



Psychiatrická nemocnice Jihlava

Zpráva z návštěvy zařízení

Adresa zařízení:	Brněnská 455/44, 586 24 Jihlava
Zřizovatel:	Ministerstvo zdravotnictví
Ředitelka:	MUDr. Dagmar Dvořáková
Typ zařízení:	psychiatrická nemocnice
Kapacita:	470 lůžek
Datum návštěvy:	29. a 30. března 2023
Datum vydání zprávy:	17. srpna 2023
Návštěvu provedli:	Bc. Jitka Bolinová Fialová, doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., Mgr. et Mgr. Romana Jakešová, Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský, Ph.D., Mgr. Jana Tučková, Mgr. Tereza Žuffová-Kunčová

JUDr. Vít Alexander Schorm
zástupce veřejného ochránce práv



Obsah

Obsah.....	2
Úvodní informace	4
Systematická návštěva a její cíl	4
Zpráva z návštěvy a vyjádření zařízení.....	4
Charakteristika zařízení.....	6
Průběh návštěvy.....	7
Shrnutí	8
Zjištění a doporučení	9
1. Bezpečnost.....	9
1.1 Nežádoucí události	9
1.2 Násilí mezi pacienty.....	10
1.3 Bezpečí pro personál	10
1.4 Signalizace od pacienta	10
1.5 Dohled	11
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 a atmosféra v zařízení	14
3. Soukromí a důstojnost pobytu	14
3.1 Oblečení pacientů	15
3.2 Ložnice pacientů, prostornost a možnost individualizace	16
3.3 Průhledy ve dveřích.....	18
3.4 Kamery	19
3.5 Uzamykatelné prostory pro pacienty.....	20
3.6 Soukromí na toaletách a ve sprchách	21
4. Režim	22
4.1 Režim a seznámení pacientů s ním	22
4.2 Kontakt s vnějším světem	24
5. Péče	26
5.1 Důvodnost pobytu v nemocnici	26



5.2	Souhlas s léčbou	28
5.3	Ukončení léčby na konci života	31
5.4	Pobyt na čerstvém vzduchu	33
5.5	Aktivity pro pacienty	34
5.6	Stravování a dopomoc s ním	35
5.7	Hygiena pacientů vyžadujících zvýšenou podporu při jejím provádění	36
5.8	Prevence pádů	37
5.9	Péče o pacienta s rizikem dekubitů	38
5.10	Péče o pacienta s rizikem malnutrice	39
5.11	Paliativní péče	40
5.12	Specifika péče o pacienta s demencí	41
6.	Omezovací prostředky	46
6.1	Praxe používání omezovacích prostředků v nemocnici	47
6.2	Rozhodování o použití a trvání omezení	50
6.3	Nezbytnost omezení a jeho trvání	51
6.4	Dokumentace omezení a dohled nad jeho průběhem	53
6.5	Zpětný rozbor omezení s pacientem	54
6.6	Evidence a vnitřní kontrola	54
7.	Pojistky v průběhu hospitalizace	56
7.1	Pacient hospitalizovaný bez souhlasu	56
7.2	Stížnosti	56
	Přehled opatření k nápravě	58



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,⁴ konkrétně právníky, odborníky z oblasti psychiatrie a psychiatrické sestry. Návštěva spočívá v prohlídce zařízení, pozorování, rozhovorech s vedoucím, zaměstnanci a pacienty, 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 **sepíši zprávu. Většinou obsahuje návrhy opatření k nápravě.** Zpráva slouží k dialogu se zařízením a jako vodítko k předcházení špatnému zacházení nebo jeho odstranění. **Zpráva 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.

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,

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.



kteřá 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 vodítka 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 Jihlava poskytuje péči dospělým pacientům v oblasti celého spektra psychiatrických onemocnění. Nemocnice se nachází v oploceném parku a 17 oddělení je rozmístěno do sedmi budov. Areál nemocnice pochází z 20. až 30. let 20. století a od počátku je určen pro poskytování psychiatrické péče.

V nemocnici je 470 lůžek, z toho 30 lůžek je určeno pro akutní péči a zbylá pro následnou. Všechna lůžka na gerontopsychiatrických odděleních, na která se tato návštěva zaměřovala, jsou vedena jako lůžka následné péče, ačkoliv *de facto* jsou na nich hospitalizováni i pacienti vyžadující akutní nebo naopak dlouhodobou péči. V průběhu návštěvy pracovníci Kanceláře navštívili tato oddělení:

- Oddělení 3A je gerontopsychiatrické přijímací lůžkové oddělení, určené pro diagnostiku a akutní a střednědobou léčbu duševních onemocnění souvisejících s vyšším věkem. Jsou zde léčeni jak muži, tak ženy.

Oddělení je umístěno v moderní budově.

Kapacita oddělení 3A je 24 lůžek a v době návštěvy zde bylo hospitalizováno 22 pacientů, z toho 9 mužů. Omezenou svéprávnost měli 3 pacienti a 13 pacientů neudělilo souhlas s hospitalizací.

Nejstaršímu pacientovi na oddělení bylo 90 let a nejmladšímu 68 let. Nejdéle hospitalizovaný pacient na oddělení je v nemocnici od 6. září 2022.

- Oddělení 3B je zaměřením shodné s oddělením 3A, bylo však přemístěno do prostor budovy, která nebyla původně zamýšlena pro gerontopsychiatrické oddělení.

Prostory, které byly původně určeny pro oddělení 3B, nemocnice nyní využívá pro akutní příjmové oddělení. Dle sdělení nemocnice se jedná o dočasné řešení a oddělení 3B by se mělo v budoucnu přesunout do nových, lépe vyhovujících prostor.

Kapacita oddělení 3B je 20 lůžek (v případě potřeby může být přidáno 1 další lůžko) a v době návštěvy zde bylo hospitalizováno 20 pacientů, z toho 1 muž.⁹ Omezenou svéprávnost měla 1 pacientka a 12 patientek neudělilo souhlas s hospitalizací.

Nejstarší pacientce na oddělení bylo 87 let a nejmladší 60 let. Nejdéle hospitalizovaná pacientka na oddělení je v nemocnici od 24. října 2022.

- Oddělení 9C je mužské gerontopsychiatrické oddělení určené především pro pacienty se závažným duševním onemocněním s přetrvávající symptomatologií, často s nasedající organickou poruchou a dále pro pacienty s jakoukoliv formou demence, u kterých se nepodaří stav zlepšit do té míry, aby umožňoval návrat do původního prostředí.

⁹ Dle personálu je možné, aby na oddělení byl muž pouze v případě, že daný pacient je plně inkontinentní a potřebuje zvýšenou ošetrovatelskou péči. Důvodem je, že na oddělení není toaleta a sprcha pro muže.



Kapacita oddělení 9C je 30 lůžek a v době návštěvy zde bylo hospitalizováno 30 pacientů, 4 z nich zde vykonávali ochranné léčení. Omezenou svéprávnost mělo 14 pacientů a 8 pacientů neudělilo souhlas s hospitalizací.

Nejstaršímu pacientovi na oddělení bylo 80 let a nejmladšímu 39 let. Nejdéle hospitalizovaný pacient na oddělení je v nemocnici od 8. března 1982.

- Oddělení 9D je ženské gerontopsychiatrické oddělení s obdobným zaměřením jako oddělení 9C.

Kapacita oddělení je 33 lůžek a v době návštěvy zde bylo hospitalizováno 31 pacientek. Omezenou svéprávnost mělo 13 pacientek a 8 pacientek neudělilo souhlas s hospitalizací.

Nejstarší pacientce na oddělení bylo 91 let a nejmladší 67 let. Nejdéle hospitalizovaná pacientka na oddělení je v nemocnici od 2. května 1972.

Budova, v níž jsou oddělení 9C a 9D, neprošla celkovou modernizací pro potřeby gerontopsychiatrických pacientů.

Průběh návštěvy

Návštěvu provedli právníci Kanceláře veřejného ochránce práv Mgr. et Mgr. Romana Jakešová, Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský, Ph.D., Mgr. Jana Tučková, Mgr. Tereza Žuffová-Kunčová a pověření experti z oboru Bc. Jitka Bolinová Fialová a doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Návštěva proběhla bez předchozího ohlášení ve dnech 29. a 30. března 2023. Ředitelka nemocnice se o ní dozvěděla při jejím zahájení. Zaměstnanci Kanceláře jí předali pověření k provedení návštěvy a vyžádali si potřebnou součinnost a dokumentaci.

Zaměstnanci Kanceláře navštívili všechna oddělení zaměřená na gerontopsychiatrickou péči. Hovořili s pacienty, lékaři, ošetrovatelským personálem a se zdravotně sociálním pracovníkem. Vyžádali si vnitřní předpisy a zdravotnickou dokumentaci. V nemocnici byli zaměstnanci Kanceláře jak v pozdních nočních, tak v brzkých ranních hodinách. Na místě zastižený personál poskytl veškerou součinnost, za což děkuji.



Shrnutí

Návštěva byla zaměřena na gerontopsychiatrická oddělení Psychiatrické nemocnice Jihlava. **Nezjistil jsem, že by v nemocnici docházelo ke špatnému zacházení, formuluji však opatření pro posílení jeho prevence.**

Ve vztahu k bezpečnosti v nemocnici považuji za **důležité, aby nemocnice intenzivněji pracovala s evidencí nežádoucích událostí** a evidovala je způsobem, který umožní snadno vyhledat typově obdobné nežádoucí události za účelem prevence jejich opakování. Bezpečnost pacientů lze také dále posílit pořízením tlačítek k přivolání pomoci.

Zjistil jsem pouze slušný a vstřícný přístup personálu k pacientům. Rád konstatuji, že se nemocnici podařilo zajistit dostatečné množství středního zdravotnického personálu. Počet lékařů a klinických psychologů je potřeba dále navyšovat, jakkoli je to nelehký úkol.

V oblasti soukromí a důstojnosti pobytu považuji za největší problém to, že tři ze čtyř navštívených oddělení nejsou v prostorech zbudovaných pro poskytování moderní gerontopsychiatrické péče. Některé pokoje jsou šestilůžkové, sedmilůžkové, či dokonce osmilůžkové. Za problematické považuji **intenzivní používání kamer**. Obrátím se proto na Úřad pro ochranu osobních údajů, který je příslušný rozhodnout, zda je intenzita používání kamer přiměřená potřebě zajistit bezpečí pacientů. Prostor pro zvýšení důstojnosti pobytu v nemocnici shledávám ve **větší možnosti nosit vlastní oblečení**.

V oblasti pravidel v zařízení považuji za problematický **plošný zákaz návštěv dětí mladších 15 let na oddělení**. Jsem přesvědčen, že návštěvy dětí lze provést bezpečně, a umožnit tak pacientům, kteří nemohou oddělení opustit, například kontakt se svými vnoučaty.

V oblasti péče považuji za klíčové, že u značné části pacientů si je nemocnice vědoma toho, že by ji mohli opustit, pokud by pro ně byla dostupná vhodná sociální služba. Dlouhodobý pobyt v nemocnici posiluje závislost na péči. Nemocnici doporučuji, aby ještě intenzivněji spolupracovala s obcemi, které mají situaci těchto pacientů řešit. Respektuji však, že zajištění dostupnosti sociálních služeb není úkolem nemocnice, ale státu. Konstatuji vysoce zodpovědný přístup k prevenci pádů, dekuubitů a malnutrice.

V oblasti používání omezovacích prostředků považuji za zásadní riziko pro pacienty to, že **omezení pásy probíhá na pokojích, kam mají přístup další pacienti**. Jsem také přesvědčen, že nemocnice může profitovat z interního prověřování ojediněle se vyskytujících neobvykle dlouhých případů omezení, a dále tak zlepšovat přístup k používání omezovacích prostředků.

Ve vztahu ke stížnostem je namístě upravit informace o jejich podávání prostřednictvím schránek na odděleních tak, aby byly ještě **více přístupné pacientům s kognitivním deficitem**.



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.

V nemocnici představuje zásadní problém to, že **nevede centrální evidenci nežádoucích událostí mimo dekubity a pády**, v níž by bylo možné snadno vyhledat protokoly o nežádoucích událostech určitého typu (např. napadení pacienta pacientem, k nimž došlo na určitém oddělení). Ředitelka nemocnice opakovaně potvrdila, že pokud by zaměstnanci Kanceláře chtěli předložit typově určené nežádoucí události, ke kterým došlo za určité období na určitém oddělení, musela by nemocnice projít všechny zdravotnické dokumentace za určené období.

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.



S ohledem na to, že nic nenasvědčovalo tomu, že by na navštívených odděleních docházelo k závažným nežádoucím událostem, administrativně náročné vyhledání protokolů o nežádoucích událostech jsem nepožadoval.

Obdobná zařízení, která využívají stejný informační systém jako nemocnice, jsou schopna protokoly k nežádoucím událostem rychle vyhledat. Souhrnné zhodnocení typově obdobných nežádoucích událostí může přispět k jejich prevenci.

Opatření:

- 1) Evidovat protokoly o nežádoucích událostech tak, aby bylo možné vyhledat protokoly o typově obdobných událostech, a evidenci využívat k prevenci (do 6 měsíců).**

Nejčastější nežádoucí událostí jsou na navštívených odděleních (dle oslovených pracovníků) pády, jejichž prevenci se věnuji v samostatné podkapitole 5.8. Ojedinele se na navštívených odděleních vyskytne dekubit, který je také vyhodnocen jako nežádoucí událost. Dekubity zpravidla nevznikají v nemocnici, ale pacienti s nimi již přicházejí. Přístupu k nim se samostatně věnuji v podkapitole 5.9.

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.

Všichni oslovení pacienti uvedli, že se v nemocnici cítí bezpečně, což rád konstatuji. Ani oslovený personál nevěděl, že by k napadení mezi pacienty nebo k násilí na nich docházelo.

1.3 Bezpečí pro personál

Personál, který se necítí bezpečně, spíše sklouzne k neprofesionálnímu jednání. Při prevenci špatného zacházení s pacienty je proto důležité dbát i o bezpečnost personálu.

Oslovený personál uvedl, že se na navštívených odděleních cítí bezpečně, a nezmínil žádnou situaci, kdy na odděleních došlo k napadení zaměstnance nemocnice. Personál uváděl, že by si v případě potřeby přivolal pomoc z jiného oddělení mobilním telefonem.

V jiných zařízeních je k přivolání pomoci využíváno přenosné tlačítko či signalizační náramek, kterým lze pomoc přivolat rychleji. **Doporučuji nemocnici zvážit, zda by vybavení personálu tlačítky k přivolání pomoci nepřispělo k dalšímu zvýšení jeho bezpečnosti.**

1.4 Signalizace od pacienta

Pacient by měl mít možnost přivolat si personál důstojným způsobem. Za vhodné považuji, když jsou signalizační tlačítka vybaveny koupelny a toalety, 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 žádném z navštívených oddělení nebyla signalizace, kterou by si pacienti mohli přivolat personál v případě potřeby. **Pacienti uvedli, že by si pomoc přivolali křikem.** Dle personálu jim signalizaci nahrazují kamery, kterými mohou sledovat pacienty ve dne i v noci. Kamery však nejsou všude (pochopitelně nejsou na toaletách či ve sprchách) a personál je také ne sleduje neustále.

Považuji za vhodné, aby nemocnice měla 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 i pacient, který upadl na zem.

Opatření:

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

1.5 Dohled

Pro bezpečí pacientů i personálu považuji za vhodné, aby nemocnice standardizovala stupně dohledu pro všechna oddělení, a to včetně určení, jaké povinnosti z toho kterého stupně ošetrovatelskému personálu vyplývají.

Na navštívených odděleních jsou rozlišovány dva stupně dohledu, a to zvýšený a standardní dohled. Stupeň dohledu je zaznamenán ve zdravotnické dokumentaci pacienta a rozhoduje o něm lékař.

Zdravotníci se neshodovali v tom, jaké povinnosti personálu jsou spojeny s jednotlivými stupni dohledu. Neshodovali se například v tom, zda může pacient ve zvýšeném stupni dohledu vůbec opustit oddělení.

Vnitřní předpis nemocnice k používání omezovacích prostředků definuje tři stupně dohledu, – zvýšený, trvalý a kontaktní –, a to i pro pacienty, kteří nejsou v omezení. Vnitřní předpis však dostatečně neupravuje náplň jednotlivých stupňů dohledu.

Opatření:

- 3) Zajistit, aby personál znal obsah jednotlivých stupňů dohledu, a to nejlépe popisáním obsahu stupňů dohledu ve vnitřním předpisu nemocnice (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.



Požadavky personální vyhlášky naplňuje nemocnice ve vztahu ke střednímu zdravotnickému personálu. Na každém oddělení jsou vždy přítomny alespoň 2 sestry a v průběhu dne na odděleních působí až 5 sanitářů. **Množství středního zdravotnického personálu hodnotili jako dostatečné všichni oslovení zaměstnanci.**

Nemocnici doporučuji zvážit posílení noční služby o sanitáře v čase ukládání pacientů ke spánku. Personál v rozhovoru uvedl, že pacienti jsou připravováni na noční spánek již po večeri (okolo 17:00 hod.), tedy oproti normálnímu rytmu dne nepřírozeně brzo. Důvodem brzkého ukládání ke spánku je, že by noční směna nestihla asistovat pacientům s večerní hygienou.

Za příklad správné praxe nad rámec minimálního personálního standardu považuji to, že na navštívená oddělení docházejí rehabilitační sestry, a to dvakrát každý pracovní den.

Ve vztahu k lékařům nemocnice těsně nenaplňuje požadavky personální vyhlášky na oddělení 9C a 9D. Dle personální vyhlášky by na psychiatrickém oddělení následné péče mělo být zajištěno 1,3 úvazku lékaře, přičemž až 0,5 z toho může nahradit klinický psycholog. Dle sdělení nemocnice na každém z oddělení 9C a 9D působí lékaři, kteří se dohromady dělí o 1 úvazek, a klinický psycholog s úvazkem 0,25.

Závažnější je situace ve vztahu ke klinickým psychologům na oddělení 9C, kde se nacházejí pacienti, kteří vykonávají ochranné léčení, a měl by zde tak působit klinický psycholog s úvazkem 0,5. Respektuji, že oddělení 9C není typickým oddělením pro výkon ochranných léčeb. Ochranné léčení zde vykonávají pouze 4 pacienti. **Nenaplnění personální vyhlášky tak nepředstavuje ohrožení pro pacienty, může to však ovlivnit zdárnost výkonu ochranného léčení.**

Na odděleních 3A a 3B jsou požadavky personální vyhláškou naplněny i vůči lékařům a klinickým psychologům.

Opatření:

4) Zajistit naplnění minimálního standardu požadovaného personální vyhláškou na oddělení 9C a 9D (do 1 roku).

Jsem si vědom, že nedostatek lékařů a klinických psychologů je celorepublikový problém a nemocnice ho nemůže snadno vyřešit. Nemocnice na svých webových stránkách hledá lékaře a nabízí jim motivační nástupní příspěvky. Nehledá tam však klinické psychology či psychology ve zdravotnictví, kterými by také mohla dosáhnout naplnění minimálního standardu požadovaného personální vyhláškou.

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).



Oslovený personál popisoval velkou míru podpory ze strany primářky,¹³ staničních sester i vedení nemocnice. Personálu jsou nabízeny i nefinanční benefity (např. rehabilitace či masáže).

Na žádném z navštívených oddělení neprobíhala supervize. Dle sdělení ředitelky je nemocnice schopna supervizi zajistit, pokud o ni oddělení požádá. Na některých nenavštívených odděleních (např. akutní příjem pro dospělé) supervize s externistou probíhá.

S ohledem na to, že personál navštívených oddělení nezmiňoval nedostatek podpory, nevyžadují zavedení supervize. **Nemocnici však doporučuji, aby personál na přínosnost supervize upozorňovala.**

2.3 Školení personálu, a to nejen o používání omezovacích prostředků

Z práva pacienta obdržet zdravotní péči na náležité odborné úrovni¹⁴ 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 služeb¹⁵ vyvozují povinnost poskytovatele tuto odbornou úroveň zajistit pravidelnými školeními personálu. *Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků*¹⁶ uvádí, že zdravotnický personál oddělení, kde se používají omezovací prostředky, by měl být alespoň jednou ročně školen v deeskalčních technikách, v postupech šetrné aplikace omezovacích prostředků a základech sebeobranu.

Personál zmínil, že pravidelně absolvuje školení na jednání s agresivním pacientem, v němž je prostor věnován i deeskalaci konfliktu a školení na sebeobranu. Vedení nemocnice předložilo dokument, v němž jsou zaznamenána školení, která personál nemocnice realizoval v posledních třech letech. Personál byl proškolen např. v metodě Safewards, v problematice přijímání stížností nebo v tématech plynoucích z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. **Široké zaměření školení považují za příklad dobré praxe.**

Nikdo z osloveného personálu nevedl, že by v posledním roce podstoupil školení zaměřené na šetrné používání omezovacích prostředků. Takové školení je součástí školení BOZP, tím však zaměstnanec prochází pouze při nástupu do zaměstnání. Respektuji, že na navštívených odděleních se omezovací prostředky nepoužívají tak často jako například na příjmovém oddělení pro mladší pacienty. 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.

13 Všechna navštívená oddělení jsou vedena stejnou primářkou.

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

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

16 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. června 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).



Opatření:

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

Dále ve zprávě se věnují školení na přístup k pacientům s demencí, viz podkapitolu 5.12.

2.4 Přístup k pacientům a atmosféra v zařízení

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 nesklouzl přístup k pacientům k dehumanizaci či atmosféře moci.¹⁷

V průběhu návštěvy zaznamenali pracovníci Kanceláře pouze vstřícný a důstojný přístup k pacientům. O nedůstojném jednání nehovořili ani oslovení pacienti. Na žádném z navštívených oddělení pacienti neprojevovali strach z personálu.

2.4.1 Jmenovky: Vědí pacienti, kdo o ně pečuje?

Vedle dostupného stížnostního mechanismu, kterému se věnuji níže (viz podkapitolu 7.2), považuji pro zajištění dobrého přístupu k pacientům za důležité viditelné označení personálu jmenovkami tak, aby byly viditelné při komunikaci tváří v tvář.

Personál měl na hrudi nažehlovací jmenovky. V mnoha případech však byly seprané až nečitelné.

Opatření:

- 6) **Zajistit, aby jmenovky personálu byly čitelné (do 1 měsíce).**

Za příklad správné praxe považuji to, že na odděleních 3A a 3B jsou vyvěšeny fotografie se jmény členů personálu, kteří na oddělení působí.

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.¹⁸ 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.

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

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



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 či až dehumanizaci. Pokud pacient vhodné oblečení nemá, má mu být poskytnuto oblečení, které po dobu hospitalizace nosí pouze on. Pokud pacient po každém praní obdrží jiné oblečení, může to snadno vést k pocitu méněcennosti.¹⁹ Vlastní oblečení hraje důležitou roli u pacientů s demencí, kterým pomáhá déle si uchovat vlastní identitu a jedinečnost.²⁰

Ačkoliv respektuji, že ne všichni pacienti přicházejí do nemocnice vybaveni dostatečným množstvím vlastního oblečení, nepovažuji za správné, aby jim bylo po každém praní vydáváno oblečení jiné. Za zcela nepřijatelné považuji to, když je pacientům znemožněno nosit vlastní oblečení s poukazem na to, že by mohlo být poškozeno. Pacient (případně ve spolupráci s osobou pomáhající mu s rozhodováním) má sám hodnotit riziko poškození oblečení a nemocnice ho na ně může případně upozornit a nabídnout mu oblečení ze zásob nemocnice.

Je namístě pacienty a jejich okolí co nejvíce podporovat v tom, aby po dobu hospitalizace měli dostatek vlastního oblečení. Pokud nelze zajistit praní vlastního oblečení v nemocnici (buť za úplaty) 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 takového oblečení přiměřeně náklady 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.

Všichni pacienti byli oblečeni čistě a v domácí působícím oblečení. Často se však nejednalo o jejich vlastní oblečení, ale nemocnice pacientům poskytovala po každém praní erární oblečení, a to včetně spodního prádla.

Na odděleních 3A a 3B neměl vlastní oblečení žádný pacient. Na otázku, proč nemohou mít pacienti vlastní oblečení, personál odkazoval na systém nemocniční prádelny. Veškeré oblečení pacientů se pere v nemocniční prádelně, nemohou tak zaručit, že by se pacientům jejich vlastní oblečení nepoškodilo nebo neztratilo. Staniční sestra uvedla, že pacienti si mohou ponechat své oblečení „na vlastní nebezpečí“ a rodina může oblečení vyměnit nebo vzít domů na vyprání. Více z oslovených pacientů uvádělo, že nerozumí tomu, proč nemohou mít vlastní oblečení, a že je jim to nepřijemné.

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

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



Na nástěnkách žádného z navštívených oddělení nebyla informace o možnosti nechat si vyprat oblečení komerčním poskytovatelem.

Opatření:

- 7) Umožnit pacientům nosit osobní oblečení, a to vlastní nebo přidělené stejnému pacientovi po celou dobu jeho hospitalizace (bezodkladně).**

Na oddělení 3B je v koupelně umístěna pračka, která byla využívána v době epidemie covid-19. Nyní se nevyužívá. **Nemocnici doporučuji využívat pračku na oddělení pro pacienty.** Jsem si vědom, že překážkou pro využívání praček na odděleních je přístup hygienických stanic k praní prádla pacientů v pračkách na odděleních. Na přístup hygienických stanic jsem již upozornil Ministerstvo zdravotnictví.

Na oddělení 9D měla jedna pacientka označeny zimní boty z vnější strany jmenovkou. Oděvy by měly být označovány pouze z vnitřní strany, jinak je to nedůstojné.

Opatření:

- 8) Oblečení pacientů označovat pouze z vnitřní strany tak, aby označení nebylo při běžném nošení viditelné (průběžně).**

3.2 Ložnice pacientů, prostornost a možnost individualizace

Pokoje mají být maximálně čtyřlůžkové²¹ nebo třílůžkové.²² Při překročení tohoto počtu lůžek se vytrácí jakékoliv soukromí a v extrémních případech by jeho naprostá absence po dlouho 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.²³ Na nově otevřených psychiatrických odděleních, která pracovníci Kanceláře navštívili, byly zpravidla dvoulůžkové pokoje s možností ubytování některých pacientů samostatně, což považuji za standard, ke kterému má psychiatrická péče směřovat. Co se týče plochy, minimálním platným standardem pro akutní i následnou péči je plocha 5 m² na lůžko a 8 m² na pokoj.²⁴

Na oddělení 3A je největší pokoj trojlůžkový a většina pokojů je dvojlůžkových. Na oddělení 3B je největší pokoj sedmilůžkový. Na oddělení 9C je největší pokoj šestilůžkový. Většina pokojů je čtyřlůžkových, jeden čtyřlůžkový pokoj však nemá vstup z chodby a musí se do něj

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

22 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. června 2023].

23 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/doporučený-postup-vodítka-pro-naplňování-kvality-pece> [cit. 26. června 2023].

24 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.



vstupovat z jiného pokoje. Na oddělení 9D je největší pokoj osmilůžkový,²⁵ dva pokoje jsou obdobně průchozí jako na oddělení 9C.



Obrázek 1 – Polovina osmilůžkového pokoje na oddělení 9D



Obrázek 2 – Trojlůžkový pokoj na oddělení 3A

Opatření:

- 9) **Snížit kapacitu mnohalůžkových pokojů na maximálně 4 lůžka, a to takovým způsobem, aby pacienti na vícelůžkových ložnicích měli co nejvíce soukromí [např. využití závěsů] a v budoucnu bylo možné nadále snižovat kapacitu pokojů. Zvolit takové stavební řešení, které nebude vyžadovat průchozí pokoje (do 1 roku).**

Považuji za důležité, aby se oddělení 3B co nejdříve přemístilo do vhodnějších prostor. Ačkoliv je zřejmá snaha nemocnice nevyhovující prostory oddělení zlepšit, jsou podmínky pro moderní psychiatrickou péči limitující. Jsem si vědom, že realizace opatření č. 9 je pro nemocnici náročná. Nemocnici nabízím podporu při jednání se zřizovatelem. **Pokud nemocnice nebude schopna opatření realizovat (například proto, že vyžaduje přesun oddělení do vhodnějších prostor), oslovím Ministerstvo zdravotnictví jako jejího zřizovatele, aby jí poskytl podporu.**

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 vlastního lůžka a zvyšuje pocit bezpečí. O případném riziku zničení či ztráty předmětů má nemocnice pacienty poučit, nemá ale činit rozhodnutí za ně.

Pokoje kvůli množství lůžek umožňují jen minimální individualizaci. Například na oddělení 3B nejsou pokoje nijak vyzdobeny a působí silně nemocničním dojmem. Dle pacientů si nemohou pokoje vyzdobit, protože je čerstvě vymalováno a zničila by se malba. Alespoň dílčí

²⁵ Personál sdělil, že osmilůžkový pokoj nebývá plně obsazen, čemuž odpovídá i pozorování na místě, jedno lůžko bylo prázdné.



individualizaci shledávám v tom, že někteří pacienti měli vlastní prostěradla a vlastní věci v poličkách nad postelemi.

Opatření:

10) Podporovat pacienty v individualizaci jejich prostoru v pokoji (do 3 měsíců).

Pokud nemají trvale ležící pacienti na pokoji televizi, mohou sledovat jen protilehlou stěnu a případnou výzdobu na poličce pacienta naproti. Co se týče zorného pole trvale ležících pacientů, to sestává z protilehlé stěny a případné výzdoby na poličce pacienta naproti. Jedna trvale ležící pacientka na oddělení 3B ležela v takovém úhlu k televizi, že ji nemohla sledovat.

Opatření:

11) Upravit zorné pole trvale ležících pacientů, tak aby bylo podnětné, a pravidelně ho obměňovat (průběžně).

3.2.1 Soukromí na ložnicích

Pokoje mají pacientům poskytovat soukromí. Musí být zajištěna možnost vizuálně oddělit pacienta od ostatních tak, aby na něj neviděli, možnost rozsvítit si světlo u lůžka tak, aby nebylo nutné rozsvítit na celém pokoji, a zejména trvale ležící pacientům musí být umožněno, aby jejich návštěva mohla sedět u jejich lůžka.

Mezi některými lůžky jsou teleskopické držáky na závěsy. Na oddělení 3A závěsy využívali ke zvýšení soukromí pacientů, na oddělení 9C však závěsy využívány nebyly.

Opatření:

12) Využívat závěsy mezi lůžky ke zvýšení soukromí pacientů (průběžně).

Na oddělení 3A jsou u lůžek lampičky. Na dalších navštívených odděleních takové lampičky nebyly. Pokud personál v noci například měnil inkontinenční pomůcky, musel rozsvítit světlo na celém pokoji.

Opatření:

13) Zajistit u každého lůžka lampičku (do 6 měsíců).

Na pokojích nejsou židle ani křesla, na kterých by mohla sedět návštěva u lůžka pacienta. **Očekávám, že po snížení počtu lůžek nemocnice vybaví pokoje židlemi či křesly pro návštěvy.**

3.3 Průhledy ve dveřích

Průzory ve dveřích do pokojů sice umožňují mít snadno přehled o dění na pokoji, ale představují výrazný zásah od soukromí pacientů. Za vysoce problematické považují ty průhledy, u nichž je průhledná velká část dveří a do pokoje může nahlédnout každý, kdo jde po chodbě. To považují za nepřiměřený zásah do soukromí, a to tím hůř, pokud se jedná o pokoj, kde například dochází k použití omezovacích prostředků a pacienta v náročné situaci mohou sledovat a případně rozrušovat další pacienti. Ještě citelněji zásah do práva na soukromí a na



zachování důstojnosti vnímám, když se jedná o pokoj, kde je pacient v omezení a v takto náročné situaci ho mohou sledovat a případně rozrušovat ostatní pacienti.

Na navštívených odděleních jsou průzory z větší části tvořeny mléčným sklem a znemožňují nahlédnutí z chodby. K takto řešeným průhledům nemám výhrady.



Obrázek 3 – Průhled ve dveřích na oddělení 9C



Obrázek 4 – Průhledy na odděleních 3A

3.4 Kamery

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

Až na případy, kdy je indikován nepřetržitý dohled (typicky v pokoji intenzivní psychiatrické péče, u pacienta v omezení), není celodenní snímání kamerou přiměřeným opatřením. Kamery v obyčejné ložnici se mohou používat (zapínat) jen u pacientů, u kterých to na základě individuálního vyhodnocení rizik může vést k zabránění pádu nebo jiné, bezprostředně hrozící vážné újmě.

Ze zdravotnické dokumentace pacientů by mělo být zřejmé, kdo a z jakého důvodu učinil rozhodnutí o omezení jejich soukromí snímáním kamerami. Takový záznam slouží i jako zadání pro ošetřující personál, který díky němu ví, na co se má při sledování výstupů z kamer zaměřovat.



Využívání kamer v nemocnicích není jasně vymezeno v zákoně a v psychiatrických nemocnicích je používání kamerového systému nastaveno různě.²⁶ Rozdílně nemocnice přistupují i k pořizování záznamu z kamer.

Na všech navštívených odděleních jsou kamery využívány intenzivně. Je snímána většina pokojů a společenských prostor, nikde ale nejsou snímány toalety nebo sprchy. Kamery mají výstup na sesternu, nepoživují záznam a pro jejich sledování není vyčleněn konkrétní pracovník.

Personál nemocnice kamery hodnotí jako vhodný nástroj pro zajištění bezpečí pacientů, protože tak mohou snadno odhalit, pokud pacient upadl, je neklidný nebo potřebuje s něčím pomoci. Rozhodnutí o tom, zda bude pacient umístěn na pokoj snímáný kamerami, se ve zdravotnické dokumentaci nezachycuje.

Bezpečí pacientů lze zajistit i bez použití kamer, a to například použitím podložky s alarmem, který se spustí, když pacient opustí lůžko, tlačítkem k přivolání pomoci, umístěním pouze konkrétních pacientů ve zvýšeném ohrožení na pokoj snímáný kamerami, a zejména pravidelnou přítomností u pacientů. **Sledování kamerami naopak může vytvořit falešný pocit bezpečí, ačkoliv kamery nikdo nesleduje.**

Očekávám, že nemocnice zhodnotí, zda je nutné používat kamery takto intenzivně, anebo lze zvolit prostředky, které méně narušují soukromí pacientů, ale nesnižují úroveň jejich bezpečí.

Opatření:

- 14) Odstranit kamery, které nejsou bezpodmínečně nutné k zajištění bezpečnosti pacientů (do 6 měsíců).**

Závazné zhodnocení zákonnosti používání kamer v nemocnici náleží Úřadu pro ochranu osobních údajů. Obrátím se proto na něj, aby používání kamer v nemocnici posoudil.²⁷

3.5 Uzamykatelné prostory pro pacienty

Uzamykatelné skříňky považuji tam, kde není jejich přítomnost pro pacienta ohrožující, za standard. Klíček od skříněk má být vydán všem pacientům, u nichž to není v rozporu se zdravotním stavem. Klíček 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.

26 Souhrnná zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze systematických návštěv psychiatrických nemocnic se zaměřením na ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata (2019), dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/21-2016-NZ-MLU_SZ-ochranne_liceni.pdf, s. 45–47.

27 Úřad pro ochranu osobních údajů se problematice používání kamer ve zdravotnických zařízeních již věnoval. Viz Výroční zpráva UOOU za rok 2022, dostupná z: https://www.uoou.cz/assets/File.ashx?id_org=200144&id_dokumenty=56844, s. 19.

Ačkoliv úřad ve výroční zprávě, popisuje případ, kdy ve vztahu k používání kamer shledal pochybení nemocnice, nelze konstatovat, že by používání kamer nebylo přípustné vůbec. Kamery lze využívat, pokud nemocnice prokáže, že používání kamer v takto širokém rozsahu vychází z oprávněného zájmu a má v konkrétních podmínkách přednost před zájmy nebo základními právy a svobodami subjektu údajů.



Většina pacientů si může své věci na pokoji uložit pouze v nočním stolku, který ale nelze zamknout. Pacienti na oddělení 3A ani 3B nemají k dispozici žádné uzamykatelné prostory. Pokud si chtějí uložit cennosti nebo hotovost, mají možnost využít úschovy u staniční sestry nebo centrálně v nemocnici. Některé pacientky na oddělení 9D mají uzamykatelné skříňky. Žádná z nich ale klíč neměla, sdělily, že jej nechťejí.

Opatření:

- 15) Pořídit do všech ložnic pacientů nábytek zajišťující každému pacientovi uzamykatelný prostor a pacientům, jejichž zdravotní stav to nevyklučuje, poskytnout klíč (do 6 měsíců).**

3.5.1 Kontrola osobních věcí pacientů

Poskytovatel zdravotních služeb může pacienta pouze žádat, aby svoje věci předložil a umožnil kontrolu. Povinnost pacienta takovou kontrolu umožnit lze zakotvit ve vnitřním řádu. Kontrola osobních věcí také nesmí do práv pacienta zasahovat nad míru, která je nezbytně nutná pro zajištění bezpečnosti na oddělení. Kontrola osobních věcí tak musí probíhat za přítomnosti pacienta, protože kontrola pacientových věcí v jeho nepřítomnosti představuje větší zásah do soukromí než kontrola věcí v jeho přítomnosti.

Vnitřní řád nemocnice v bodě 11 uvádí, že *ošetřující personál je povinen provádět kontrolu dodržování běžné hygieny, pořádku ve věcech a v nočním stolku, vše s ohledem na soukromí pacientů.*

Na všech navštívených odděleních personál sdělil, že pravidelně kontroluje pacientům noční stolky. Kontroly nemocnice odůvodňuje prevencí poranění v případě uschování nebezpečných předmětů nebo schovávání sladkostí v případě, že pacient je diabetik. Nalezené předměty jsou předávány rodině. Pouze na oddělení 3B personál sdělil, že prohlídky skříněk probíhají výhradně v přítomnosti pacientů.

Opatření:

- 16) Kontrolu osobních věcí pacientů provádět pouze za jejich přítomnosti, pokud to zdravotní stav zcela neznemožňuje (průběžně).**

3.6 Soukromí na toaletách a ve sprchách

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

Na odděleních 3B, 9C a 9D jsou pro pacienty společné toalety a společná koupelna. Na oddělení 3A mají vždy 2 pokoje společnou toaletu a sprchu. Na toaletách se mohou pacienti uzamknout a personál může zámek v případě potřeby zvenčí odemknout. V koupelnách se pacienti nezamkávají, protože v nich nemohou být samostatně, ale vždy s personálem, blíže se tomu věnuji v podkapitole 5.7.



Zaměstnanci Kanceláře se setkali s tím, že personál pacientku na pojízděném křesle odvezl na toaletu a ponechal otevřené dveře, takže na ni bylo vidět z chodby. Takovou praxi považují za nepřijatelnou. **Některé oslovené pacientky sdělily, že pravidelná hygiena probíhá na pokojích bez využití závěsů k zajištění soukromí a v koupelně při koupeli, která probíhá jednou týdně, pak bývají 2 až 3 pacientky najednou, přičemž sprchový kout není vybaven závěsem. Personál tato sdělení rozporoval.** Nemohu posoudit, zda k uvedenému nedůstojnému jednání v nemocnici aktuálně dochází. Pozitivně hodnotím to, že personál si je vědom nepřijatelnosti takové praxe, a očekávám, že bude aktivně usilovat o to, aby hygiena probíhala důstojně.

Opatření:

17) Dbát na to, aby pacienti při hygieně či vykonávání potřeby nebyli vystaveni pohledu dalších pacientů (průběžně).

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

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

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.²⁸ Pokud by tato pravidla byla omezující nad míru nezbytně nutnou, zejména pro zajištění řádného chodu nemocnice a respektování práv ostatních pacientů,²⁹ tak by, i když kumulativně,³⁰ 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 vnitřním řádem.³¹

Na všech navštívených odděleních byl vyvěšen vnitřní řád nemocnice, který má 7 stran a je psán poměrně malým písmem. **Seznámení s vnitřním řádem tak může být pro pacienta náročné, zejména pokud je to pacient s kognitivním deficitem³² či se zhoršeným zrakem.**

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

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

30 Viz rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Stanev proti Bulharsku* ze dne 17. ledna 2012, stížnost č. 36760/06. Bod 205.

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

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



Nikdo z pacientů si nestěžoval na to, že by pravidlům na oddělení nerozuměl nebo by se je musel učit postupem „pokus x omyl“. Zaměstnanci Kanceláře sledovali, jak na oddělení 9C přichází nový pacient. Staniční setra mu věnovala dostatek času, prošla s ním celé oddělení a vysvětlila, jak to na něm chodí. S ohledem na to, že pacient může snadno sdělení zapomenout, doporučuji počáteční vysvětlení doplnit o srozumitelný text.

Opatření:

18) Hlavní pravidla na oddělení zpracovat do samostatného dokumentu, který bude snadno srozumitelný (do 1 roku).

Kladně hodnotím to, že personál nemocnice popisoval situace, kdy se od plošných pravidel lze odchýlit. Pokud pacient vyžaduje přístup na uzavřenou kuřárnu v době nočního klidu, je mu umožněno si zakouřit. Jestliže pacient nemůže spát a v noci chce chodit nebo sedět na židli, není nucen ležet. V případě, že se pacient chce setkat s návštěvou v jiné než návštěvní hodiny, hledají personál, pacient a návštěva jiný vhodný čas.

Naopak plošně je vyžadováno pravidlo o odevzdávání nabíječek od mobilních telefonů, které se nabíjejí pouze na sesterně. **Žádný pacient u sebe nemohl mít nabíječku.** 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 nabíječky odebírat pouze těm pacientům, jejichž zdravotní stav nebo kognitivní schopnosti neumožňují bezpečné používání.

4.1.1 Průběh dne

Na všech odděleních byl vyvěšen obdobný přehledný průběh dne. Odchyłka od programu je dle sdělení pacientů možná, ale převážně tak, že se do programu nezapojí. Úpravy programu podle individuálních potřeb a preferencí pacientů jsem nezjistil.

Denní režim pacientů na oddělení 9D

06:15 - 07:30		Ranní hygiena, převlečení pacientů do domácího oblečení
07:30 - 08:00		Snídaně
07:30 - 08:00		Podávání ranních léků
08:00 - 09:00		Primářská vizita (úterý),
09:00 - 11:00		Pracovní terapie, procházky a posezení v zahradě (za teplého počasí)
11:30 - 12:00		Oběd
12:00 - 12:30		Podávání poledních léků
12:00 - 13:00		Polední klid
13:00 - 14:00		Muzikoterapie, canisterapie - každých 14 dní. Doba vycházek a doba návštěv.
14:00 - 15:00		Odpolední svačina a vaření kávy
15:00 - 17:00		Odpolední program, volnočasové aktivity
17:00 - 17:30		Večeře
18:00 - 19:00		Večerní hygiena
19:00 - 20:00		Podávání večerní medikace
21:00		2. večeře u diabetiků
21:30 - 06:30		Podávání nočních léků, noční klid, pravidelná kontrola pacientů, doprovod na WC, polohování

Obrázek 5 – Průběh dne na oddělení 9D

Jako problematické hodnotím to, že mezi večeří a snídaní je 14hodinový interval. Pacienti, kteří nedostávají druhou večeří, mohou mít hlad, zejména pokud v domácím prostředí večeřeli později.

Opatření:

- 19) Zkrátit interval mezi večeří a snídaní, případně zajistit dostupnost jídla pro pacienty, kteří mají hlad (průběžně).**

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 pojištěk 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

Čas pro návštěvy je ve všední dny od 14:00 do 17:00 hodin a o víkendech a svátcích je krom toho i od 9:00 do 11:00 hodin. Dle personálu jsou výjimky možné s povolením lékaře. **Žádný z oslovených pacientů neuváděl, že by se nemohl s návštěvou setkat, protože jí nevyhovoval čas návštěv.**



Na odděleních 3A a 3B nejsou návštěvní místnosti. Pacienti se tak s návštěvou musejí setkávat na chodbách, případně na pokojích, pokud to umožní zdravotní stav dalších pacientů. Zejména na oddělení 3B je možnost setkat se s návštěvou alespoň v relativním soukromí pokoje minimální, protože pokoje jsou mnoholůžkové. Personál pacientům doporučuje, aby se s návštěvou, pokud je to možné, setkali v parku. Na odděleních 9C a 9D návštěvní místnosti jsou, nejsou však ideální. Místnosti jsou poměrně malé a na oddělení 9D v ní byly uskladněny věci, které do ní nepatřily (například různé krabice a chodítko).

Opatření:

- 20) Zajistit všem pacientů možnost setkat se s návštěvou v soukromí, přednostně se zaměřit na oddělení 3B (do 1 roku).**

4.2.2 Zákaz vstupu dětí mladších 15 let na oddělení

Na všech navštívených odděleních platí zákaz vstupu dětem do 15 let. Pacienti, kteří nemohou opustit oddělení, tak mají například limitován kontakt se svými vnoučaty.

Uznávám, že přítomnost dětí na odděleních může být spojena s komplikacemi, těm však lze předejít realizací návštěvy v samostatné místnosti pro návštěvy anebo požadavkem na doprovod dospělého.

Uvedený absolutní zákaz návštěv dětí na oddělení však nemá opodstatnění. Pravidla pro návštěvy by měla být nastavena tak, že personál nemocnice vždy individuálně vyhodnotí, zda návštěva dítěte u konkrétního pacienta v konkrétní situaci na oddělení představuje riziko, což je realizovatelné například na základě telefonické domluvy.

Opatření:

- 21) Zrušit zákaz vstupu dětem do 15 let a nahradit jej přiměřeným pravidlem a po individuálním zhodnocení umožňovat návštěvy dětí na oddělení (do 3 měsíců).**

4.2.3 Přístup k telefonu

Na všech navštívených odděleních mohou pacienti používat mobilní telefony. Někteří pacienti je mají dobrovolně uloženy na sesterně, většina pacientů je má u sebe. Plošnému zákazu mít u sebe nabíječku se věnuji výše, viz podkapitolu 4.1.

Někteří pacienti mobilní telefony nemají, rodina (či jiní blízcí) jim může zavolat na pevnou linku na oddělení. Nezískal jsem jasnou informaci o tom, zda pacient, který nemá telefon, může z pevné linky na oddělení aktivně telefonovat, či pouze přijímat hovory. **Považuji za vhodné, aby pacienti bez vlastních mobilních telefonů mohli v určený čas využívat pevnou linku na oddělení i k odchozím hovorům. Zcela nemajetní pacienti by měli mít možnost zavolat si v rozsahu omezeném možnostmi nemocnice bezplatně.**

Na oddělení 9D staniční sestra sdělila, že nemocnice má k dispozici tablet pro videohovory. Pacienti ani jejich blízcí prozatím neprojevíli o videohovory velký zájem. **Oceňuji snahu nemocnice o rozšíření možnosti kontaktu pacientů s blízkými a povzbuzuji ji v dalším nabízení této možnosti pacientům.**



4.2.4 Dopisy od pacientů s omezenou svéprávností

Ve zdravotnické dokumentaci pacienta A i dalších je obsažen formulář *Souhlas s převzetím opatrovance do ústavní zdravotnické péče*. Ve formuláři je obsažen i požadavek na vyjádření souhlasu či nesouhlasu opatrovníka s tím, aby opatrovanci bylo umožněno odesílat poštu z nemocnice.

Odesílání osobních dopisů představuje pro některé pacienty běžnou součást každodenního života, obdobně jako telefonování nebo psaní SMS, a člověka tak nelze zbavit svéprávnosti v této oblasti.³³ Opatrovník proto nesmí opatrovanci zakazovat odesílat písemnosti a jeho rozhodnutí v této oblasti není pro nemocnici zavazující.

V dokumentaci pacienta A ani v dokumentaci dalších pacientů není zmíněný formulář vyplněn a žádný z pacientů nevedl, že by nemohl odesílat poštu. **Nemocnici však doporučuji, aby formulář přepracovala, aby neobsahoval zmíněný zbytečný souhlas s odesíláním písemností.**

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 a také způsob poskytování péče více zasahuje do soukromí osob.³⁴ **Prodlužovaná hospitalizace může vést až ke zvyšování závislosti na péči. Nezpochybňuji však, že propuštěním pacienta bez zajištění vhodné podpory se jeho situace může stát ještě méně důstojnou.**

V úvodu této podkapitoly považuji za klíčové zdůraznit, že níže popsaná situace není následkem pochybení nemocnice, ale nedostatku vhodných sociálních služeb. Zajištění jejich dostupnosti je úkolem státu,³⁵ konkrétně krajů, na které tuto povinnost přenesl zákon.³⁶

V nemocnici bylo na odděleních 9C a 9D více pacientů, jejichž hospitalizace trvala nezvykle dlouho. Například pacientka B v nemocnici pobývá od roku 1972 a pacient C od roku 1982. **Ředitelka nemocnice sdělila, že v nemocnici pobývá déle než 6 měsíců 141 pacientů, kteří nevykonávají ochranné léčení.** Z uvedených pacientů:

33 Viz § 64 občanského zákoníku.

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

35 Viz čl. 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.

36 Viz § 95 zákona o sociálních službách.



- 7 má špatný somatický zdravotní stav a přeložení do jiného zařízení se již nejeví jako účelné;
- 80 má podanou žádost do zařízení sociálních služeb a čeká na místo;
- 30 nemá kam jít (i z finančních důvodů) nebo odmítají podepsat žádost o sociální službu;
- 24 i po 6 měsících nemůže nemocnici opustit, protože to jejich duševní zdraví neumožňuje.

Dle sdělení personálu podstatná část těchto pacientů pobývá v nemocnici kvůli nedostatku vhodné sociální služby. Personál nemocnice je dále přesvědčen, že podmínky pro pacienty jsou v nemocnici lepší, než by byly v zařízení sociálních služeb, protože v nemocnici péči poskytuje větší počet personálu.

Nezpochybněji, že zdravotní péče je v nemocnici poskytována na vysoké úrovni a personál uvedených oddělení se snaží poskytovat i služby nad rámec běžné zdravotní péče (viz podkapitulu 5.5). V nemocnici jsou však zajišťovány služby (pomoc s přípravou jídla, praní osobního 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, která je ze zákona vyžadována při poskytování sociálních služeb, nemluvě o místy tíživých dopadech ústavnosti materiálních podmínek a režimu.

Nemocnice se snaží působit na blízké pacientů, případně jejich opatrovníky, aby pacientům s hledáním vhodné služby pomohli, ne vždy se to však podaří. Nemocnice má obec, v níž má pacient trvalý pobyt, informovat o tom, že hospitalizovanému pacientovi je potřeba zajistit vhodnou podporu.³⁷ O pacientech, u nichž je možné propuštění, ale potřebují péči například v podobě sociálních služeb, musí nemocnice obec informovat,³⁸ k čemuž nepotřebuje pacientův souhlas. Záznamy o takovém předání informací obcím jsem od nemocnice nezískal.

Opatření:

- 22) Informovat obec s rozšířenou působností, v jejímž obvodu má pacient trvalý pobyt, o tom, že pacient může být propuštěn z nemocnice, ale potřebuje zajištění vhodné péče například v podobě sociální služby (průběžně).**

Pacienti mohou při přechodu z dlouhodobé hospitalizace do jiného prostředí potřebovat podporu. Určitou míru podpory má poskytovat nemocnice prostřednictvím zdravotně sociálních pracovníků.³⁹ Na každém z navštívených oddělení působí zdravotně sociální pracovník s úvazkem 0,33, což vhodně překračuje minimální požadavky personální vyhlášky.

Dle vyhlášky o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků je úkolem zdravotně sociálních pracovníků i „účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují

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

38 Ustanovení § 47 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

39 Viz § 9 písm. g) vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.



v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí“.⁴⁰ Z uvedeného vyvozují, že úkolem zdravotně sociálního pracovníka je některým pacientům aktivně pomáhat s hledáním vhodné sociální služby, a to zejména tehdy, když se to pacientovi nedaří samostatně. Při hledání vhodné sociální služby by zdravotně sociální pracovník neměl vycházet pouze z místa trvalého pobytu pacienta, na které pacient již nemusí mít žádné vazby, ale zejména z přání pacienta.

Očekával bych také, že v rámci této podpory zdravotně sociální pracovník pacientům vysvětlí, kam by mohli z nemocnice odcházet, a zajistí například návštěvu v domově, kam pacient odchází, než pacient se službou uzavře smlouvu. U pacientky B, které bylo v době návštěvy oznámeno, že se bude stěhovat do zařízení sociálních služeb, taková podpora nebyla spolu s oznámením nabídnuta.

Opatření:

- 23) Vnitřním předpisem stanovit povinnosti zdravotně sociálních pracovníků při zajišťování vhodného prostředí po propuštění vůči pacientům, kteří v nemocnici pobývají z důvodu nedostupnosti vhodné sociální služby (do 3 měsíců).**

Situace některých pacientů může být po hospitalizaci trvající mnoho let taková, že i s podporou, kterou jim je schopna nemocnice nabídnout, budou jen složitě samostatně prosazovat své zájmy mimo nemocnici.

Takovým pacientům by měla pro právní jednání být dostupná podpora⁴¹ například v podobě nápomoci při rozhodování, a to od běžné podpory blízkých přes více formalizované nástroje, jako je zastoupení členem domácnosti nebo ustanovení opatrovníka bez omezení svéprávnosti či v krajním případě i s jejím omezením. Nemocnice má prostřednictvím zdravotně sociálních pracovníků vyhledávat pacienty, kteří potřebují podporu při právním jednání, a snažit se identifikovat možnosti podpory pro konkrétního pacienta dle jeho situace a preferencí. Pokud se podporu nepodaří zajistit méně formálními nástroji, má se nemocnice obrátit na soud, který vhodnou podporu pacientům zajistí.

Opatření:

- 24) Vyhledávat pacienty, kteří potřebují podporu při právním jednání, a snažit se identifikovat možnosti podpory; pokud se podporu nepodaří zajistit méně formálními nástroji, obrátit se na soud, aby vhodnou podporu pacientům zajistil (průběžně).**

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, pokud

40 Viz § 9 písm. h) vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

41 K tomu, jaké formy podpora v právním jednání může mít, vypracoval ochránce leták *Podpora v právním jednání*. Leták naleznete online zde: <https://www.ochrance.cz/letaky/podpora-v-pravnim-jednani/podpora-v-pravnim-jednani.pdf>.



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.⁴² **Pokud pacient z důvodu svého kognitivního deficitu nerozumí situaci, v níž se nachází, nelze jeho souhlas s léčbou považovat za platné právní jednání.**

Zákon o zdravotních službách umožňuje léčbu bez souhlasu pouze v situacích, kdy zdravotní stav pacienta vyžaduje poskytnutí neodkladné péče.⁴³ Ta je přitom právně definovaným pojmem.⁴⁴ Za neodkladnou péči nelze považovat například léčbu neakutních stavů u chronifikujících se duševních onemocnění.

V situaci, kdy pacient⁴⁵ nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s léčbou,⁴⁶ a zároveň nejde o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje zákon o zdravotních službách souhlas od jiné osoby. Nejdříve zákon vyžaduje 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. S ohledem na požadavek šetření podstaty základních práv je tento okruh situací nutné definovat úzce, tedy pouze na situace, kdy pacient není vůbec schopný porozumět sdělované informaci a reagovat na ni, a to včetně neverbálních způsobů komunikace (např. přikývnutí). Typicky se bude jednat o pacienty v bezvědomí. Na navštívených odděleních se bude jednat zejména o pacienty v těžkém nebo terminálním stádiu demence. Jiné pacienty nemocnice nemá považovat za neschopné vyslovit souhlas s léčbou a nepřijímat souhlas s poskytováním zdravotních služeb od jiných osob, které k tomu nezmocnil dříve pacient či soud.

Nemocnice si je vědoma, že někteří pacienti nejsou schopni souhlas s poskytováním zdravotních služeb udělit, a získává souhlas od rodiny. Nemocnice respektuje názor osob oprávněných udělit souhlas za pacienta i v situacích, kdy souhlas odmítnou udělit. Dle studované zdravotnické dokumentace pacientky D například nedošlo k očkování proti covid-19 na základě domluvy s rodinou.

5.2.1 Souhlas s léčbou u pacientů hospitalizovaných bez souhlasu

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. Uvedené neznamena, že pacienta, který nevyslovil souhlas s hospitalizací, nelze bez jeho souhlasu léčit. Stejně jako u ostatních pacientů mu lze bez souhlasu poskytnout

42 Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva X. proti Finsku ze dne 3. června 2012, stížnost č. 34806/04. Bod 212.

43 Viz § 38 odst. 3 až 5 zákona o zdravotních službách.

44 Viz § 5 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

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

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



péči, jejíž poskytnutí umožňuje zákon. Jak jsem uvedl výše, zákon umožňuje bez souhlasu poskytovat pouze neodkladnou péči.⁴⁷

Oslovený personál však směřoval rozhodnutí soudu o přípustnosti hospitalizace s rozhodnutím o poskytování péče.

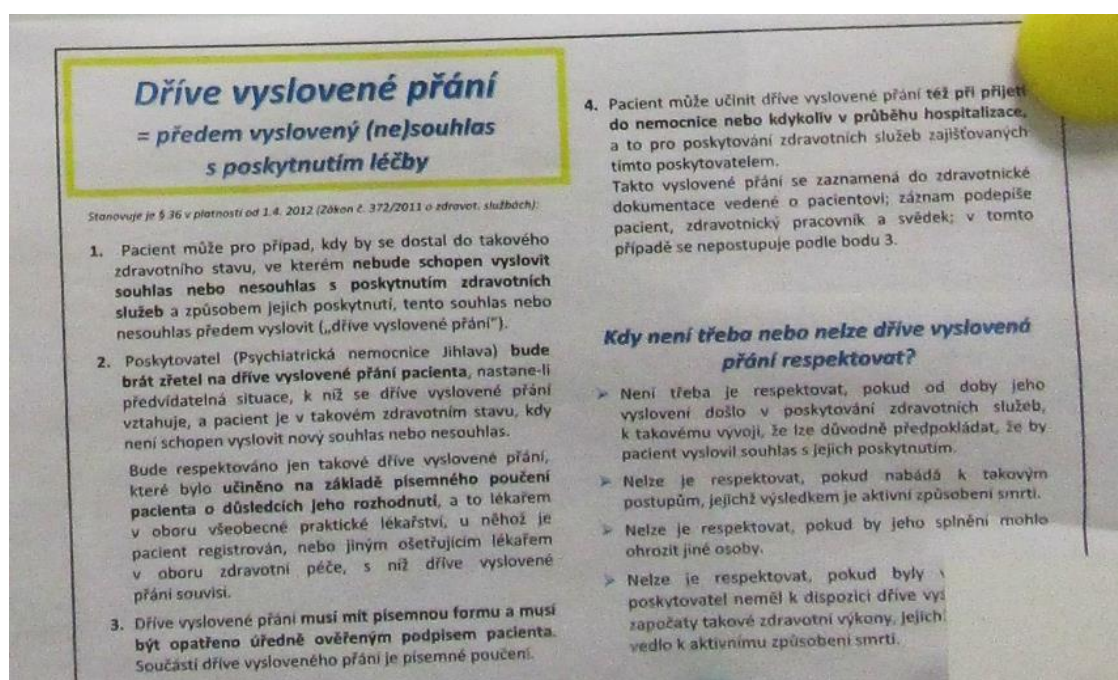
Opatření:

- 25) Všem pacientům včetně těch, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu, poskytovat bez souhlasu pouze péči, kterou zákon umožňuje poskytovat bez souhlasu (průběžně).

5.2.2 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 učinění dříve vysloveného přání.**

Nemocnice pacienty na možnost využít dříve vyslovené přání upozorňuje na nástěnkách na odděleních.



Obrázek 6 – Dříve vyslovené přání na nástěnce oddělení 9D

Na druhou stranu však žádný z pacientů dříve vyslovené přání ve zdravotnické dokumentaci neměl. **Nemocnici vyjadřuji podporu, aby pacienty dále upozorňovala na možnost využívat dříve vyslovené přání. Jsem však přesvědčen, že povědomí o tomto institutu je nutné zvyšovat v celé společnosti.**

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



5.3 Ukončení léčby na konci života

Věnuji se dvěma situacím, kdy dojde na konci života pacienta k ukončení léčby. První nastává, pokud zdravotníci rozhodnou, že další léčba pacienta by byla marná a neúčelná, a tím pádem *non lege artis*, a druhá pokud je stav pacienta takový, že si nepřeje být dále udržován při životě, ačkoliv existuje a je dostupná *lege artis* léčba, která by pacienta udržela při životě například i v řádu měsíců či let.

5.3.1 Marná a neúčelná léčba

*Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.*⁴⁸

Situace, v nichž zdravotníci rozhodnou o tom, že není postupem *lege artis* poskytovat další léčbu, protože by byla marná a neúčelná, dále označují za rozhodnutí neposkytovat marnou a neúčelnou léčbu (rozhodnutí NMNL).

Pro pochopení právní povahy rozhodnutí NMNL je potřeba si uvědomit, že se nejedná o neposkytnutí péče na základě rozhodnutí pacienta, ale o neposkytnutí péče, která, pokud by byla poskytnuta, by byla v rozporu s pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy.⁴⁹ *Non lege artis* léčbu nesmí zdravotník poskytovat, ani pokud by si to pacient přál.

Rozhodnutí NMNL se v případě, že nebylo dostatečně vysvětleno, může snadno stát zdrojem sporu mezi pozůstalými po pacientovi a nemocnicí.⁵⁰ Je proto potřeba, aby nemocnice zavčas informovala o rozhodnutí NMNL pacienta, a v případě, že mu zdravotní stav neumožňuje přijímat informace, tak jemu blízké osoby. Rozhodnutí NMNL je možné pacientovi nedsdělít, pokud by to mohlo pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví.⁵¹

Dle sdělení personálu se pacienti s rozhodnutím NMNL⁵² v nemocnici vyskytují a rodina pacienta (typicky se jedná o pacienta, jehož zdravotní stav neumožňuje přijímat informace) je

48 Česká lékařská komora (ČLK). Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 -k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli [online]. Praha: ČLK, 2010. [cit. 19. června 2023] Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/48-doporučení-představenstva-clk-c-1_2010-k-postupu-pri-rozhodovani-o-zmene-lecby-intenzivni-na-lecby-paliativni-u-pacientu-v-terminalnim-stavu-keri-nejsou-schopni-101349.pdf. Článek 4 písm. f).

49 Viz náleze Ústavního soudu ze dne 31. 7. 2023, sp. zn. I. ÚS 1594/22. Bod 64.

50 Viz rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 28. února 2022, č. j. 25 Cdo 961/2021, a výše uvedený náleze Ústavního soudu ve stejné věci.

51 Viz § 32 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

52 Při návštěvě byli zdravotníci dotazováni pouze na rozhodnutí neresuscitovat (DNR), což je užší pojem než rozhodnutí NMNL.



o takovém rozhodnutí informována. Nezjistil jsem však, že by postup byl zakotven ve vnitřním předpisu nemocnice.

Opatření:

- 26) Vnitřním předpisem stanovit postup pro informování pacienta či jiných zákonem předpokládaných osob o rozhodnutí neposkytovat marnou a neúčelnou léčbu (do 6 měsíců).**

5.3.2 Přání pacienta nebyt udržován při životě za každou cenu

Od rozhodnutí NMNL je potřeba odlišit **situace, kdy se stav člověka zhoršuje natolik, že už si nepřeje být udržován při životě**, ačkoliv poskytnutá zdravotní péče by s vysokou mírou pravděpodobnosti jeho život prodloužila i v řádu týdnů, měsíců či let. Léčba, kterou si v řešeném případě pacient nepřeje, je na rozdíl od léčby řešené v předešlé pasáži, léčbou slibnou a účelnou, a tedy i **postupem *lege artis***. Neposkytnutí takové život zachraňující péče (která není marnou a neúčelnou léčbou) musí vycházet ze svobodného a informovaného souhlasu pacienta, z jeho dříve vysloveného přání či z rozhodnutí soudu.

V popsané situaci nebude možné využít souhlas osob blízkých pacientovi,⁵³ protože život zachraňující péče bude zpravidla péčí, kterou lze poskytnout bez souhlasu. Souhlas osob blízkých pacientovi totiž nelze podle zákona o zdravotních službách využít pro péči, kterou lze poskytnout bez souhlasu pacienta. Pokud osoby blízké nemohou s péčí vyslovit souhlas, nemohou ji ani odmítnout.

Jsem přesvědčen, že rozhodnutí o tom, že nebude poskytnuta život zachraňující péče, která je v souladu s pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy,⁵⁴ je zásahem do integrity, který je spojen s vážným nebezpečím pro život pacienta.⁵⁵ Pokud se jedná o pacienta neschopného úsudku (v nemocnici typicky pacienti v terminálním stadiu demence), který nevyužil dříve vysloveného přání, neměla by nemocnice činit rozhodnutí o neposkytování život zachraňující péče (pokud se nejedná o léčbu marnou a neúčelnou) za něj. Nemocnice nemá vycházet jen z přání rodiny či opatrovníka, ale usilovat o to, aby se k situaci vyjádřil soud.⁵⁶

53 Postup podle § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách.

54 Uvedeným se situace liší od rozhodnutí DNR, kdy by poskytnutí péče nebylo v souladu s pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy.

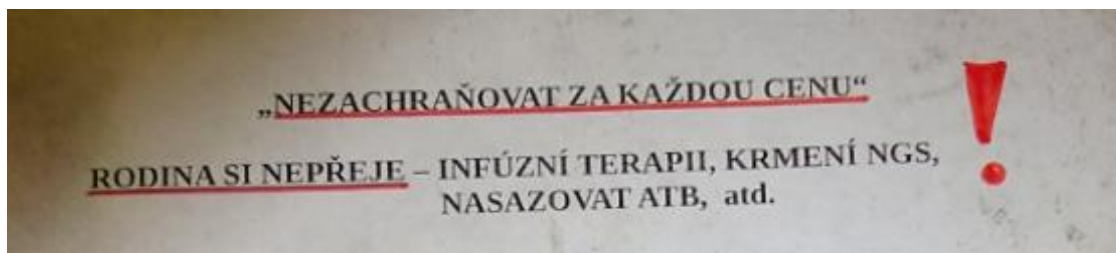
55 Viz § 101 občanského zákoníku.

56 Česká právní úprava se výslovně nevěnuje ukončení poskytování péče (která není neúčelná a marná) pacientům, kteří již nejsou schopni projevit svou vůli. Evropský soud pro lidská práva ve věci *Lambert proti Francii* ze dne 5. června, stížnost č. 46043/13, bod 143, uvedl, že při hodnocení, zda ukončení léčby na konci života pacienta nepředstavuje porušení práva na život podle článku 2 Úmluvy, bere v potaz tři kritéria. Prvním kritériem je existence právní úpravy a doporučených postupů pro rozhodnutí o takovém ukončení léčby na národní úrovni. V rámci tohoto kritéria soud hodnotí souladnost právní úpravy a doporučených postupů s článkem 2 Úmluvy. Druhým kritériem je, zda tato praxe zohledňuje předchozí přání pacienta, jeho blízkých a medicínských odborníků. Třetím kritériem je možnost napadnout rozhodnutí o takovém ukončení léčby, v případě pochyb o tom, zda bylo učiněno v nejlepším zájmu pacienta.

Nenáleží mi hodnotit, zda česká právní úprava přivolení k zásahu do integrity těmto kritériím vyhovuje. S ohledem na její strohost o tom však mám pochyby. Považuji za vhodné, aby zákonodárce problematiku dále rozpracoval. Evropský soud pro lidská práva v uvedeném rozhodnutí (bod 165) dává státům široký prostor, jak problematiku



Pacientka D měla na složce se zdravotnickou dokumentací nalepen lístek s informací „nezachraňovat za každou cenu“. Nemocnice rozhodnutí neposkytnout život zachraňující péči zakládá na přání rodiny. Pacientka D je v pokročilém stádiu demence a není schopna vyjádřit svou vůli (omezení ve svéprávnosti soudem ale neproběhlo). Její somatický stav je však dobrý a v nemocnici pobývá od roku 2016. S ohledem na její neschopnost vyslovit souhlas s hospitalizací přípustnost hospitalizace potvrdil soud. V řízení o přípustnosti hospitalizace se však soud nijak nevyjadřuje k léčbě.



Obrázek 7 – Lístek ze složky se zdravotnickou dokumentací pacientky D

Jsem přesvědčen, že k situaci pacientky D a ostatních pacientů v obdobné situaci by se měl vyjádřit soud⁵⁷ a vyslovit souhlas se zásahem do integrity v podobě neposkytnutí život zachraňující péče.

Opatření:

- 27) Usilovat o vyjádření soudu v situacích, kdy má být zasaženo do integrity pacienta neschopného úsudku způsobem zanechávajícím vážné následky [typicky neposkytnutí život zachraňující péče] a nejedná se o situace, kdy je možné postupovat bez souhlasu pacienta [typicky neodkladná péče] a pacient svou vůli ani neprojevil v dříve vysloveném přání (průběžně).**

5.4 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 do venkovních prostor, pokud léčebné aktivity nevyžadují přítomnost pacienta na oddělení,⁵⁸ a zároveň požaduje zajištění dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytné.

upraví, a to včetně určení toho, zda finální rozhodnutí náleží blízkým pacienta, právnímu zástupci, lékařům nebo soudům.

Inspiraci k tomu, jak úpravu zmíněné problematiky pojmout, lze hledat v dokumentu Rady Evropy: *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end of life situations*. [online]. Štrasburk: Rada Evropy [cit. 20. července 2023]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations>.

57 Místně příslušný je soud, v jehož obvodu má pacient trvalé bydliště, viz § 65 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.

58 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. července 2023]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>, bod 94. Zpráva pro rakouskou



Pobyt na čerstvém vzduchu lze omezit, případně lze stanovit nutnost doprovodu, a to v rámci individuálního léčebného postupu, který pacient musí dodržovat.⁵⁹ 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 zajištění účelu, který sleduje.

Na všech odděleních mají pacienti možnost pobývat na čerstvém vzduchu. Některým pacientům je tato možnost odňata rozhodnutím lékaře z důvodu jejich zdravotního stavu. Trvale ležícím pacientům je velmi náročné zajistit pobyt venku kvůli materiálním podmínkám.

Část pacientů se dostane na vzduch v rámci tzv. vycházek. **Nemocnice umožňuje po individuálním posouzení pobyt na čerstvém vzduchu ve formě vycházek i pacientům, kteří v nemocnici pobývají bez svého souhlasu. Takový individualizovaný přístup je správný.**

Za příklad správné praxe považuji řešení oddělení 3A, které umožňuje pobyt na čerstvém vzduchu na terase oddělení, kam se v doprovodu může dostat i pacient se zhoršenou mobilitou.

Naopak oddělení 3B, 9C ani 9D takovou terasu nemají a zajištění pobytu na čerstvém vzduchu pro pacienty se zhoršenou mobilitou je náročné. Vítám proto, že oddělení 9C a 9D má být v průběhu roku vybaveno bezbariérovým vstupem na zahradu. **Doufám, že co nejdříve dojde k přesunu oddělení 3B do vhodnějších prostor.**

5.5 Aktivity pro pacienty

Pacienti v průběhu hospitalizace mají mít mimo čistě léčebných aktivit přístup k aktivitám, které vedle léčby umožní odreagování a smysluplné trávení času.⁶⁰ Zejména 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 o dění ve světě, sportovních utkáních či kulturních událostech, a to nejlépe tak, aby nejméně jedna aktivita probíhala každý den.

Na odděleních 3A a 3B je program aktivit pro pacienty dobře propracován. Pravidelně probíhá kognitivní stimulace, na oddělení dochází canisterapeutka, pracovníce z hippoterapie přednáší o chovu koní a každé dopoledne probíhá pracovní terapie v jídelně. Ležící pacienti mají aktivity v lůžku. Náplní pracovní terapie je například výroba látkových zvířátek nebo malování obrázků. Výrobky je vyzdobeno oddělení. V této souvislosti upozorňuji, že u výtvarných prací je snadné sklouznout k volbě témat pro děti. Je potřeba klást důraz na to, aby

vládu o návštěvě Rakouska provedené v roce 2021. CPT/Inf(2023)03 [online]. Štrasburk: CPT, 2021 [cit. 20. července 2023]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/austria>.

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

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



témata byla přiměřená dospělým lidem. Pacienti sdělili, že na oddělení dochází farář, a jeden z pacientů se těšil na plánovaný výlet do bazénu.

Na odděleních 9C a 9D vytváření smysluplného programu pro pacienty komplikuje dlouhodobost jejich pobytu v nemocnici a na oddělení 9C i rozdílnost potřeb pacientů, kteří jsou od sebe věkově vzdáleni a liší se i zdravotními důvody pobytu v nemocnici. **Také na těchto odděleních se personál snaží vytvářet smysluplné aktivity, a to i nad rámec svých pracovních povinností.** Personál například do nemocnice nosí vlastní knihy podle zájmu pacientů a povídá si s nimi o nich. Začali mapovat životní příběhy pacientů, aby věděli, co mají rádi. Třebaže je to známkou velmi citlivého přístupu personálu, **jsem přesvědčen, že značná část pacientů těchto oddělení by nejvíce profitovala z pobytu v kvalitním zařízení sociálních služeb, které by jim mohlo poskytnout ještě více individualizované aktivity a péči.**

5.6 Stravování a dopomoc s ním

Zaměřuji se na to, zda mají pacienti dostatek jídla a zda stravování probíhá důstojně, pro pacienta přijatelně a v obvyklé časy. Stravování v nemocnici by se mělo co nejvíce podobat stravování v běžném prostředí, odchylky například v podobě mletí či mixování stravy anebo odebrání části běžného jídelního servisu či příboru, musejí být opodstatněny zdravotním stavem pacienta.

Při servírování jídla pacientovi, který potřebuje dopomoc, je důležité oslovení, udržování očního kontaktu, přání dobré chuti a zájem o to, zda pacientovi jídlo chutná. Uvedené nelze zajistit, pokud personál nemá pro dopomoc se stravováním dostatek času. Je proto nutné, aby nemocnice k podávání jídla určila dostatečný počet zaměstnanců, nebo i zajistila pomoc dobrovolníků.

Již výše ve zprávě (oddíl 4.1.1) jsem upozornil na to, že mezi večeří a snídaní je velký časový rozestup. Jinak nikdo z pacientů nekritizoval množství ani kvalitu jídla.

Za nedůstojné považuji to, že pacienti jedli z plastového nádobí. Nic nenasvědčuje tomu, že by používání plastového nádobí bylo na navštívených odděleních opodstatněno ohrožením, které může představovat například střep, protože na odděleních jsem nezjistil pokusy o sebevraždu.



Obrázek 8 – Plastové nádoby na oddělení 9D



Obrázek 9 – Plastové nádoby na oddělení 3B

Opatření:

- 28) Zajistit pacientům běžné nádobí a těm, u nichž je větší riziko jeho rozbití, poskytovat při jídle asistenci (průběžně).**

Za nesprávnou považují praxi sledovanou na oddělení 9D. **Ošetřovatelka podávala stravu naráz dvěma pacientkám a stála u toho.** Správně by měl mít personál dostatek času na to podávat stravu vždy jednomu pacientovi a zajistit, aby měl s pacientem oční kontakt.

Opatření:

- 29) Zajistit, aby personál podával stravu vždy jednomu pacientovi a měl na to dostatek času (průběžně).**

5.7 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, večerní hygiena zase každý večer. Taktéž intimní hygiena je zásadní provádět každý den. 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 nijak 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 všech odděleních probíhá koupel pacientů alespoň jedenkrát týdně. Pokud si pacient přeje častější koupel, je to možné. Považuji však za vhodné, aby personál pacienty na tuto možnost aktivně upozorňoval. Nikdo z pacientů neuváděl, že by byl nespokojen s přístupem k hygieně. Trvale ležící pacienti jsou koupani dvakrát týdně a každý den u nich probíhá hygiena v lůžku.

Za problematické považuji to, že **žádný z pacientů nemá povolen samostatný pobyt v koupelně**, a to z důvodu prevence pádu. Mám za to, že alespoň část pacientů by byla schopna hygienu zvládnout samostatně a bezpečně, a to zejména pokud budou koupelny vybaveny tlačítky k přivolání pomoci (viz opatření č. 2).

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.**

5.8 Prevence pádů

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 aby pokud možno nevedlo k rozvoji dalších hrožících problémů.

Za rok 2022 došlo na navštívených odděleních k 71 pádům, z toho 9 bylo vyhodnoceno jako závažných. V celé nemocnici za stejné období došlo k 171 pádům a 12 z nich bylo vyhodnoceno jako závažných.

Přístup nemocnice k prevenci pádů hodnotím jako zodpovědný. Na všech navštívených odděleních je riziko pádu vyhodnocováno při přijetí pacienta a následně jednou za měsíc. Oslovený personál vyjmenoval množství postupů, kterými se snaží riziko pádů dále snižovat. Pacientům je doporučována kvalitní obuv, chodby jsou vybaveny vodícími tyčemi, pacienti mají k dispozici kompenzační pomůcky (vozíky a chodítka). Chodbu na odděleních vytírají tak, aby vždy polovina byla suchá. Na různých místech na odděleních jsou letáky pro pacienty s informací, jak pádům předcházet.

Lůžka pacientů jsou moderní a jejich ložnou plochu lze výrazně snížit. Nemocnice však nevyužívá matrace přiložené k lůžkům, které mohou snížit závažnost následků pádu z lůžka. **Nemocnici navrhuji zvážit pořízení takových matrací.**



Pro inspiraci uvádím zkušenost z navštívených domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde měli k dispozici chodítka, které pacientovi zároveň umožňovalo se posadit. Bezpečná možnost samostatného pohybu tak byla dostupná i pacientům, pro něž běžné chodítka bylo nedostatečné.

Pokud pacient upadne, zdravotní sestra zavolá lékaři, který určí další postup podle toho, zda došlo ke zranění, či nikoli. Pokud je podezření na zranění, lékař přijde osobně na oddělení a pošle pacienta na potřebná vyšetření. O každém pádu je vyhotoven protokol a jsou hledána vhodná opatření k předejití jeho opakování.

5.8.1 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 zda pro pacienta existují alternativy (například moderní snížitelné lůžko s přiloženou matrací).

Na všech navštívených odděleních se využívají dělené postranice. Například na oddělení 3A měla postranice v průběhu noci zvednuta více než polovina pacientů. Rozhodnutí o zvednutí postranic provádí střední zdravotnický personál.

Ze zdravotnické dokumentace nelze zjistit, jak dlouho během dne měl pacient postranice zvednuty.

Oslovená lékařka uvedla, že někteří pacienti postranice přelézají, což může vést k závažnému zranění. V takové situaci musí lékař komplexně vyhodnotit stav pacienta a rozhodnout, zda se postranice nestávají spíše zdrojem ohrožení než prostředkem ochrany.

Opatření:

30) Zajistit, aby alespoň o použití postranic, které je delší než 24 hodin, nebo u pacientů, u nichž je riziko, že postranice překonají, rozhodl lékař, a ve zdravotnické dokumentaci zaznamenávat, jak dlouho pacient pobýval v lůžku s postranicemi (průběžně).

5.9 Péče o pacienta s rizikem dekubitů

U pacientů gerontopsychiatrických oddělení má být vyhodnoceno riziko vzniku dekubitů a podle vyhodnocení zajištěna vhodná péče zaměřená na jejich prevenci. Pacienti s rizikem vzniku dekubitů mají být pravidelně polohováni, což má být dokumentováno ve zdravotnické dokumentaci pacienta.



V případě vzniku dekubitu má být situace vždy vyhodnocena jako nežádoucí událost a pacientům má být zajištěna adekvátní péče, a to nejlépe specialistou v oblasti péče o rány. Vývoj dekubitu je vhodné zachytit fotodokumentací, personál ho tak může snadněji sledovat a předejít rozdílům v popisu dekubitu, což hrozí, pokud se o dekubit stará více osob.

Za únor 2023 bylo v nemocnici na navštívených odděleních zjištěno 10 dekubitů, přičemž 5 vzniklo v nemocnici a 5 před hospitalizací. Jeden dekubit dosahoval 4. stupně závažnosti (úplná ztráta kůže a podkoží) a vznikl mimo nemocnici, další dekubity byly méně závažné.

Přístup nemocnice k prevenci dekubitů a k jejich léčbě hodnotím jako zodpovědný. U příjmu je pacient prohlédnut, zda nemá dekubity, a riziko vzniku dekubitů je pravidelně, jednou měsíčně, hodnoceno. Pokud personál zjistí dekubit, vyfotí ho a vyjádří se k němu lékař. Na odděleních působí sestry specialistiky na péči o rány, které péči o dekubit koordinují.

Ve zdravotnické dokumentaci pacientů s dekubity jsou pravidelné záznamy o jejich polohování, a to alespoň jedenkrát za 2 hodiny. Polohování jsou i pacienti s rizikem vzniku dekubitu, a to v intervalu, který určí lékař. **Všichni dlouhodobě ležící pacienti mají lůžka s aktivním antidekubitními matracemi, které se automaticky přifukují, čímž dochází k zatěžování tkáně na různých místech.**

5.10 Péče o pacienta s rizikem malnutrice

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 jsou 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 nutno dokumentovat, jaké množství stravy přijali, jak probíhá vyměšování a jak se mění hmotnost pacientů.

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.

Přístup nemocnice k prevenci malnutrice hodnotím jako zodpovědný. Pacienti jsou váženi při příjmu a pak každých 14 dnů na odděleních 3A a 3B a každý měsíc na oddělení 9C a 9D. Personál může k vážení použít zvedák s váhou a zvážit i trvale ležícího pacienta. Nemusí tak být používány nepřímé metody, jako je například měření kožní řasy. Pokud lékař u pacienta vyhodnotí riziko vzniku malnutrice, sestry do zdravotnické dokumentace zapisují, kolik stravy a tekutin pacient přijal.



Všechna navštívená oddělení nabízejí pacientům v riziku malnutrice doplňky stravy a spolupracují s nutriční terapeutkou (i lékařkou internistkou), s níž řeší i případné alergie pacientů a stanovují se individuální diety.

5.11 Paliativní péče

Paliativní péče musí být dostupná všem, kteří ji potřebují.⁶¹ 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 považují 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 podílet⁶² na spolurozhodování o další péči, a pokud pacient umírá, nemohou se s ním rozloučit.

Paliativní péče je v nemocnici poskytována, což dokládají záznamy ve zdravotnické dokumentaci pacientů, a to například pacientky D. Pacienti v terminálním stádiu nemoci, u nichž se zdravotní stav zhorší, zpravidla nejsou překládáni na jiná oddělení či do jiných nemocnic. Oslovený personál uvedl, že v rámci paliativní péče jsou podávány opiáty, prováděny masáže k uvolnění napětí a umožňován častější kontakt s rodinou. Oslovená zdravotní sestra zmínila, že se snaží, aby umírající pacienti byli co nejméně sami, častěji za nimi chodí a drží je za ruku.

O zahájení paliativní péče nemocnice informuje rodinu, protože většina pacientů, kterých se rozhodnutí týká, není s ohledem na svůj zdravotní stav schopna přijímat informace.

Nemocnice však nespolupracuje se specialistou na paliativní péči. Oddělení také neumožňují, aby rodina mohla být s umírajícím blízkým o samotě, protože nemají jednolůžkové pokoje. Stejně tak rozloučení se zesnulým nemůže proběhnout na oddělení o samotě, tělo buď zůstává na pokoji, nebo je přemístěno do jiné místnosti, která k tomu neslouží (například koupelny). Na odděleních není pietní místo, které by bylo určeno ke vzpomínce na pacienta, s nímž ostatní pacienti trávili často mnoho let.

Opatření:

- 31) Dále rozvíjet paliativní péči v nemocnici, zejména navázat spolupráci se specialistou na paliativní péči a umožňovat blízkým umírajícího pacienta rozloučit se s ním v soukromí nejlépe na k tomu určeném vhodném pokoji (do 6 měsíců).**

61 Část i, bod č. 2 přílohy Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy ze dne 12. listopadu 2003 o organizaci paliativní péče.

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



5.12 Specifika péče o pacienta 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 či zbytečně působit utrpení. V právním chápání může jít také o porušení práv pacienta či přímo o špatné zacházení.⁶³

Střední zdravotnický personál uvedl, že neabsolvoval speciální školení pro práci s člověkem s demencí. Nezpochybňují, že personál nemocnice je kvalitně vzdělaný, pozitivně hodnotím to, že více než polovina sester má psychiatrickou specializaci. Péče o pacienta s demencí je však natolik náročná a specifická, že považují za vhodné, aby si personál znalosti osvěžoval a doplňoval, a to zejména pokud se problematice demence podrobně nevěnoval v rámci předchozího vzdělávání.

Opatření:

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

5.12.1 Komunikace s pacientem s demencí

S postupující demencí a upadáním kognitivních funkcí se zhoršují komunikační schopnosti nemocných a schopnost porozumět situaci.⁶⁴ 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 asistované a augmentativní komunikace⁶⁵ a využívat je u pacientů, kteří jsou toho schopni.

63 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. června 2023]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf.

64 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 příjemní 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

65 Alternativní a augmentativní komunikace – způsoby komunikace a komunikační systémy, které nezahnují přímou mluvenou řeč. Augmentativní komunikace jsou doplňkové nebo rozšiřující komunikační způsoby. Podporují sice



Na odděleních jsou k dispozici karty pro alternativní a augmentativní komunikaci, nezjistil jsem však, že by byly využívány. Speciální školení na komunikaci s pacientem s demencí personál nezmiňoval, toto téma doporučuji začlenit do výše uvedeného školení (viz opatření č. 32).

Oceňuji již zmiňovanou praxi na oddělení 9D, kde personál zjišťuje od blízkých životní příběhy pacientek. Témata, která jsou pacientovi blízká, ho mohou pobízet ke komunikaci. Tuto praxi doporučuji rozšířit i na další oddělení a doplnit ji o zjišťování toho, zda pacient využíval nějaké pomůcky pro komunikaci. Někdo si může psát poznámky, jiný využívá fotografie, na nichž popisuje, co zažil, jiný může využívat lístečky s poznámkami nebo notebook. Žádoucí je, aby tyto individualizované pomůcky pacient využíval i v nemocnici.

5.12.2 Zajištění pitného režimu u pacientů s demencí

U pacientů s demencí je nutné zvýšeně dbát na pitný režim. *Nemocní nemají pocit žízně, tekutiny se musí stále nabízet. Sami se nenapijí, ani když mají hrneček na stole.*⁶⁶ Množství vypitých tekutin musí být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.

Příjem tekutin se znamená u těch pacientů, u nichž o tom rozhodne lékař, v případě nedostatečného příjmu tekutin personál tekutiny aktivně nabízí a případně zahájí podávání infuzní terapie.

Na odděleních bylo pacientům volně dostupné pití, a to ve várnících ve společných prostorech nebo na jejich nočních stolcích. Nikdo z pacientů si nestěžoval na žízeň.

5.12.3 Rozpoznávání bolesti a hledání jejich příčin u pacientů s demencí

U pacientů s pokročilou demencí není rozpoznání bolesti vždy snadné. Nerozpoznaná a neléčená bolest přitom zásadně zhoršuje kvalitu života, může být i přehlédnutým signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, příp. může vést k poruchám chování (vnímaných jako neklid či agrese) a následnému použití omezovacího prostředku.

Je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost bolesti a její léčbě. Zejména v pokročilých stádiích demence, kdy již pacient není schopen verbalizovat svoje pocity, je třeba, aby pečující personál zvládl detekovat bolest. Je rovněž důležité, aby vedení nemocnice nastavilo standardizovaný systém sledování bolesti, v rámci kterého jasně stanoví postupy a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

částečně přítomné, 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.

66 VAŇKOVÁ, Hana. Výživa u osob s Alzheimerovou nemocí. Syndrom pokročilé demence a paliativní péče. Online dostupná přednáška. [cit. 22. června 2023] Dostupná zde: <https://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000304.pdf?seek=1445511614>.



Personál sdělil, že bolest u pacientů zjišťuje. K posuzování bolesti je využívána *Vizuální analogová škála bolesti* (VAS). Ta je však využitelná jen u pacientů, kteří jsou schopni spolupráce a ukáží na škále, jak velká jejich bolest je.

U pacientů, kteří nejsou schopni využívat VAS, personál intuitivně určuje bolest například podle výrazu v obličeji nebo sténání, takto určená bolest však není nijak standardizovaně zaznamenávána. Nelze tak snadno určit, zda bolest pacienta vzrůstá, či polevuje. Existují přitom škály, které lze využít i u pacientů, kteří nejsou schopni použít VAS. Jedná se například o *Stupnici pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)*.⁶⁷ Na oddělení 9C staniční setra používání PAINAD zmínila, na ostatních personál zmiňoval pouze VAS.

Opatření:

- 33) Využívat nástroj ke standardizovanému hodnocení bolesti u pacientů v pokročilém stadiu demence (do 3 měsíců).**

5.12.4 Mikční režim

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.⁶⁸

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.

Nejistil jsem, že by u někoho z pacientů byl jasně stanoven mikční režim, bylo pravidelně připomínáno využití toalety a například veden mikční deník za účelem vyhodnocení rozvoje inkontinence. Užitečné může být začlenění cviků pro posílení pánevního dna do denního režimu pacientů.

Opatření:

- 34) 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, a zda má personál dopomáhat na toaletu a jak často (do 3 měsíců).**

⁶⁷ Existuje řada škál k hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí kromě PAINAD, např. DOLOPLUS-2, ECPA, PACSLAC.

⁶⁸ HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, op. cit., s. 109.



5.12.5 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 jejích 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.⁶⁹

Pomoc pacientovi s orientací v realitě (v místě, osobě, čase) zahrnuje řadu prvků. Lidé trpící 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.

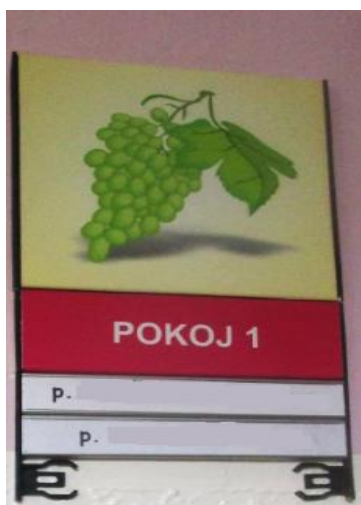
Orientaci pacienta v prostoru je třeba podpořit například za pomoci piktogramu, barevného odlišení, různými reflexními páskami, směrovkami, značkami.⁷⁰ Musí být rovněž zohledněno, že mnoho lidí s demencí má strach ze tmy nebo má problém rozeznat nerovnosti terénu. Nevhodné jsou podlahy s tmavými vzory či zrcadla.

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

Na odděleních 3A a 3B jsou pokoje pacientů označeny obrázky (například ovoce nebo zvířata), na odděleních 9C a 9D jsou pokoje označeny pouze číslem. Na všech odděleních byly piktogramy označeny toalety.

69 *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).

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



Obrázek 10 – Označení pokojů na oddělení 3A
(jména pacientů byla odstraněna)



Obrázek 11 – Označení pokojů na oddělení 9C
(jména pacientů byla odstraněna)

Na všech odděleních jsou velké kalendáře s daty a ročním obdobím. Na oddělení 9C pacienti uváděli, že jim staniční sestra čte z kalendáře. Nemyslím proto, že by se personál v tomto ohledu nesnažil. Pacienti přesto při rozhovoru nevěděli, jaký je den nebo měsíc.

Je zřejmé, že pouze oddělení 3A bylo stavěno se záměrem poskytování gerontopsychiatrické péče. **Oddělení 3B, 9C a 9D nutí personál k tomu, aby se nevhodné prostory snažil přetvářet potřebám pacientů.** Nevhodností uvedených oddělení mám na mysli to, že jsou to v základu dlouhé tmavé chodby s množstvím dveří a mnohalůžkovými pokoji, které vypadají podobně. K přizpůsobení prostor potřebám pacientů s demencí přispěje realizace některých opatření uvedených výše (např. snížení počtu lůžek na pokojích a větší individualizace okolí pacientova lůžka). Nad rámec již uvedených opatření považuji za vhodné například označení pokojů na odděleních 9C a 9D obdobně jako na odděleních 3A a 3B.

Opatření:

- 35) Dále přizpůsobovat prostory potřebám pacientů s demencí, například označení pokojů na odděleních 9C a 9D obdobně jako na odděleních 3A a 3B (průběžně).**

5.12.6 Deprese u pacientů s demencí

Deprese bývá průvodním jevem velké části demencí, zejména demencí vaskulárního typu,⁷¹ často však bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky demence, které jí mohou být podobné. Počáteční příznaky deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se může významně negativně projevit na kvalitě života. Je proto třeba, aby si nemocnice byla vědoma těchto rizik a zavedla standardizovaný systém sledování příznaků deprese, v jehož rámci budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

⁷¹ HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4, s. 72.



Oslovení lékaři si byli vědomi problematiky deprese u pacientů s demencí a nutnosti diferenciální diagnostiky. Otázky směřující na symptomy deprese jsou součástí standardizovaného hodnocení přítomnosti sebevražedného jednání, které provádí střední zdravotnický personál s každým přijímaným pacientem. U pacientů s projevy deprese ošetřovatelský tým vyčkává s hodnocením kognitivních funkcí až do stabilizace nálady. Takový postup jsem zjistil u pacientky E a F a považuji ho za správný.

5.12.7 Nefarmakologické přístupy k terapii demence

Terapii demence nelze redukovat jen na farmakoterapii.⁷² Péče o pacienta s demencí má obsahovat například také postupy pro zachování či zlepšení kognitivních funkcí (kognitivní stimulace), postupy pro zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života a postupy pro zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence.

Na odděleních pravidelně probíhá nácvik kognitivních funkcí, který je dostupný i trvale ležícím pacientům. Pro kognitivní stimulaci může personál využít tablet. **Záznamy o proběhlé kognitivní stimulaci ve zdravotnické dokumentaci jsou však poměrně strohé**, a to například: *Individuální trénink kognitivních funkcí s tabletem. Zvládá bez problémů.* Strohé záznamy neumožňují ve stimulaci postupovat od jednodušších úloh k těžším mezi setkáními a odhalovat slabé a silné stránky pacienta. **Nemocnici proto doporučuji zvážit, zda provádění kognitivní stimulace více nestrukturovat.**

Prostor pro zlepšení vidím v oblasti posilování soběstačnosti pacientů. Jsem si však vědom toho, že větší zapojení pacientů do chodu oddělení a péče o svou osobu je podmíněno kapacitou a úkoly personálu, které jsou v nemocnici jiné než v pobytové sociální službě. Odkazují na opatření formulovaná v podkapitole 5.1.

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).

K tomu, 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.

72 HOLMEROVÁ, Iva, JANEČKOVÁ Hana, VAŇKOVÁ, Hana, VELETA, Petr. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*, 2005, 5 (1), s. 180-184. Dostupné online zde: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2005/04/03.pdf>.



Zaměřuji se na nejen 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.⁷³ 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.⁷⁴

6.1 Praxe používání omezovacích prostředků v nemocnici

Nemocnice pravidla pro používání omezovacích prostředků upravuje vnitřním předpisem *Směrnice o používání omezovacích prostředků* (Směrnice k OP), která byla před návštěvou aktualizována naposledy 15. 11. 2022.

Z navštívených oddělení se omezovací prostředky používají častěji na oddělení 3A a 3B, což odpovídá tomu, že se jedná o příjmová oddělení. Ani na těchto odděleních používání omezovacích prostředků nehodnotím jako nezvykle časté. To, jak často, vůči kolika pacientům, v jakém nejdelším trvání a které omezovací prostředky byly použity na navštívených odděleních v roce 2022, uvádí Tabulka 1.

Tabulka 1 – četnost využití omezovacích prostředků na navštívených odděleních za rok 2022

Oddělení	Omezení pásy	Počet pacientů/ Nejdelší nepřetržitě omezení v hodinách	Psychofarmaka podaná silou	Počet pacientů	Kombinace pásů a psychofarmak	Počet pacientů/ Nejdelší nepřetržitě omezení v hodinách
3A	28	13/104:02 ^{75,76}	1	1	4	1/18:02
3B	33	10/156:11	0	0	6	3/15:36
9C	1	1/10:05	0	0	0	0
9D	0	x/x	0	0	0	0

Ze zákonem přepokládaných omezovacích prostředků není v nemocnici na navštívených odděleních využíván úchop, ochranný kabátek a místnost určená k bezpečnému pohybu.

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

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

75 Případům omezení trvajících déle než 24 hodin se věnuji v podkapitole 6.3.

76 Většina omezení pásy trvala výrazně kratší dobu než nejdelší uvedené omezení.



Úchop a ochranný kabátek nemocnice nevyužívá ani na jiných odděleních. Místnosti určené k bezpečnému pohybu na jiných odděleních jsou.

U místnosti určené k bezpečnému pohybu a ochranného kabátku nemám zkušenosti s jejich využíváním vůči gerontopsychiatrickým pacientům ani z jiných obdobných zařízení. Nemohu se tak vyjádřit k tomu, zda nevyužívání těchto prostředků vede například k častějšímu používání omezení pásy.

U omezení úchopem je zřejmé, že ačkoliv ho nemocnice neviduje jako samostatný omezovací prostředek, dochází k užívání úchopů i při používání jiných omezovacích prostředků. Je proto nutné v jejich bezpečném použití pravidelně proškolovat personál.

Opatření:

36) V rámci pravidelného školení o bezpečném používání omezovacích prostředků se zaměřovat i na nácvik bezpečného použití úchopů (průběžně).

6.1.1 Omezení pásy

K pacientům v omezení by neměli mít přístup další pacienti. Požadavek na oddělení pacienta omezeného pásy v lůžku od ostatních pacientů vyplývá jak z *Metodického doporučení ministerstva*,⁷⁷ tak z *Doporučeného postupu: Péče o pacienta v omezení*,⁷⁸ který vznikl v rámci reformy péče o duševní zdraví a lze předpokládat, že metodické opatření nahradí.

Na navštívených odděleních nejsou pro omezení pacienta pásy v lůžku určeny speciální pokoje. K omezování pacientů tak dochází na běžných ložnicích. To však představuje riziko, že k pacientovi v průběhu omezení budou mít přístup jiní pacienti, a komplikuje to rovněž provedení omezení, protože v krizové situaci je nejdříve potřeba připravit lůžko.

Opatření:

37) Zajistit, aby byl pacient omezený pásy v lůžku odloučen od ostatních pacientů, a to nejlépe prováděním omezení na pokojích, které jsou pro to určeny (průběžně).

6.1.2 Psychofarmaka podaná silou

Směrnice k OP definuje farmakologické omezení obsahově shodně se zákonem, tedy jako *psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta*.⁷⁹

77 Viz čl. 1 odst. 13 Metodického doporučení ministerstva: [...] Při omezení nesmí být používány bolestivé hmaty, ani jiné nehumánní postupy; musí být dbáno důstojnosti pacienta a jeho soukromí. Pacient je vizuálně oddělen od ostatních pacientů a musí být chráněn před nežádoucími kontakty ze strany ostatních pacientů.

78 Reforma péče o duševní zdraví. Doporučený postup: Péče o pacienta v omezení. [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví, 2022 [cit. 22. června 2023]. Dostupný z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporučeny-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.*

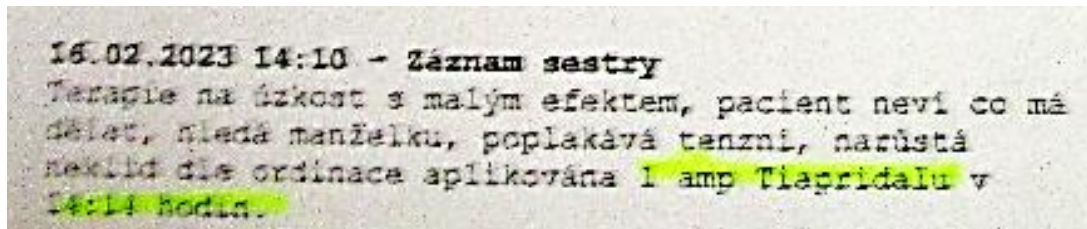
79 Viz § 39 odst. 1 písm. e) zákona o zdravotních službách.



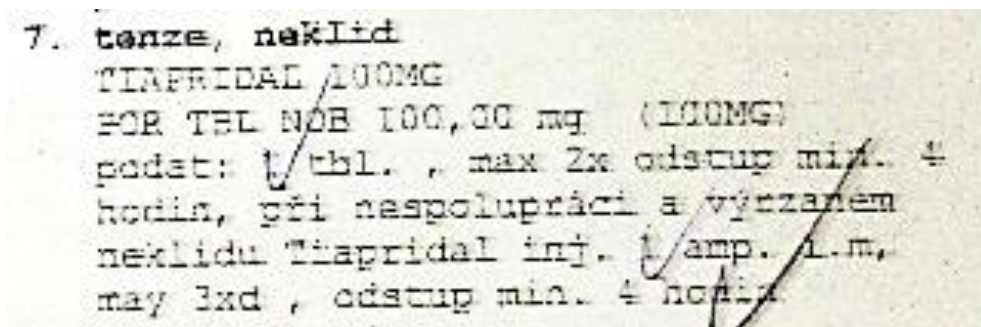
Střední zdravotnický personál však uváděl, že pro rozhodnutí, zda se jedná o omezovací prostředek, je pro něj rozhodující, zda léčivo předepsal lékař ve fakultativní medikaci pro neklid. Tento přístup vychází z již neplatné definice omezovacího prostředku, která za použití farmakologického omezovacího prostředku nevhodně nepovažovala podání léčiva v rámci soustavné léčby psychiatrické poruchy, a to bez ohledu na to, zda bylo léčivo podáno silou.

Při používání léků s tlumícím efektem ke zvládnutí chování pacienta je proto důležité, zda je pacient akceptoval, nebo zda bylo nezbytné použít síly nebo její hrozby. Zdravotníci musejí tuto relevantní okolnost zaznamenat a podle okolností pak událost evidovat i jako omezovací prostředek.

V tomto smyslu je tedy nevypovídající například tento záznam o podání injekce Tiapridalu pacientovi G dne 16. února 2023. O tom, jak pacient k podání injekce přistupoval a zda k jejímu podání bylo nutné použít sílu, není ve zdravotnické dokumentaci uvedeno nic.



Obrázek 12 – záznam o podání injekce pacientovi G dne 16. února 2023



Obrázek 13 – fakultativní medikace pacienta G pro neklid

Opatření:

- 38) 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 (průběžně).



6.1.3 Nespokojenost se znemožněním používání síťového lůžka

Personál si stěžoval, že nemůže využívat síťové lůžko, protože zákonodárce to od 1. ledna 2022 znemožnil. Na oddělení 3A měli dříve vymezenou jednu místnost se síťovým lůžkem. Personál uváděl, že pacienti ji využívali, i když chtěli být o samotě, a do síťového lůžka si lehali sami, protože se v něm cítili bezpečně. Z místnosti, kde bylo síťové lůžko, je nyní sklad.

Jsem přesvědčen, že ke zklidnění může místnost sloužit i bez síťového lůžka. **Nemocnici proto navrhuji na každém oddělení, kde je to prostorově možné, zřídit takovou místnost, kde může být pacient o samotě v příjemném a klidném prostředí.** Pobyt v místnosti je samozřejmě namísto umožňovat pouze pacientům, u nichž nehrozí, že si o samotě ublíží.

Personál také sděloval, že navštívil zahraniční zařízení, kde se setkal s alternativou k síťovému lůžku. Zvažovali, zda se takové bezpečné lůžko pokusí pořídit, nakonec ale dospěli k závěru, že to nemá cenu, protože je jen otázkou času, než budou zakázána i taková lůžka.

Jsem přesvědčen, že lůžka s vysokými polstrovanými postranicemi, která se využívají v zahraničí (například pro pacienty s Huntingtonovou chorobou), mohou pacientům poskytnout pocit jistoty, který personál popisuje u síťových lůžek. Tato moderní lůžka však nejsou spojena s riziky, která představovala síťová lůžka. Nehrozí u nich oběšení na síti, znečištěné polstrování lze na rozdíl od sítě snadno omýt, je v nich možné využívat polohovací rošty, mají nižší těžiště, takže je těžší je převrhnout, a k pacientovi v nich lze přistupovat z více stran. V neposlední řadě nejsou moderní lůžka spojena s mediální zkratkou umístování člověka do „klece“. **Nemocnici proto vyslovuji podporu v hledání důstojných alternativ k síťovým lůžkům za účelem poskytnout pacientům prostor pro zklidnění.**

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.⁸⁰

Směrnice k OP uvádí, že o *použití omezovacího prostředku vždy rozhoduje ošetřující lékař nebo službu konající lékař na základě zhodnocení psychického stavu pacienta. Směrnice k OP se tak na rozdíl od zákona nevěnuje krajním situacím, kdy je lékař fakticky nedostupný.*

Oslovený střední zdravotnický personál sdělil, že pokud není lékař na oddělení dostupný, telefonuje mu. Lékař pak o použití omezovacího prostředku rozhodne po telefonu. To je v krajní situaci přípustné. Lékař však musí stav pacienta následně bez zbytečného odkladu osobně zhodnotit.

Opatření:

- 39) Upravit směrnici k OP tak, aby řešila i krajní situace, kdy lékař nemůže o použití omezovacího prostředku rozhodnout osobně, a požadovat, aby lékař stav pacienta následně bez zbytečného odkladu osobně zhodnotil (do 3 měsíců).**

⁸⁰ Ustanovení § 39 odst. 3 písm. d) zákona o zdravotních službách.



Směrnice k OP uvádí, že lékař má minimálně třikrát za 24 hodin zhodnotit zdravotní stav pacienta v omezení a rozhodnout o nutnosti dalšího trvání omezení. Tento požadavek je ve studované zdravotnické dokumentaci dodržován. Zvolený postup je neobvyklý. Typicky se uplatňují častější kontroly spojené s použitím pásů a ochranného kabátku a méně časté s umístěním do místnosti určené k bezpečnému pohybu. Nezvyklé je také stanovení četnosti kontrol v průběhu 24 hodin namísto největšího přípustného intervalu mezi dvěma kontrolami.

Metodické doporučení ministerstva v čl. 1 odst. 10 písm. a) uvádí, že zdravotní stav pacienta omezeného pásy by měl lékař zhodnotit alespoň jednou za 3 hodiny.

Doporučený postup: Péče o pacienta v omezení v bodě 4.OME.14 uvádí, že zdravotní stav pacienta omezeného pásy by měl lékař zhodnotit alespoň jednou za 6 hodin. Prodloužení intervalu v novějším předpisu si vysvětlují tak, že doporučený postup pod omezení pásy zahrnuje i použití pásů, které dříve nebylo vždy hodnoceno jako omezení, a to například omezení končetiny při podávání infuze nebo použití pásu u pacienta v křesle. Zejména u vícebodového omezení pásy v lůžku je namístě, aby lékař rozhodl o častějším intervalu kontrol, protože úplné znehybnění může být spojeno se závažnými komplikacemi a strádáním pro pacienta.

Opatření:

- 40) Upravit směrnici k OP tak, aby požadovala zhodnocení zdravotního stavu pacienta omezeného pásy lékařem alespoň jednou za 6 hodin, a v případě pacientů, u nichž je vyšší riziko komplikací, i častěji podle individuálního posouzení lékaře (do 3 měsíců).**

Za příklad správné praxe považuji to, že směrnice k OP požaduje, aby každé 2 hodiny došlo k uvolnění fixované končetiny alespoň na 10 minut za účelem prokrvení, pokud to bezpečnost umožní.

6.3 Nezbytnost omezení a jeho trvání

Zákon použití omezovacích prostředků připouští pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.⁸¹ Dále zákon předepisuje dodržet zásadu subsidiarity. Omezovací prostředek lze použít poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení daného účelu; toto musí být dokumentováno.⁸²

Směrnice k OP zdůrazňuje, že použití OP může být až krajním řešením k zvládnutí bezprostředního ohrožení. Ze studované zdravotnické dokumentace vyplývá, že na navštívených odděleních není typickým důvodem pro omezení nezvladatelná agrese vůči okolí, ale přelézání postranic a vytrhávání žilních a jiných vstupů dezorientovanými pacienty.

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

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



Ze studované zdravotnické dokumentace jsem se zaměřil zejména na důvody omezení u pacientů, u nichž bylo omezení nezvykle dlouhé nebo opakované. Zejména jsem se zaměřil na:

- **Pacientku H**, která byla na oddělení 3A omezena pásy od 14:02 hodin dne 4. března 2022 do 22:04 hodin dne 8. března 2022, což je celkově 104 hodin a 2 minuty.

V přístupu k pacientce neshledávám pochybení. Pacientka byla omezena pásy na ruku z důvodu rizika vytržení nasogastrické sondy, kterou zdravotníci museli zavést, protože pacientka odmítala přijímat tekutiny a stravu. Rozhodnutí pacientky nepřijímat stravu nebylo možné považovat za právně platné jednání, protože nevěděla, kde a proč se nachází. Ošetřující lékař dospěl k závěru, že zavedení nasogastrické sondy je nutné z vitální indikace. Tomuto rozhodnutí předcházel nutriční screening.

V dokumentaci pacientky jsou záznamy o pravidelném uvolňování pásů a polohování a využívání antidekubitních pomůcek. Přesto byl u pacientky dne 18. března 2022 zjištěn dekubit II. stupně. Nemocnice na něj reagovala a zabránila jeho dalšímu rozvoji.

Po celou dobu omezení jsou v dokumentaci záznamy svědčící o tom, že pacientka se stále snaží sondu vytrhnout, a to i v noci při uvolnění pásů, kope kolem sebe a je vulgární na personál.

V období od 8. března do 19. března byla pacientka stále omezena v průběhu dne, přes noc však nikoliv. Následně pacientka začala přijímat stravu samostatně a nasogastrická sonda byla dne 21. března 2022 vyňata.

- **Pacienta CH**, který byl na oddělení 3A omezen pásy na rukou od 4. února 2023 do 23. února 2023 vždy na dobu cca od 7:30 hodin do 22:30 hodin.

V přístupu k pacientovi neshledávám pochybení. Pacient nemočil a dle zhodnocení lékaře bylo nutné zavést permanentní močový katetr. Pacient se zavedení katetru bránil a manipuloval s ním. Rozhodnutí pacienta nenechat si zavést permanentní močový katetr nebylo možné považovat za platné právní jednání, protože nevěděl, kde a proč se nachází.

V dokumentaci pacienta jsou záznamy o pravidelném uvolňování pásů a polohování a využívání antidekubitních pomůcek.

Po celou dobu omezení jsou v dokumentaci záznamy svědčící o tom, že pacient, pokud nespí, SE stále snaží katetr a žilní vstupy vytrhnout.

Ani v ostatních studovaných případech omezení jsem nezjistil, že by omezení bylo použito v situaci, kdy pacient bezprostředně neohrožoval sebe nebo druhé. Nemohu se vyjádřit k omezení pacientky I, která byla omezena pásy déle než 6 dnů. Na informaci o jejím omezení zaměstnanci Kanceláře narazili v souhrnné evidenci omezení až po ukončení návštěvy. S ohledem na to, že nic nenasvědčuje tomu, že by nemocnice používala omezovací prostředky v rozporu se zákonem, rozhodl jsem se zpětně nevyžadovat zdravotnickou dokumentaci této pacientky. Dále v podkapitole 6.6 však požaduji, aby nemocnice tento případ prověřila a sdělila mi, zda nedošlo k vybočení z jinak zjištěného správného přístupu.



Za případ dobré praxe považuji to, že nemocnice využívá ochranné rukavice, které dává pacientům, aby si nevytrhli žilní a jiné vstupy. Použití rukavic jsem zjistil ve zdravotnické dokumentaci pacientky D a pacienta J. Pokud u pacienta nasazení rukavic postačí k tomu, aby si neublížil, nemusejí být použity pásy.

6.4 Dokumentace omezení a dohled nad jeho průběhem

Zákon⁸³ předepisuje zajistit dohled, který odpovídá závažnosti zdravotního stavu pacienta. Metodické doporučení žádá dohled nepřetržitý.⁸⁴ Četnost záznamů o průběhu omezení má být taková, aby bylo omezení přehledně dokumentováno a bylo možné zpětně rekonstruovat důvod a průběh omezení.⁸⁵ Tím je zajištěno i předávání informací mezi zdravotníky. Neuvedení důvodu omezení v dokumentaci či nedostatečná čitelnost záznamů jde k tíži nemocnice.⁸⁶

Směrnice k OP požaduje, aby pacient v omezení byl pod trvalým dohledem, který je prováděn nepřetržitě kamerovým systémem a minimálně jednou za 30 minut osobní kontrolou. Tento požadavek odpovídá požadavku obsaženému *Doporučeném postupu: Péče o pacienta v omezení*.

Zdůrazňuji však, že nepřetržitý dohled skrze **kamerový systém nikdy nemůže nahradit přímý dohled**. Sledování výstupů z více kamer je totiž náročné a na monitoru lze snadno přehlédnout důležité detaily. **Nemocnici proto doporučuji, aby omezení pásy prováděla na pokojích sousedících se sesternou, kde může být pacient nepřetržitě sledován průhledem a sám také může sestru vidět**. Ideální by nicméně byla trvalá přítomnost pracovníka.⁸⁷

Směrnice k OP požaduje, aby výsledky sledování a ošetrovatelské intervence byly ve zdravotnické dokumentaci obsaženy alespoň dvakrát za 12 hodin. Reálná četnost záznamů sester ve zdravotnické dokumentaci je však vyšší. Například v dokumentaci pacienta G jednou za 1,5 hodiny, v dokumentaci pacientky H častěji než každou hodinu a v dokumentaci pacienta CH jsou některé záznamy i v intervalu 30 minut.

Doporučený postup: Péče o pacienta v omezení pro omezení pásy v bodě 4.OME.06 vyžaduje, aby záznamy o průběhu omezení zdravotníci prováděli alespoň jednou za 60 minut. Takovou četnost záznamů považuji za nutné minimum. U pacientů, u kterých hrozí prudká změna

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

84 Viz čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva.

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

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

87 To je standard výboru CPT. Viz bod 7 standardu CPT z roku 2017: „Každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod nepřetržitým dohledem. V případě mechanického omezení by v místnosti měl být neustále přítomen kvalifikovaný pracovník, aby udržoval s pacientem terapeutický vztah a poskytoval mu pomoc. Pokud je pacient umístěn do izolace, může se člen personálu nacházet mimo pokoj pacienta (nebo v sousední místnosti se spojovacím oknem) za předpokladu, že pacient může pracovníka dobře vidět a že člen personálu může pacienta neustále sledovat a slyšet. Je zřejmé, že takovou nepřetržitou přítomnost personálu nemůže nahradit dohled prostřednictvím kamery.“



zdravotního stavu, by měl lékař rozhodnout o četnějších záznamech. V některých nemocnicích se setkávám se záznamy jednou za 30 či dokonce 15 minut.

Opatření:

- 41) Směrnici k OP upravit tak, aby požadovala záznamy sester o zdravotním stavu pacienta alespoň jednou za 60 minut, a v případě pacientů, u nichž je vyšší riziko komplikací, i častěji podle individuálního posouzení lékaře (do 3 měsíců).

6.5 Zpětný rozbor omezení s pacientem

Zákon o zdravotních službách a metodické doporučení ministerstva⁸⁸ 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*.**⁸⁹

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 obnově důvěry mezi pacientem a zdravotníky a hledají se preventivní opatření do budoucna.

Směrnice k OP obsahuje požadavek, aby lékař vysvětlil pacientovi důvody a smysl použití omezovacího prostředku, přičemž směrnice klade důraz na srozumitelnou formu poučení. Ve zdravotnické dokumentaci pacientů jsou obsaženy záznamy o takovém poučení. Dle oslovených lékařů je však poučení často obtížné realizovat z důvodu kognitivního deficitu pacienta, což nerozporuji.

Nemocnici doporučuji inspirovat se uvedeným dokumentem *Následný rozbor omezení* a kromě poučení pacienta dbát i o to, aby pacient mohl sdělit své prožitky a nabídnout postupy, jak v budoucnu omezení předejít.

6.6 Evidence a vnitřní kontrola

Z § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách vyplývá povinnost poskytovatele zdravotních služeb vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť. Zákon dále stanoví, že identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí.

Ve svých doporučeních dlouhodobě poukazují na nutnost vedení evidence také v podobě, která by přehledně podchycovala případy použití omezovacích prostředků a umožňovala nemocnici mít přehled o četnosti využívání restrikcí, sledovat trend a provádět efektivně

⁸⁸ Viz § 39 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách a čl. 1 odst. 8 metodického doporučení ministerstva.

⁸⁹ Reforma péče o duševní zdraví. *Následný rozbor omezení*. [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví, 2022 [cit. 26. června 2023]. <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny-postup-pouzivani-omezovacich-prostredku>.



vnitřní kontrolu.⁹⁰ Praxi používání omezovacích prostředků by měla nemocnice pravidelně vyhodnocovat za účelem cíleného snižování potřeby jejich používání.⁹¹

Informační systém nemocnice umožňuje vygenerovat seznam pacientů, u nichž byl omezovací prostředek použit, a to včetně informace o tom, jak dlouho omezení trvalo. Nejistil jsem však, že by nemocnice s centrální evidencí nějak pracovala a zaměřovala se například na ty případy omezení, které trvaly nezvykle dlouho (například dvojnásobek průměrné doby omezení na oddělení) anebo u nich došlo k úmrtí či zranění pacienta.

Interní šetření by se mělo zaměřit zejména na to, zda po celou dobu omezení trvalo ohrožení pacienta nebo druhých, zda byly dostupné alternativní postupy ke zvládnutí omezení a proč nebyly využity a zda v případě výskytu zdravotních komplikací nemocnice reagovala dostatečně rychle.

Opatření:

- 42) Provádět pravidelnou interní kontrolu těch případů omezení, které trvají nezvykle dlouho nebo u nich došlo k úmrtí či zranění pacienta, a to pracovníkem nemocnice nepůsobícím na oddělení, kde k omezení došlo (průběžně).**

Jsem přesvědčen, že kontrola případů použití omezovacích prostředků, které se vymykají běžné praxi, prováděná zaměstnancem nemocnice nepůsobícím na oddělení může přispět k odstranění případné profesní slepoty a ke sdílení dobré praxe napříč nemocnicí. Cílem takového šetření naopak není znevažovat práci zdravotníků působících na oddělení. Kontrola může sloužit jako dobrý argument pro situace nařčení nemocnice z přílišného používání omezovacích prostředků.

Považuji za vhodné, aby nemocnice interní šetření provedla u pacientky I, která byla na oddělení 3B omezena pásy od 10:00 hodin dne 8. září 2022 do 22:11 hodin dne 14. září 2022, což je 156 hodin a 11 minut.

Opatření:

- 43) Provést interní kontrolu případu omezení pacientky I, která byla omezena od 10:00 hodin dne 8. září 2022 do 22:11 hodin dne 14. září 2022 a o jejích výsledcích informovat ochránce (spolu s vyjádřením ke zprávě).**

90 V rámci agendy kvality a bezpečí poskytování zdravotních služeb, podle § 47 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

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



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 zákoníku⁹² vyplývá, že pacient hospitalizovaný bez souhlasu musí bez zbytečného odkladu obdržet náležitě vysvětlení svého právního postavení, zákonného důvodu učiněného opatření a možností právní ochrany.

V nemocnici v době návštěvy nebyl dostupný žádný materiál, který by shrnoval práva a postavení nedobrovolně hospitalizovaného pacienta a jenž by si pacient v klidu mohl prostudovat po nedobrovolném převzetí do nemocnice, až bude situace méně vypjatá než při jeho příjmu. Navrhuji nemocnici, aby takový materiál vytvořila nebo využila již existující volně dostupné materiály. Mohu nabídnout leták *Pobyt na psychiatrii* vytvořený Kanceláří.⁹³

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. Za správné považuji také to, že režim pacientů se neodvíjí od toho, zda jsou hospitalizováni se souhlasem, či nikoliv, ale od jejich zdravotního stavu. Výše ve zprávě jsem však upozornil na nevhodné směřování hospitalizace bez souhlasu s možností léčby bez souhlasu (viz oddíl 5.2.1).

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.⁹⁴ 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 vy-

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

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

94 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. června 2023]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/complaints-mechanisms>.



bírá 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.

Stížností je v nemocnici minimum, za rok 2022 pouze dvě a za rok 2023 pouze jedna. Žádná ze stížností se netýkala navštívených oddělení.

Na všech odděleních je volně dostupná schránka označená jako „*Schránka na pochvaly, stížnosti a připomínky*“.

U schránek je vyvěšen dokument *Vyřizování stížností*, jenž je však psaný běžně velkým písmem a neobsahuje jen informace, které se týkají podání stížnosti prostřednictvím schránky, ale například i informace o tom, že za pacienta může podat stížnost také jeho zákonný zástupce. V dokumentu naopak není uvedeno, kdo schránky vybírá a jak často; tuto informaci obsahuje vnitřní řád nemocnice. Schránky vybírají vrchní sestry jiných oddělení, což je správné řešení.

Opatření:

44) Upravit informace o podávání stížností vyvěšené u schránek, tak aby byly srozumitelné i pro pacienty s kognitivním deficitem (do 3 měsíců).

Dokument *Vyřizování stížností* byl na různých odděleních vyvěšen v různých verzích. Na oddělení 3A byla verze ze dne 3. srpna 2020 a na oddělení 9C verze ze dne 16. února 2023. Na oddělení 9C byla vyvěšena i zkrácená verze dokumentu. Dílčí nepřehlednost může způsobovat i to, že informace o podávání stížností jsou kromě dokumentů vyvěšených na odděleních upraveny i v dokumentu na webových stránkách nemocnice a ve vnitřním řádu nemocnice. Nejistil jsem, že by si různé dokumenty protiřečily. Nemocnici však doporučuji zvážit jejich sjednocení.

Za doklad otevřenosti nemocnice považuji to, že na nástěnkách oddělení byly vyvěšeny kontakty na instituce, kam se mohou pacienti (nad rámec stížností v nemocnici a potažmo krajskému úřadu) obracet, pokud nejsou spokojeni s podmínkami v nemocnici. Na nástěnkách oddělení byly vyvěšeny kontakty na Kancelář veřejného ochránce práv, Ligu lidských práv nebo Spolek Kolumbus.



Přehled opatření k nápravě

Bezodkladně	<ul style="list-style-type: none">• Umožnit pacientům nosit osobní oblečení, a to vlastní nebo přidělené stejnému pacientovi po celou dobu jeho hospitalizace (opatření č. 7).
Do 1 měsíce	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit, aby jmenovky personálu byly čitelné (opatření č. 6).
Do 3 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Podporovat pacienty v individualizaci jejich prostoru v pokoji (opatření č. 10).• Zrušit zákaz vstupu dětem do 15 let a nahradit jej přiměřeným pravidlem a po individuálním zhodnocení umožňovat návštěvy dětí na oddělení (opatření č. 21).• Vnitřním předpisem stanovit povinnosti zdravotně sociálních pracovníků při zajišťování vhodného prostředí po propuštění vůči pacientům, kteří v nemocnici pobývají z důvodu nedostupnosti vhodné sociální služby (opatření č. 23).• Využívat nástroj ke standardizovanému hodnocení bolesti u pacientů v pokročilém stadiu demence (opatření č. 33).• 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, a zda má personál dopomáhat na toaletu a jak často (opatření č. 34).• Upravit směrnici k omezovacím prostředkům tak, aby řešila i krajní situace, kdy lékař nemůže o použití omezovacího prostředku rozhodnout osobně, a požadovat, aby lékař stav pacienta následně bez zbytečného odkladu osobně zhodnotil (opatření č. 39).• Upravit směrnici k omezovacím prostředkům, tak aby požadovala zhodnocení zdravotního stavu pacienta omezeného pásy lékařem alespoň jednou za 6 hodin, a v případě pacientů, u nichž je vyšší riziko komplikací, i častěji podle individuálního posouzení lékaře (opatření č. 40).• Směrnici k omezovacím prostředkům upravit tak, aby požadovala záznamy sester o zdravotním stavu pacienta alespoň jednou za 60 minut a v případě pacientů, u nichž je vyšší riziko komplikací, i častěji podle individuálního posouzení lékaře (opatření č. 41).• Upravit informace o podávání stížností vyvěšené u schránek tak, aby byly srozumitelné i pro pacienty s kognitivním deficitem (opatření č. 44).
Do 6 měsíců	<ul style="list-style-type: none">• Evidovat protokoly o nežádoucích událostech tak, aby bylo možné vyhledat protokoly o typově obdobných událostech, a evidenci využívat k prevenci (opatření č. 1).



	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit pacientům možnost signalizace k přivolání personálu, a to zejména pacientům s omezenou hybností, a na toaletách a ve sprchách (opatření č. 2).• Zajistit, aby personál znal obsah jednotlivých stupňů dohledu, a to nejlépe popsáním obsahu stupňů dohledu ve vnitřním předpisu nemocnice (opatření č. 3).• Zajistit u každého lůžka lampičku (opatření č. 13).• Odstranit kamery, které nejsou bezpodmínečně nutné k zajištění bezpečnosti pacientů (opatření č. 14).• Pořídít do všech ložnic pacientů nábytek zajišťující každému pacientovi uzamykatelný prostor a pacientům, jejichž zdravotní stav to nevyklučuje, poskytnout klíč (opatření č. 15).• Vnitřním předpisem stanovit postup pro informování pacienta či jiných zákonem předpokládaných osob o rozhodnutí neposkytovat marnou a neúčelnou léčbu (opatření č. 26).• Dále rozvíjet paliativní péči v nemocnici, zejména navázat spolupráci se specialistou na paliativní péči a umožňovat blízkým umírajícího pacienta rozloučit se s ním v soukromí (opatření č. 31).
Do 1 roku	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit naplnění minimálního standardu požadovaného personální vyhláškou na oddělení 9C a 9D (opatření č. 4).• Snížit kapacitu mnohalůžkových pokojů na maximálně 4 lůžka, a to takovým způsobem, aby pacienti na vícelůžkových ložnicích měli co nejvíce soukromí [např. využití závěsů] a v budoucnu bylo možné nadále snižovat kapacitu pokojů. Zvolit takové stavební řešení, které nebude vyžadovat průchozí pokoje (opatření č. 9).• Hlavní pravidla na oddělení zpracovat do samostatného dokumentu, který bude snadno srozumitelný (opatření č. 18).• Zajistit všem pacientům možnost setkat se s návštěvou v soukromí, přednostně se zaměřit na oddělení 3B (opatření č. 20).
Průběžně	<ul style="list-style-type: none">• Pravidelně [alespoň jednou ročně] školit všechny pracovníky, kteří se mohou podílet na omezení pacienta, ve využívání omezovacích prostředků (opatření č. 5).• Oblečení pacientů označovat pouze z vnitřní strany tak, aby označení nebylo při běžném nošení viditelné (opatření č. 8).• Upravit zorné pole trvale ležících pacientů tak, aby bylo podnětné, a pravidelně ho obměňovat (opatření č. 11).• Využívat závěsy mezi lůžky ke zvýšení soukromí pacientů (opatření č. 12).• Kontrolu osobních věcí pacientů provádět pouze za jejich přítomnosti, pokud to zdravotní stav zcela neznemožňuje (opatření č. 16).• Dbát na to, aby pacienti při hygieně či vykonávání potřeby nebyli vystaveni pohledu dalších pacientů (opatření č. 17).



- Zkrátit interval mezi večeří a snídaní, případně zajistit dostupnost jídla pro pacienty, kteří mají hlad (opatření č. 19).
- Informovat obec s rozšířenou působností, v jejímž obvodu má pacient trvalý pobyt, o tom, že pacient může být propuštěn z nemocnice, ale potřebuje zajištění vhodné péče například v podobě sociální služby (opatření č. 22).
- Vyhledávat pacienty, kteří potřebují podporu při právním jednání, a snažit se identifikovat možnosti podpory; pokud se podporu nepodaří zajistit méně formálními nástroji, obrátit se na soud, aby vhodnou podporu pacientům zajistil (opatření č. 24).
- Všem pacientům včetně těch, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu, poskytovat bez souhlasu pouze tu péči, kterou zákon umožňuje poskytovat bez souhlasu (opatření č. 25).
- Usilovat o vyjádření soudu v situacích, kdy má být zasaženo do integrity pacienta neschopného úsudku způsobem zanechávajícím vážné následky [typicky neposkytnutí život zachraňující péče] a nejedná se o situace, kdy je možné postupovat bez souhlasu pacienta [typicky neodkladná péče] a pacient svou vůli ani neprojevil v dříve vysloveném přání (opatření č. 27).
- Zajistit pacientům běžné nádobí a těm, u nichž je větší riziko jeho rozbití, poskytovat při jídle asistenci (opatření č. 28).
- Zajistit, aby personál podával stravu vždy jednomu pacientovi a měl na to dostatek času (opatření č. 29).
- Zajistit, aby alespoň o použití postranic, které je delší než 24 hodin, nebo u pacientů, u nichž je riziko, že postranice překonají, rozhodl lékař, a ve zdravotnické dokumentaci zaznamenávat, jak dlouho pacient pobýval v lůžku s postranicemi (opatření č. 30).
- Nabízet střednímu zdravotnickému personálu oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s demencí, školení zaměřená na péči o takové pacienty (opatření č. 32).
- Dále přizpůsobovat prostory potřebám pacientů s demencí, například označením pokojů na odděleních 9C a 9D obdobně jako na odděleních 3A a 3B (opatření č. 35).
- V rámci pravidelného školení o bezpečném používání omezovacích prostředků se zaměřovat i na nácvik bezpečného použití úchopů (opatření č. 36).
- Zajistit, aby byl pacient omezený pásy v lůžku odloučen od ostatních pacientů, a to nejlépe prováděním omezení na pokojích, které jsou pro to určeny (opatření č. 37).
- 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. 38).



-
- Provádět pravidelnou interní kontrolu těch případů omezení, které trvají nezvykle dlouho nebo u nich došlo k úmrtí či zranění pacienta, a to pracovníkem nemocnice nepůsobícím na oddělení, kde k omezení došlo (opatření č. 42).
-
- Spolu s vyjádřením ke zprávě
- Provést interní kontrolu případu omezení pacientky I, která byla omezena od 10:00 hodin dne 8. září 2022 do 22:11 hodin dne 14. září 2022 a o jejích výsledcích informovat ochránce (opatření č. 43).