestra. **Aby bylo možné považovat schránky na písemnou stížnost za účinný prostředek, podání stížností musí být umožněno důvěrně a s vyloučením, být hypotetické, možnosti, že budou filtrovány.** To nesplňuje systém, ve kterém je do procesu přebírání stížností od pacienta zapojen pracovník, do jehož péče je pacient svěřen. V tomto ohledu také podotýkám, že postup, kdy personál vhazuje stížnost do schránky za pacienta, by se měl využívat v krajních případech, kdy pacient není schopen schránku využít sám (např. trvale ležící pacient). I v takové situaci by jej měl zajišťovat pracovník, který nepracuje na daném oddělení.

Systém vyřizování stížností v nemocnici prošel změnami a nově je má na starosti tým nemocničního ombudsmana. Ten stížnosti zpracovává, přičemž jejich vyřízení schvaluje ředitelka nemocnice. **Vážím si toho, že podle nového nemocničního předpisu k podávání stížností se nemocnice zabývá i anonymními, povahou závažnými stížnostmi, které vnímá jako podklad pro dohledovou a kontrolní činnost. Obsah anonymní stížnosti a postup při jejím řešení mohou po anonymizování a schválení ředitelkou vyvěsit na nástěnce oddělení. To je správné.**

Opatření:

- 38) Schránky na stížnosti umístit tak, aby byly přístupné i pacientům na vozíku, a opatřit je informacemi o stížnostním mechanismu ve formě srozumitelné pro pacienty s kognitivním deficitem (do 3 měsíců).
- 39) Zajistit častější vybírání schránek na stížnosti, a to ideálně jednou týdně (bezodkladně).
- 40) Vhazováním stížností do schránky za pacienty a vybíráním schránek pověřit pracovníka, který nepracuje na oddělení (bezodkladně).



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	• Upustit od plošného omezování počtu cigaret pacientům z oddělení 10 (opatření č. 16). • Přehodnotit používání postranic u pacienta A, zvážit jiné prostředky prevence pádu a nastavit přiměřená opatření do budoucna (opatření č. 27). • Zajistit častější vybírání schránek na stížnosti, a to ideálně jednou týdně (opatření č. 39). • Vhazováním stížnosti do schránky za pacienty a vybíráním schránek pověřit pracovníka, který nepracuje na oddělení (opatření č. 40).
Do 1 měsíce	• Zajistit údržbu a opravit rozbité vybavení na oddělení 24 (opatření č. 14).
Do 3 měsíců	• Pacientům, kteří mají vlastní oblečení, je dovolit nosit, a v tomto ohledu upravit také domácí řád oddělení 10 (opatření č. 6). • Dveře toalet a koupelen vybavit otočnými zámky, které je možné v případě potřeby otevřít zvenčí (opatření č. 12). • Sprchy v koupelně oddělit zástěnou a zajistit vizuálně oddělený prostor pro chystání do sprchy a vany, pokud má být koupelna nadále využívána pro více pacientů naráz (opatření č. 13). • Stanovit pacientům, u kterých je to vhodné, mikční režim, v jehož rámci bude řešeno, jaké používá inkontinenční pomůcky [pleny a vložky] na noc, jaké i přes den, zda má personál dopomáhat na toaletu a jak často (opatření č. 30). • Prostory oddělení, na nichž pobývají pacienti s demencí, přizpůsobit jejich potřebám a vybavit je prvky, které budou pacienty podporovat v orientaci (opatření č. 31). • Schránky na stížnosti umístit tak, aby byly přístupné i pacientům na vozíku, a opatřit je informacemi o stížnostním mechanismu ve formě srozumitelné pro pacienty s kognitivním deficitem (opatření č. 38).
Do 6 měsíců	• Zajistit pacientům dostupnou signalizaci k přivolání personálu, a to zejména pacientům s omezenou hybností, a na toaletách a ve sprchách (opatření č. 1). • Pacientům, kteří nemají vlastní oblečení, poskytovat individualizované erární oblečení [včetně denního], které po dobu hospitalizace bude nosit pouze on (opatření č. 5). • Zajistit každému pacientovi uzamykatelný prostor přímo na pokoji a vybavit oddělení také uzamykatelným nábytkem pro uložení oblečení pacientů. Pacientům, jejichž zdravotní stav to nevylučuje, poskytnout klíč (opatření č. 11).



	• Postup pro získávání souhlasu s léčbou pacientů, kteří jej s ohledem na svůj zdravotní stav nemohou udělit samostatně, upravit vnitřním předpisem. Mimo jiné zahrnout také situaci, kdy se jedná o léčbu, která zanechává trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo je spojena s vážným nebezpečím pro život nebo zdraví (opatření č. 19). • Rozvíjet paliativní péči v nemocnici, zejména navázat spolupráci se specialistou na paliativní péči; zajišťovat soukromí pro rozloučení blízkých s umírajícím pacientem (opatření č. 28).
Do 1 roku	• Snížit kapacitu mnohalůžkových pokojů na maximálně 4 lůžka (ideálně na 2 lůžka), a to takovým způsobem, aby pacienti na vícelůžkových ložnicích měli co nejvíce soukromí [např. zajištěním závěsů] a v budoucnu bylo možné nadále snižovat kapacitu pokojů (opatření č. 8). • Hlavní pravidla domácích řádů zpracovat do samostatného dokumentu, který bude snadno srozumitelný, a zajistit jeho dostupnost na odděleních (opatření č. 15).
Průběžně	• Usilovat o navýšení ošetrovatelského personálu s cílem posílit denní i noční směnu (opatření č. 2). • Pravidelně [alespoň jednou ročně] školit všechny pracovníky, kteří se mohou podílet na omezení pacienta, ve využívání omezovacích prostředků (opatření č. 3). • Usilovat o vysokou úroveň organizační kultury, z pozice vedoucích pracovníků sledovat přístup zdravotníků k pacientům a adekvátně reagovat na případné poklesky (opatření č. 4). • Pacientům, kterým praní prádla nezajišťuje rodina, nabízet jiné způsoby praní, byť za úplatu, např. centrální praní oblečení označeného z vnitřní strany, praní v „miniprádelně“ nemocnice či sjednání externí služby (opatření č. 7). • Podporovat pacienty v individualizaci svého prostoru v pokoji (opatření č. 9). • Upravit zorné pole trvale ležících pacientů, tak aby bylo podnětné (opatření č. 10). • Umožňovat pacientům z oddělení 24 bez vlastního mobilního telefonu zavolat si ze služebního telefonu (opatření č. 17). • V situaci, kdy pacient není schopen udělit souhlas s léčbou, a nejsou naplněny podmínky pro léčbu bez souhlasu pacienta, vyžadovat souhlas od osoby dříve určené pacientem, manžela, registrovaného partnera, rodiče či jiné osoby blízké (opatření č. 18). • K léčbě bez souhlasu pacienta [případně zástupného souhlasu od osoby blízké, opatrovníka či soudu] přistupovat pouze v situacích, kdy to umožňuje zákon [typicky pokud je nutná neodkladná péče]. A to i v situaci, kdy je pacient hospitalizován bez souhlasu (opatření č. 20).



- Na základně posouzení aktuálního zdravotního stavu a individuálních schopností umožňovat všem pacientům pravidelný pobyt venku a jeho případné omezení, včetně odůvodnění, zaznamenávat do zdravotnické dokumentace (opatření č. 21).
- Důsledně pracovat na aktivizaci všech pacientů při zohlednění potřeb konkrétních pacientů (opatření č. 22).
- Zajišťovat pacientům hygienickou péči podle jejich individuálních potřeb a přání, celkovou koupel však nejméně dvakrát za 7 dnů (opatření č. 23).
- Nastavit systém vyhodnocování rizika pádu s dostatečnou rozlišovací schopností, na jehož základě bude možné detekovat pacienty s konkrétním rizikem pádu. Po každém pádu přijímat odpovídající preventivní opatření (opatření č. 24).
- Zajistit, aby lékař rozhodl alespoň o použití postranic, které je delší než 24 hodin, nebo u pacientů, u nichž je riziko, že postranice překonají (opatření č. 25).
- Ve zdravotnické dokumentaci zaznamenávat, jak dlouho pacient pobýval v lůžku s postranicemi (opatření č. 26).
- Nabízet střednímu zdravotnickému personálu oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s demencí, školení zaměřená na péči o takové pacienty (opatření č. 29).
- Důsledně vyhodnocovat, zda je pacient schopen rozepnout přezku od fixačního pásu. Vyhodnocení a jednotlivé případy použití fixačního pásu zaznamenávat do zdravotnické dokumentace pacienta (opatření č. 32).
- Důsledně pracovat s omezovacím prostředkem pomocí pásu v křesle, tj. přistupovat k němu jen v situaci bezprostředního vážného ohrožení na životě či zdraví, zajistit jeho používání zásadně z rozhodnutí lékaře a náležitě jej dokumentovat včetně centrální evidence (opatření č. 33).
- Považovat každé podání psychofarmaka nebo jiného léčiva silou [nebo s hrozbou jejího použití] za účelem zvládnutí chování pacienta za použití omezovacího prostředku, a to bez ohledu na to, zda léčivo předepsal lékař už ve fakultativní medikaci (opatření č. 34).
- Důsledně dokumentovat důvod použití omezovacího prostředku a položit důraz zejména na zaznamenání neúčinnosti či nemožnosti využití mírnějších prostředků (opatření č. 35).
- V případě opakovaného omezení pacienta hledat možnost úprav v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče a úpravy v léčbě s cílem snížit četnost omezení. Za tímto účelem v rámci individuálního léčebného postupu pacienta vyhodnocovat, jaká opatření primární a sekundární prevence nefungovala, jaká se ještě



budou zkoušet a jak se bude restriktivní režim kompenzovat (opatření č. 36).

- Dohled nad pacientem upravovat dle závažnosti jeho zdravotního stavu a důsledně zaznamenávat efekt farmakologického omezovacího prostředku, a to zásadně do 60 minut od jeho aplikace (opatření č. 37).