



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

PŘÍLOHA 6

OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII

SOUHRNNÁ ZPRÁVA

I. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Marie Lukasová

II. Zpráva z kvalitativního výzkumu

Kolektiv autorů

III. Rešerše kvalitativního výzkumu omezovacích prostředků

Pavel Říčan

IV. Shrnutí dat z evidence omezovacích opatření

Tomáš Petr

Dokument vznikl v rámci projektu „Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné“, (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213) realizovaného Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII

Souhrnná zpráva, část 1.

Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Marie Lukasová

Obsah

1. Použité zkratky	3
2. Úvodní poznámka	4
3. Pravidla pro používání omezovacích prostředků	5
3.1 Ústavněprávní souvislosti	5
3.2 Standardy CPT.....	8
3.3 Zákon o zdravotních službách	13
3.4 Metodická opatření Ministerstva zdravotnictví.....	16
3.5 Doporučené postupy klinické praxe.....	17
3.6 Dětsíí pacienti	19
4. Vývoj od roku 2000 a současný stav.....	19
4.1 Přehled důležitých událostí.....	19
4.2 Poznatky veřejného ochránce práv.....	23
4.3 Síťová lůžka.....	27
4.4 Stručné shrnutí oblasti sociální péče.....	29
4.5 Srovnání se situací v ostatních státech Evropy.....	30
4.6 Pokus o hodnocení současného stavu	32

1. Použité zkratky

CPT – Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání

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

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

Doporučení Rec(2004)10 – Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy Rec(2004)10 na ochranu lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou

Evropská úmluva – Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, vyhlášená pod č. 209/1992 Sb.

MDAC – Mental Disability Advocacy Center, mezinárodní nevládní organizace

Standard CPT z roku 2017 – EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT)*, CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

Špatné zacházení – mučení a nelidské nebo ponižující zacházení nebo trestání

Úmluva o lidských právech a biomedicině – sdělení č. 96/2001 Sb., m. s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – vyhlášená pod č. 10/2010 Sb. m. s.

Zákon o sociálních službách – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon o zdravotních službách – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Zákon o zvláštních řízeních soudních – zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů

2. Úvodní poznámka

K omezení volnosti pohybu při poskytování péče dochází v různých situacích a bývá různě označováno: omezení, ochrana, restrikce, opatření omezující pohyb, omezovací prostředek či opatření nebo donucení. V praxi pak existuje celá škála postupů, které záměrně nebo jen ve svém důsledku omezí člověka v pohybu v prostoru, nebo omezí pohyb rukou, nohou, hlavy a či celého těla. Některá opatření jsou upravena zákony, některá odbornými postupy nebo jsou uváděna v literatuře a některá se zkrátka jen používají. Když je v tomto textu řeč o „omezovacích prostředcích“, máme na mysli použití fyzické síly, nástroje, medikamentu a izolování s cílem omezit nebo potlačit pohyb nebo pohyblivost a ovládnout chování člověka.

Kategorizaci omezení tohoto pojetí lze nalézt například ve standardech CPT: **fyzické omezení** (tj. držení), **mechanické omezení** (tj. použití pásů, prostěradel, kazajek, speciálních spacích pytlů), **chemické omezení**¹ (tj. podání léků s použitím síly, nebo s takovou hrozbou, za účelem zvládnutí chování člověka), **odloučení nebo izolace** (tj. nedobrovolné umístění člověka v zamčené místnosti). Další způsoby jsou na pomezí mechanického omezení a izolace, když umožňují člověku hýbat se, ale ne zcela volně. Jedná se například o síťová a klecová lůžka. Někdy se opatření kombinují, především farmakologické omezení s některým dalším.

Omezovací prostředky mají velmi různorodou povahu, panují na ně různé názory a i praxe jejich používání se liší, v rámci Evropy i v jednotlivých organizacích (zařízeních) v České republice. Některá opatření jsou jedněmi odborníky preferována a jinými zatracována. Mechanické omezení se provedením i důsledky velmi liší od izolace. Účinek použití kurtů na tělo člověka je mnohem závažnější než použití síťového lůžka. Farmakologické omezení zase má úzkou vazbu na nedobrovolnou léčbu a jejich odlišení v konkrétní situaci není snadné. Spekuluje se, jak pracovat s omezujícím účinkem ošetrovatelských postupů a prostředků, jako jsou například postranice, které sledují primárně jiný účel než omezení (prevenci pádu). Tuto různorodost tématu lze uzavřít s tím, že „omezovací prostředky“ jsou uměle vytvořená kategorie zastřešující opatření, jež si vyžadují zvláštní opatrnost a pojí se s nimi pojistky proti zneužití, přičemž současné české zákonné pojetí odpovídá výše uvedenému přístupu CPT – tedy určující je aspekt použití síly.

Zvláštní bdělost je vyžadována kvůli nebezpečí zneužití a kvůli negativním vedlejším účinkům. S uplatněním omezení se velmi často pojí utrpení pacienta – ne jen fyzická bolest a poškození plynoucí z imobilizace a narušení integrity kůže, ale i bezmoc, osamocení, ponížení a narušení terapeutického vztahu a strach do budoucna. Také se udává, že aplikace omezení může mít za následek náhlé úmrtí, zadušení, trombózy a srdeční potíže, ovšem příčinná souvislost je obtížně prokazatelná. Dokonce se hovoří o tom, že v kontextu psychiatrické hospitalizace s sebou

¹ Označení „chemické omezení“ je nejrozšířenější i v další právní literatuře, i v literatuře medicínské. Někteří lékaři je však považují za pejorativní a dávají přednost výrazu „farmakologický“.

omezovací prostředky nesou největší riziko pro tělesnou a psychickou integritu pacienta.² K tomu je třeba přičíst negativní dopady na ošetřující osoby, protože i ty jsou v souvislosti s aplikací omezení ohroženy zraněním a traumatem.

K omezení volného pohybu nedochází jen na půdě psychiatrie, ale týká se i poskytování zdravotní péče v jiných zdravotnických oborech a v sociálních službách. Právně je přípustěno jako krajní postup (*ultima ratio*) a je legitimizováno tím, že sleduje ochranu života nebo zdraví člověka – zvládnání nebezpečí plynoucího z auto- a heteroagrese nebo zajištění provedení úkonů zdraví nebo život zachraňující péče, které by jinak bylo znemožněno při neklidném chování člověka. V praxi se lze někdy setkat také s motivem zmírnění nepředvídatelného chování způsobeného kognitivní poruchou nebo mentálním postižením³ a preventivním používáním pro zajištění bezpečí na oddělení, když nejsou k dispozici mírnější prostředky.⁴

3. Pravidla pro používání omezovacích prostředků

3.1 Ústavněprávní souvislosti

Omezení volnosti pohybu omezovacím prostředkem je zásah do osobní sféry (integrity) člověka, který může představovat závažné porušení jeho základních práv včetně důstojnosti. Proto je vhodné začít výklad o právních pravidlech na vrcholu hierarchie právních norem, tedy na úrovni ústavněprávní. Tu v kontextu zdravotní péče tvoří Listina základních práv a svobod a některé mezinárodní smlouvy.

Mezinárodní právo lidských práv má pro současnou podobu české právní úpravy značný význam jednak jako zdroj právních norem a jednak jako interpretační vodítko. Česká republika od 90. let 20. století přirozeně přejímala řadu právních institutů propracovaných na půdorysu Evropské úmluvy a Úmluvy o lidských právech a biomedicině. Pozdější, resp. spíše budoucí vliv lze přiznat Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.

Evropská úmluva představuje v evropském kontextu nejrelevantnější mechanismus mezinárodní ochrany lidských práv. Úmluva, vykládaná Evropským soudem pro lidská práva, je součástí ústavního pořádku. Prakticky to znamená, že zákony musí být vykládány v souladu s ní, a stanoví-li něco jiného než zákon, použije se Úmluva. Státu pak z Úmluvy plyne jednak závazek nezasahovat

² ASSOCIATION FOR THE PREVENTION OF TORTURE. *Jean-Jacques Gautier NPM Symposium 2016. Monitoring psychiatric institutions. Outcome report* [online]. Ženeva: APT, 2016, 59 s. [18. 3. 2019]. ISBN 978-2-940597-07-9. Dostupné z: <https://www.apr.ch/content/files/res/report-jig-symposium-2016-en.pdf>

³ Z hlediska jednoznačnosti dáváme tomuto termínu přednost před pojmy „poruchy učení“, „potíže učení“ a „intelektové postižení“, jež se někdy používají, a dáme mu přednost i před diagnostickým označením „mentální retardace“.

⁴ Srov. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva z následných návštěv psychiatrických léčeben* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2010, 19 s. [cit. 18. 3. 2019]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3264>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

do zakotvených práv a svobod a jednak pozitivní závazky k zajištění účinného užívání práv a svobod, jež Úmluva zaručuje.

Evropský soud pro lidská práva se v několika případech zabýval také použitím omezovacích prostředků a vymezil, za jakých okolností představuje nesprávné použití porušení článku 3 Úmluvy (zákaz mučení, nelidského a ponižujícího zacházení a trestu), tedy špatné zacházení. Klíčovými jsou zde rozsudky Bureš proti České republice a M. S. proti Chorvatsku (č. 2); první z nich je přeložen do českého jazyka a oba byly opatřeny výstižnou českou anotací.⁵ Případy se týkaly použití kurtů (v situaci akutního zvládnání intoxikace či neklidu), přičemž v obou případech Soud učinil také řadu obecných poznámek. Při interpretaci těchto rozsudků je třeba vyzdvihnout, že Soud k omezení kurty přistoupil nikoli jako k léčebné intervenci, ale jako k použití síly. Tím pádem se nezabýval komplikovanou otázkou oprávněnosti a správnosti nedobrovolné léčby/péče, nýbrž použil přísnější kritéria použití síly.

Podle Evropské úmluvy tedy omezovací prostředky jsou přípustné, ale platí:

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

Podle okolností případu tedy může nesprávné použití omezovacího prostředku dosáhnout až závažnosti nelidského a ponižujícího. Ovšem správné použití omezovacího prostředku – tedy

⁵ Anotace rozsudku ze dne 18. října 2012 ve věci č. 37679/03 – Bureš proti České republice. In: ČESKO, Ministerstvo spravedlnosti. *Databáze vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva* [online]. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 2012 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupné z:

[http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/ACB6BE339EE44285C1257BE2004B19CB/\\$file/Bure%C5%A1_1_anotace.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/ACB6BE339EE44285C1257BE2004B19CB/$file/Bure%C5%A1_1_anotace.pdf?open&)

Anotace rozsudku ze dne 19. 2. 2015 ve věci č. 75450/12 – M. S. proti Chorvatsku (č. 2). In: ČESKO, Ministerstvo spravedlnosti. *Databáze vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva* [online]. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 2015 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupné z:

[http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/584910A4C9F7417EC1257EC40036FD89/\\$file/M.%20S.%20proti%20Chorvatsku%20\(%C4%8D.%202\) _anotace.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/584910A4C9F7417EC1257EC40036FD89/$file/M.%20S.%20proti%20Chorvatsku%20(%C4%8D.%202) _anotace.pdf?open&)

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1.

Právní pohled na používání omezovacích prostředků

k ochraně života nebo zdraví člověka před hrozící závažnou újmou – naopak představuje splnění povinnosti chránit základní práva, totiž právo na život a právo na ochranu fyzické integrity (čl. 2 a 3 Úmluvy). Jde tu o ochranu života a integrity osoby se závažnou duševní poruchou nebo osob v její blízkosti. Lze tedy uzavřít, že omezovací prostředek může být opatřením k ochraně života a zdraví člověka a pacient má zároveň také právo na ochranu před špatným zacházením plynoucím z nepřiměřenosti postupu.

Soud měl zatím příležitost vyjádřit se pouze ke kurtování při psychiatrické hospitalizaci, což komplikuje širší aplikaci jeho názorů. Bezpečně lze vztahovat na opatření podobná kurtování a na izolaci, ale další použití bez předchozích rozhodnutí nad jinými okolnostmi není snadné ani zaručené. Není tedy znám názor Soudu na použití chemického omezení nebo síťového lůžka.

Výklad zakončíme předznamenáním ještě řady dalších povinností státu podle Evropské úmluvy, plynoucích z faktu použití síly v prostředí uzavřeného zařízení:

- Stát musí vytvořit právní rámec pro používání omezovacích prostředků a pro jejich kontrolu.
- V průběhu omezení musí být činěna opatření k ochraně zdraví pacienta – typicky skrze kontroly personálem a ochranu před násilím ze strany jiných pacientů.
- Pokud si dotčený člověk stěžuje, že síla byla použita excesivně, musí být stížnost řádně vyšetřena.
- Úřady musí činit všechny za daných okolností nezbytné a rozumné kroky k ochraně života člověka a k ochraně před špatným zacházením.

Některé z těchto nároků jsou splněny – například co se týká zákonné úpravy používání omezovacích prostředků. Selhávání lze předznamenat v oblasti provádění kontroly, neexistence vhodných skutkových podstat přestupků. Pod posledně uvedený bod lze zařadit posilování profesionálního chování pečujících, řádné proškolení o alternativním řešení neklidu a nebezpečného chování pacienta, výcvik v bezpečném způsobu aplikace omezovacích prostředků, oddělení agresivních pacientů od ostatních a zabránění ve vzájemném napadání, sebepoškozování nebo sebevraždě. V této oblasti lze rovněž vidět prostor pro zlepšení, neboť nyní aktivita spočívá na jednotlivých poskytovatelích.

Co se týká **Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením**, ta rovněž neobsahuje konkrétní ustanovení o omezovacích prostředcích a je třeba ji vykládat. Především je použitelný její článek 14 (svoboda a osobní bezpečnost), článek 15 (ochrana proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání), článek 17 (ochrana osobní integrity) a článek 25 (zdraví). Při výkladu Úmluvy má zvláštní roli Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Výbor pro práva osob se zdravotním postižením používání omezovacích prostředků odmítá. Zatímco jiné orgány OSN⁶ připouští použití restrikcí pro přísně vymezené, výjimečné situace, Výbor žádá jejich absolutní, bezvýjimečný zákaz.⁷ Tento absolutní přístup není slučitelný s přístupem Evropské úmluvy, ani CPT (srov. kap. 3.2). Lze podotknout, že ve výstupech Výboru pro práva osob se zdravotním postižením se nesetkáme s konkrétním vyjádřením k situacím, jako je například ataka (psychotického onemocnění) či delirium. Rovněž nenacházíme postoj k situaci, kdy člověk představuje bezprostřední nebezpečí pro ostatní, kteří by pak měli mít právo se bránit, nebo být ochráněni. To činí jeho hodnocení méně propracovaným, než v případech výše uvedených rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva. Každopádně názory Výboru pro práva osob se zdravotním postižením nejsou právně závazné⁸, a tak na jejich základě nelze vyslovit obecnou nepřipustnost omezovacích prostředků. Tím není umenšen fakt, že je zde velký prostor pro zlepšení podmínek a právní úpravy hospitalizace a léčby osob se zdravotním postižením s cílem maximálně zajistit úctu k jejich právům a rovnost před zákonem.

Prvek nerovnosti lze jistě spatřovat v tom, když nejsou při poskytování zdravotních služeb vytvořeny specifické podmínky (v důsledku ignorování odlišnosti situace, kterou zakládá reálná skupinová charakteristika) kvůli zvláštním potřebám osob žijících s demencí nebo osob s mentálním postižením. Pokud by bylo patrné spojení mezi pro tyto osoby nevhodným způsobem poskytování péče a vyšší mírou používání omezovacích prostředků, bylo by možné hovořit o diskriminaci.

3.2 Standardy CPT

Názorům Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) věnujeme větší prostor, neboť k používání omezovacích prostředků v psychiatrických zařízeních (pro dospělé) vydal propracovaný standard. Toto tzv. soft-law⁹ má významný právní vliv,

⁶ Podvýbor pro prevenci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání (SPT) připouští v dokumentu z roku 2016 omezovací prostředky jako nástroj poslední volby z bezpečnostních důvodů (CAT/OP/27/2).

⁷ Důvodem je, že z perspektivy pacienta představují nedobrovolný krok a příklad diskriminačního přístupu ve vztahu k osobám se zdravotním postižením. Bez souhlasu dotčeného člověka není možné učinit nic, a to ani v nouzových a krizových situacích. Musí se skončit se vši nucenou léčbou a také s používáním izolace a různých druhů omezení, včetně fyzického, chemického a mechanického. COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES. *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities* [online]. New York: CRPD, 2015 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupné z: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

⁸ Srov. I. ÚS 3784/17 ze dne 23. 1. 2018. Obecné komentáře Výboru nejsou právně závazné, nýbrž jde o tzv. „soft-law“. Jeho názory jsou závazné ve formě rozhodnutí o oznámeních, jež mu předkládají osoby nebo skupiny osob proti státům, které ratifikovaly Opční protokol k Úmluvě o pávech osob se zdravotním postižením. Česká republika tak v době vzniku tohoto textu dosud neučinila.

⁹ Soft-law jsou normy, kterým chybí forma uznávaného pramene práva, aby mohly působit jako právně závazná pravidla. Působí neformálně nebo jako interpretační pomůcka. Řada standardů CPT také postupem času pronikla do oblasti „hard-law“ tím, že byla přejata do zákonů a závazných soudních rozhodnutí.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

protože se na ně v jednotlivých rozhodnutích odvolává Evropský soud pro lidská práva při výkladu Evropské úmluvy. Nejprve však krátce představíme samotný výbor, jehož činnost se hrála významnou úlohu při odbourávání restrikcí v České republice v minulých 15 letech.

Výbor CPT je orgán Rady Evropy působící od roku 1989 k posílení prevence špatného zacházení na místech, kde dochází ke zbavení svobody lidí: Státům Rady Evropy byla nabídnuta k podpisu mezinárodní úmluva, kterou by se zavázaly pouštět do svých zařízení ke zbavení svobody delegace výboru tvořené nezávislými odborníky. K dnešnímu dni tak učinilo všech 47 států Rady Evropy a každý do výboru vysílá jednoho experta. (Na počátku roku 2019 bylo 13 z nich představiteli lékařské profese a z toho 5 psychiatrů; součástí delegací, které provádějí návštěvy psychiatrických zařízení, jsou vždy také psychiatři.)

Okolnost zbavení osobní svobody a podřízení moci státu vytváří jednak specifickou zranitelnost, při které je člověk vydaný druhým osobám v obtížně kontrolovatelném prostředí a s omezeným přístupem k obraně a (právní) pomoci, a jednak přináší také odpovědnost státu za podmínky a zacházení v detenci. Obojí se vztahuje i na zařízení psychiatrické péče, jež vedle jiných typů zařízení spadají do působnosti CPT. Výbor prostřednictvím návštěv zjišťuje, jak je s osobami zbavenými svobody zacházeno, a následně o tom podává zprávu dotčené vládě, spolu s návrhy opatření k nápravě, které jsou následně předmětem dialogu. Informace shromážděné výborem v souvislosti s návštěvou, jeho zpráva a konzultace s dotčenou vládou jsou důvěrné, respektive jsou zveřejňovány na požádání vlády.¹⁰

Česká republika se v evropském srovnání jeví jako průměrný stát. Dosud proběhlo osm návštěv, z toho pět periodických (poslední v roce 2018). S ohledem na řadu opakujících se doporučení lze spolupráci vlády hodnotit jako někdy spíše formální, ale celkově situace nevybočuje z průměru.

Názory výboru jsou náročnější než minimální právní standard článku 3 Evropské úmluvy. Výbor totiž vyžaduje prevenci a systémové předcházení situacím, kdy ke špatnému zacházení dojde. Výbor nejen že zkoumá, zda nedochází k porušování práva nebýt podroben špatnému zacházení, ale je pozorný také k indikátorům, které by předznamenávaly hrozící zásahy. Rozvinul proto tzv. pojistky, tedy rozumná opatření, která brání tomu, aby ke špatnému zacházení došlo ve formách, v jakých je lze předvídat.

Aktuální přístup CPT k různým tématům lze seznat z nejnovějších zpráv pro vlády navštívených států. A protože pracovat v praxi s jednotlivými zprávami je celkem pracné a nepraktické, shrnuje výbor své názory do tematických dokumentů, jež se označují jako „**standardy CPT**“. Sbíрка

¹⁰ Krom internetových stránek výboru (www.cpt.coe.int) je ke sdílení zpráv a dalších dokumentů výboru zřízena zvláštní databáze HUDOC CPT (<http://hudoc.cpt.coe.int/eng#>). Fakticky vážně zveřejňování zpráv pouze u několika států, zatímco většinou vlády o zveřejnění zpráv žádají, bez ohledu na jejich případně kritický obsah.

standardů je přístupná na internetových stránkách výboru, přičemž existuje téměř kompletní předklad do češtiny.¹¹

Výbor CPT při návštěvách psychiatrických zařízení vždy věnoval zvláštní pozornost používání různých typů omezení, a to s ohledem na jejich invazivní povahu a možnost zneužití. Ve dvou dokumentech lze nalézt komplexní, až normativní vyjádření výboru k používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči pro dospělé, jež lze analogicky použít i pro jiné medicínské obory. Jde o standard publikovaný v roce 2006¹² a revidovaný standard z roku 2017¹³. Ačkoli revidovaný standard ten původní nahrazuje, je užitečné číst je společně, neboť standard z roku 2006 obsahuje podrobnější komentář a tím umožňuje snáze pochopit logiku a úmysl Výboru CPT. Standard CPT lze tedy shrnout takto:

CPT připouští omezovací prostředky jako výjimečné opatření pro případ pacientů, kteří představují nebezpečí pro sebe nebo ostatní. **Cílem by podle standardů mělo být předcházet použití omezovacích prostředků**, nakolik je to jen možné. K tomu je zásadní, aby příslušné orgány a také vedení nemocnic přijaly strategie a činily proaktivní opatření. Konkrétně CPT uvádí zajištění bezpečných materiálních podmínek, dostatečného počtu zdravotnického personálu, správného vstupního a průběžného vzdělávání a podporu alternativních přístupů.

Použití omezovacích prostředků musí vždy respektovat **zásady legality, nezbytnosti, proporcionality a zodpovědnosti**:

- Všechny typy omezení a podmínky pro jejich použití mají být upraveny právem.
- Omezovací prostředek musí být postupem poslední volby (ultima ratio), k zabránění bezprostřední újmě pro pacienta nebo pro ostatní, a použití musí trvat co nejkratší možný čas.
- Když se zvažuje použití omezení, musí se upřednostnit nejméně omezující a nejméně nebezpečné opatření.
- Každý případ omezení musí být řádně zaznamenán nejen v individuální dokumentaci pacienta, ale také ve zvláštním registru, a četnost a trvání použití omezení se má pravidelně hlásit dozorovému orgánu.

Za základní zásadu je třeba považovat také **princip nejmenšího omezení**, jenž se promítá do nároků na prostředí, kde je poskytována péče, na léčbu a vůbec opatření proti vůli pacienta včetně omezovacích prostředků.

¹¹ Kompletní sbírka viz <http://www.coe.int/en/web/cpt/standards>, odkud je přístupná také česká verze.

¹² EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé*, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>

¹³ EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT)*, CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Ačkoli Výbor CPT jako jednu ze základních zásad při práci s omezovacími prostředky podává zásadu legality, upozorňuje na význam kultury, postojů a tradic mezi zdravotníky. Proto radí nespoléhat se pouze na právní regulaci, ale při zapojení veřejnosti, rodin, personálu a pacientů **pracovat na změně postojů**. Klíčovou roli zde hraje vedení zařízení.

Standard CPT striktně odmítá klecová a síťová lůžka. U **farmakologických omezovacích prostředků** Standard CPT z roku 2017 uvádí, že jde o podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta. Pro případ chemického omezení výbor jednoznačně požaduje stejné pojistky, jako u ostatních typů omezovacích prostředků. Standard z roku 2006 upřesňoval, že k omezení se používají například sedativa, antipsychotika, hypnotika nebo utišující prostředky. Revidovaný standard nevylučuje žádný typ léků, požaduje pouze, aby šlo o léky s krátkodobým účinkem.¹⁴

Pokud jde o výběr konkrétního typu omezení, vedle zásady zvolit co nejméně omezující a nejméně nebezpečné omezení se klade důraz na názor pacienta a jeho předchozí zkušenosti. Omezovací prostředky musí být používány dovedně a s péčí, aby se snížilo riziko poškození nebo způsobení bolesti a aby byla maximálně zachována důstojnost pacienta.

Co se týká zajištění dohledu, dlouhodobý standard Výboru CPT vyžaduje, aby pacient podrobený mechanickému omezení nebo izolaci byl pod **neustálým dohledem**, který v případě mechanického omezení zajišťuje přítomný pracovník, v případě izolace pak má být personál za dveřmi, tak aby ho pacient viděl a aby se slyšeli. Kamera může takový dohled posílit, ale nemůže jej nahradit. Smyslem přítomnosti pracovníka je udržovat s pacientem terapeutický vztah a poskytovat mu pomoc.

¹⁴ Rozlišení chemického omezení od léčby bez souhlasu nemá ve standardu samostatné pojednání. Názor CPT na **podávání klidnicích psychofarmak tzv. pro re nata** (tedy na základě předpisu lékaře, který opravňuje sestru podat lék v budoucnu, pokud nastane nějaká předvídaná skutečnost) ve standardu vyjádřen není. Lze odkázat například na zprávu z návštěvy Nizozemí v roce 2016. Podle CPT nejde automaticky o omezovací prostředek, nicméně injekce s rychle působícím tišícím lékem omezením být podle okolností může. Každopádně se s ní pojí významné (byť ve statisticky malém procentu případů) nebezpečí pro zdraví pacienta, především život ohrožující srdeční arytmie, nízký krevní tlak a dechový útlum. Proto výbor uvádí, že „použití vyžaduje lékařský dohled a dodržování přísných postupů všemi dotčenými zdravotníky, stejně jako nezbytné dovednosti, léky a vybavení. Použití rychle působících tišících léků na základě předpisu pro re nata bez přímého potvrzení lékařem by na sestry příliš přenášelo odpovědnost za zhodnocení pacientova duševního stavu a za náležitě řešení případných komplikací v nepřítomnosti lékaře. Také by se tak mohla snížit motivace ošetrovatelského personálu pokoušet se o de-eskalaci situace použitím jiných prostředků, což by v důsledku otevíralo prostor pro zneužití“ (bod 112 zprávy). Postup, který výbor předkládá jako standard, spočívá v tom, že sestry musí volat lékaře, pokud je pacient ve stavu neklidu, který nemohou zvládnout, a ošetřující lékař (nebo sloužící lékař) musí bezodkladně jednat, tedy zhodnotit stav pacienta a případně nařídit další postup. Pouze ve výjimečných případech, kdy lékař není dostupný v rámci minut a situace není jinak zvládnutelná, může sestra podat rychle tišící lék na základě předchozího podmíněného předpisu. I tak se má sestra snažit alespoň telefonem získat schválení lékaře před podáním léku a lékař musí bezodkladně dorazit a sledovat reakci pacienta a řešit případné komplikace.

Krom toho výbor ve zprávě formuloval také **specifické pojistky**, totiž že takové pro re nata předpisy mohou činit pouze zkušení lékaři na základě komplexního zhodnocení fyzického stavu pacienta, jejich platnost musí být omezená (týdny spíše než měsíce) a musí se přehodnocovat po každém použití nebo při změně pacientovi předepisovaných léků.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Že každé psychiatrické zařízení by mělo mít k omezování komplexní a pečlivě zpracovaná **vnitřní pravidla**, je v revidovaném standardu uvedeno jako obecná zásada. Na přípravě takových pravidel se mají podílet vedle vedení také pracovníci zařízení. Také ve vnitřní úpravě se má odrážet cíl, kterým je pokud možno omezování předcházet.

CPT požaduje několik **pojistik**, jež mají za cíl zabránit zneužití omezovacích prostředků. *Zaprvé* je stanovena podmínka, že každé použití omezovacího prostředku musí být výslovně nařízeno lékařem na základě individuálního posouzení, anebo musí být lékaři bezprostředně ohlášeno s tím, aby je co nejdříve na základě vyšetření pacienta schválil. *Zadruhé*, pojistku představuje důkladné dokumentování případu; umožňuje zpětně objektivně hodnotit vývoj zdravotního stavu pacienta, případně práci s nebezpečností jeho chování, a usnadňuje odhalení případného zneužití omezení. Výbor CPT byl vždy jednoznačný, co se týká požadavku, aby se o použití omezovacího prostředku pořizoval záznam nejen do individuální dokumentace pacienta, ale také do **zvláštního registru** na úrovni zařízení. Přidává tím důraz také na sledování situace na daném pracovišti, přičemž toho lze dosáhnout právě jedině skrze práci s dokumentací typu registr (evidence). Přesné informace o rozsahu používání omezovacích prostředků umožňují vedení zařízení přijmout opatření ke snížení míry jejich používání. *Zatřetí*, informace o četnosti a délce použití omezovacích prostředků se má pravidelně hlásit dozorovému orgánu, aby existoval na národní a regionální úrovni přehled o stávající praxi a mohlo se pracovat na strategii k omezování restrikcí. *Konečně*, mezi pojistky lze zařadit i stížnostní procedury a svého druhu pojistkou je také požadavek přímého dohledu u pacienta v mechanickém omezení nebo izolaci.

Jak ve standardu z roku 2006, tak v revidovaném standardu věnuje CPT zvláštní pozornost **pohovoru lékaře s pacientem po skončení omezení** (angl. debriefing). Revidovaný standard uvádí, že takový rozhovor je zásadní pro to, aby se pacientovi dostalo vysvětlení důvodu omezení, zmírnilo se psychické trauma z tohoto zážitku a obnovil se vztah mezi lékařem a pacientem. Pacient a pečující se mohou společně pokusit dojít k tomu, jak by se pacient mohl lépe ovládat, a tak se snad vyhnout dalším atakám agresivity a následnému použití omezovacích prostředků. Původní standard připomíná, že pohovor je příležitostí také pro pacienta vysvětlit, co zažíval před omezením, což může pomoci jemu i pečujícím lépe pochopit jeho chování; není to jen pacient, kdo může být použitím restrikcí traumatizován, ale i personál tváří v tvář agresi pacienta.

Názory výboru nejsou samy o sobě právně závazné, resp. s jejich nerespektováním například psychiatrickými nemocnicemi se nepojí žádná právní sankce a nad implementací ze strany smluvních států nebdí žádná další autorita. Na druhou stranu, právní váhu zprostředkovaně získávají, když je přejímá Evropský soud pro lidská práva. V České republice navíc právní význam názorů CPT významně pozvedl Ústavní soud, když judikoval, že CPT poskytuje autoritativní výklad pojmů mučení, nelidské a ponižující zacházení, od kterého se národní orgány nemohou odchyliť

bez důkladného a přesvědčivého zdůvodnění.¹⁵ Každopádně právní nezávaznost jeho názorů nutí výbor, aby je podával klinicky věrohodně a přesvědčivě – po stránce odborné (právní a medicínské) i hodnotové.

Povědomost o práci výboru mezi českými odborníky není velká a situaci v českém zdravotnictví tak ovlivňuje jen nepřímo, právě skrze rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva (případ Bureš proti České republice) nebo zprávy veřejného ochránce práv. Standard CPT z roku 2006, zdá se, neměl vliv na přípravu zákona o zdravotních službách. Můžeme tak konstatovat, že standard o používání omezovacích prostředků není plně implementován – rozchází se pojetí farmakologického omezení a požadovaného dohledu; nadále se připouští používání síťových lůžek; není zavedeno vedení zvláštního registru (evidence) v podobě, jakou CPT doporučuje, a provádění zpětného rozhovoru; od poskytovatelů se nepožaduje podnikat kroky k prevenci používání omezovacích prostředků.

3.3 Zákon o zdravotních službách

S účinností od 1. dubna 2012 existuje úprava používání omezení volného pohybu ve zdravotnictví na úrovni zákona, a to jako „omezovacích prostředků“ podle § 39 zákona o zdravotních službách.¹⁶ Jde o obecné ustanovení dopadající na všechny druhy zdravotní péče i všechny medicínské obory.

Zákon je koncipován tak, že vyjmenovává, co se omezovacím prostředkem rozumí, stanoví podmínky přípustnosti použití a další povinnosti poskytovatele zdravotních služeb:

- § 39 odst. 1: „K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, c) umístění pacienta v síťovém lůžku; to neplatí v případě poskytování záchranné služby, d) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, e) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, f) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu

¹⁵ „CPT je expertní orgán, který na základě svých bohatých zkušeností z návštěv míst, kde se nacházejí osoby zbavené svobody, poskytuje pro různé kontexty výklad pojmů mučení, nelidské a ponižující zacházení. Nejde tedy sice o výklad závazný, ale přesto jde o výklad autoritativní, poskytovaný orgánem, který státy zřídily za účelem posílení ochrany osob zbavených svobody. (...) Od výkladu podaného CPT se lze sice na rozdíl od závazného výkladu odchýlit, však taková odchylka musí být velmi důkladně a přesvědčivě odůvodněna. V opačném případě, pokud nějaký orgán veřejné moci relevantní výklad podaný CPT ignoruje či se s ním nedostatečně vypořádá, ohrožuje základní ústavní hodnotu, jíž je podle čl. 1 odst. 2 Ústavy vázanost České republiky závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva.“ Nález Ústavního soudu ze dne 27. října 2015, sp. zn. I. ÚS 860/15 (dostupné na <http://nalus.usoud.cz>), § 59.

¹⁶ Nejvyšší verze tohoto ustanovení je výsledkem novelizace provedené, s účinností k 31. květnu 2017, zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

psychiatrické poruchy, nebo g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f), (dále jen „omezovací prostředky“).“

- § 39 odst. 2 písm. a) a b), zásada nezbytnosti: „Omezovací prostředky lze použít a) pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, b) pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití podle písmene a)“.
- § 39 odst. 2 písm. c), zásada subsidiarity a přiměřenosti: „Omezovací prostředky 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 účelu podle písmene a), přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.“
- Podle § 39 odst. 3 je pro bezpečnost, doložitelnost a kontrolu poskytovatel povinen zajistit informování pacienta a jeho opatrovníka, dohled v průběhu omezení, podmínky pro to, aby použití omezovacího prostředku indikoval zásadně lékař a jiný zdravotnický pracovník jen výjimečně z důvodu nouze, a náležitě dokumentování.
- § 39 odst. 4, souhrnné údaje o počtech případů použití: „Poskytovatel je povinen 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; identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití.“
- § 40 odst. 1 a 2, změna právního statusu pacienta: Poskytovatel je povinen do 24 hodin oznámit soudu případ dobrovolně hospitalizovaného pacienta, který byl dodatečně omezen ve volném pohybu omezovacími prostředky krom úchopů, ledaže „byl dodatečně vysloven souhlas“ ve lhůtě do 24 hodin.

Dále s použitím restrikcí souvisí další, obecnější ustanovení zákona:

- § 28 odst. 3 písm. k), nejméně omezující prostředky: „Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.“
- § 45 odst. 1: „Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.“
- § 50 odst. 1 písm. b): „Zdravotnický pracovník má právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.“

Právní úprava **kritérií pro použití omezovacích prostředků** odpovídá evropskému lidskoprávnímu standardu. Lze se setkat s hlasy, které kritizují použití neurčitěho právního pojmu „**bezprostřední ohrožení**“ kvůli jeho nejasnosti pro aplikační praxi. Nicméně používání obecných

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

pojmu, jež se vykládají za použití správných metod interpretace práva, je pro právní regulaci typické a samo o sobě nemá představovat problém jen proto, že adresáty dané právní úpravy jsou ve většině neprávnicki. Pro jejich potřeby může být vydán komentář, návod či jiná literatura s výkladovými vodítky nebo příklady aplikace právního ustanovení; ke škodě věci se toto doposud nestalo. Navíc v tomto případě zákonná formulace „odvrácení bezprostředního ohrožení“ odpovídá přesně formulacím z mezinárodních právních standardů¹⁷. Na tomto místě se můžeme pokusit vysvětlit, že „bezprostředně“ znamená, že omezovací prostředek je indikován ne *až v situaci*, kdy aktuálně dochází k újmě na životě, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob,¹⁸ a zároveň ani ne *už v situaci*, kdy lze „pouze“ konstatovat existenci jakéhokoli ohrožení pro uvedené hodnoty. Doporučené postupy psychiatrické péče z roku 2006 uvádí: „stavy, které s největší pravděpodobností vyústí“ do ohrožujících projevů. „Bezprostředně“ tedy neznamená *nyní probíhající*, ale představuje limit pro klinické posouzení podle pravidel medicíny. Lékař při hodnocení stavu pacienta bere v úvahu okolnosti, jako je aktuální stav onemocnění a předchozí jednání pacienta, případně neúspěch méně restriktivního postupu, aby byl jeho úsudek, že k ohrožujícímu chování v brzké době dojde, opodstatněný. Právě tyto okolnosti se mají odrazit v záznamu ve zdravotnické dokumentaci.

Co se týká **dokumentační povinnosti** ve zdravotnické dokumentaci jednotlivých pacientů, je právní úprava¹⁹ náročná a usilující o průkaznost postupu poskytovatele, včetně úvahy o nezbytnosti použití omezovacího prostředku.²⁰

Naproti tomu lze rozeznat několik nedostatků současné právní úpravy. Zaprvé je v zákoně nejasná **definice farmakologického/chemického omezovacího prostředku**. Rozdíl mezi farmakologickým omezovacím prostředkem a léčbou bez souhlasu není ostrý a definice zde skutečně činí problém. Farmakologické ovlivnění je lege artis krok při zvládnutí agresivního a násilného chování z chorobné příčiny a je jím možné případně předejít použití omezovacích prostředků. Zároveň však použití léků za určitých okolností představuje omezovací prostředek; podle CPT je tou okolností použití síly, nebo jeho hrozba, a účel ovládnutí chování člověka.²¹

¹⁷ Srov. angl. výraz „to prevent imminent harm“ – č. 27 odst. 1 Doporučení Rec(2004)10, bod 1.4 Standardu CPT z roku 2017 a bod 96 rozsudku Bureš proti České republice.

¹⁸ Doporučené postupy psychiatrické péče z roku 2010 v souvislosti s použitím omezovacího prostředku uvádějí, že je „vhodné brát v úvahu také vývoj poruchy v čase a povahu onemocnění, odrážející potřebnost a indikaci medicínské péče. Přikláníme se k názoru, že není vždy medicínsky zdůvodněné čekat do doby, než se nemocný stane aktuálně nebezpečným sobě nebo okolí“ (s. 217).

¹⁹ Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, § 1 odst. 2 písm. k).

²⁰ Záznam o použití omezovacího prostředku má obsahovat záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu; z uvedení důvodu též musí vyplývat, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků.

²¹ Není to jen CPT, kdo farmakologické omezení rozeznává. Nalezneme je rovněž v dokumentech vyjadřujících se k omezovacím prostředkům od Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní společnosti psychiatrických

Zadruhé, zákon mluví (s účinností od 31. 5. 2017) o „**centrální evidenci**“ **použití omezovacích prostředků**, ale přitom se odchyluje od toho, co jako evidenci chápe CPT (viz kap. 3.2). Zákon ukládá evidovat pouze počty případů omezení za kalendářní rok. Jde tedy fakticky o statistiku, kterou mají poskytovatelé vést pro jednotlivé typy omezovacích prostředků, aniž by bylo předepsáno, aby se do evidence promítalo, na jakém pracovišti (například oddělení psychiatrie/geriatrie/neurologie) k omezení došlo, jak dlouho trvalo a jaké okolnosti je provázely (opakovaně stejný pacient/dětský pacient/zranění apod.). Kvůli nespécifičnosti získávaných dat neumožňuje evidence ani s nimi smysluplně pracovat, ani provádět účinnou vnitřní či vnější kontrolu.

Zatřetí, s porušením ustanovení zákona se nepojí **žádná správněprávní sankce** ve smyslu odpovědnosti za přestupek. (Ne každé vážné pochybení v této oblasti naplňuje skutkovou podstatu nějakého trestného činu, například v případě absence úmyslu nebo újmy na zdraví.) Začtvrté, poskytovatel má sice oznamovací povinnost směrem k soudu v případech použití omezovacího prostředku vůči dobrovolně hospitalizovanému pacientovi, **soud ale nemá nástroje k bezprostřední ochraně pacienta**. Zákon o zvláštních řízeních soudních (§ 76) s učiněním oznámení poskytovatelem spojuje zahájení řízení o vyslovení přípustnosti držení ve zdravotním ústavu. V řízení soud určuje, zda k omezení ve volném pohybu došlo ze zákonných důvodů, případně zda jsou zde (trvají) důvody pro umístění pacienta v zařízení bez jeho souhlasu (§ 78). Není známo, v kolika případech soud fakticky zkoumal zákonnost použití omezovacího prostředku. Zákon výslovně nepředpokládá, že by se soud například vyjádřil k trvání déletrvajících omezení nebo jeho podmínek. Naopak celkově jsou jeho ustanovení koncipována tak, aby poskytoval ochranu práva pacienta na osobní svobodu (ve smyslu čl. 8 Listiny a čl. 5 Evropské úmluvy) a nikoli práva na nedotknutelnost fyzické a psychické integrity. Navíc se řízení netýká těch pacientů, kteří byli v době použití omezení hospitalizováni bez souhlasu.

Konečně, předpis **neukládá** poskytovatelům – ani proklamativně – povinnost **přijímat opatření ke snižování potřeby používat omezovací prostředky**. Pravidlo, že k omezení je možné se uchýlit až v krajním případě, ztrácí na síle, pokud v provozu poskytování péče nejsou rozvíjeny preventivní postupy k minimalizaci situací nebezpečí a nejsou k dispozici alternativní postupy, jež by na tyto situace odpovídaly jinak než restriktivně. Jinými slovy, bez potřebného personálního, materiálně-technického a odborného zajištění péče je „nezbytné“ použít omezovací prostředek, zatímco za jiných podmínek by to nezbytné nebylo.

3.4 Metodická opatření Ministerstva zdravotnictví

Dříve než zákonem byla problematika omezovacích prostředků upravena na úrovni metodického opatření Ministerstva zdravotnictví, tedy předpisem, jenž je závazný pouze pro instituce podřízené jeho vydavateli. Od roku 2005, kdy nabylo účinnosti první z nich, byly provedeny ještě dvě revize.

sester, Alzheimer Europe, ve Výkladovém memorandu k Doporučení Rec(2004)10 a v českých standardech dlouhodobé péče.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Je důležité, že zatímco první metodické opatření se týkalo pouze psychiatrie, další jsou již obecná, tak jako ostatně i zákon a požadavky na zajištění respektu k důstojnosti a integritě pacienta.

V současnosti platné Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta, účinné od 20. 4. 2018 a publikované ve Věstníku MZ č. 4/2018,²² vznikalo s přestávkami od roku 2015, mimo jiné pod vlivem odsuzujícího rozsudku Evropského soudu pro lidská práva v případě Bureš proti České republice (srov. kap. 3.1). Je krokem směrem k dalšímu sladění praxe poskytovatelů. Specifikuje podmínky, ve kterých lze bezpečně provádět omezení formou umístění pacienta ve zvláštní místnosti, a **doporučuje maximální časové intervaly**, po jejichž uplynutí má lékař znovu hodnotit důvodnost trvání omezení (krom průběžného hodnocení sestrou). Dále se stanoví povinnost zajistit dohled na úrovni nepřetržitého dohledu zdravotnických pracovníků. Do metodického doporučení se dále vrátil požadavek provádět s pacientem **terapeutický pohovor**, s účelem seznámit ho s důvodem omezení a dalším postupem.

Stávající metodické doporučení jde nejdál v tématu prevence: Nově se doporučuje (čl. 1 odst. 1), aby poskytovatelé za účelem prevence zpracovávali v rámci individuálního léčebného postupu u vybraných pacientů také **plán zvládnutí rizika**. Dále se označuje za nepřijatelné, pokud by omezovací prostředky byly „opatření vyplývající z neodpovídající provozní situace (nedostatek personálu, nefunkční kamerový systém aj.“, čl. 1 odst. 2). Také zakotvuje požadavek na poskytovatele, aby zajistili školení dotčených zdravotnických pracovníků: vstupní a potom s opakováním minimálně jednou ročně, a to s náležitým obsahem [čl. 3 bod b)].

V čem naopak metodické doporučení nenaplnilo očekávání, je absence návodu, jak vykládat zákonný pojem „bezprostřední ohrožení“ a zákonnou definici farmakologického omezovacího prostředku. Nadále tak přetrvávají výkladové potíže, které odborníci signalizovali při projednávání pracovních verzí metodického doporučení. Dále je překvapivé, že metodické doporučení nijak neusměrňuje používání síťových lůžek, ačkoli by bylo zcela přirozené právě touto cestou dát poskytovatelům signál, že mají pracovat na jejich postupném úplném odbourání.

3.5 Doporučené postupy klinické praxe

Doporučené postupy klinické praxe jsou velmi důležité jednak pro svůj faktický dopad na klinickou praxi a jednak pro svůj význam právní. Ten doporučené postupy získávají tím, že na ně odkazují právní předpisy jako na limit či standard, který definuje medicínskou nezbytnost a oprávněnost zásahů do integrity člověka.²³

²² Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2018_15323_3810_11.html.

²³ „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví (...) je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy,“ uvádí článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. „Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů,

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Doporučené postupy klinické praxe se tématu omezovacích prostředků podrobně věnovaly v roce 2006, s jasnou inspirací standardy ošetrovatelské péče, které na základě širokého konzultačního procesu zpracovali Tomáš Petr a Tibor Mikláš v roce 2004²⁴. Vyšší verze doporučených postupů z roku 2010 obsahuje rovněž kapitolu o omezovacích prostředcích, ovšem významně stručněji.

Z doporučených postupů lze abstrahovat tyto zásady, které jsou nyní pro psychiatrii odbornou normou:

- omezovací prostředky musí být používány co nejméně a jako krajní řešení po vyčerpání všech dostupných nerestriktivních opatření a
- nelze je užívat pro usnadnění péče a dozoru při nedostatku personálu;
- léčení neklidných a násilných pacientů vyžaduje multidisciplinární a kvalifikovaný přístup;
- omezení může mít dopad na terapeutický vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem, na jehož zachování se musí vynakládat veškeré úsilí.

Také řadu dalších aspektů doporučené postupy řeší moderním způsobem souladným s mezinárodními standardy:

- Ohledně rizikových faktorů se mj. uvádí, že „násilí může odrážet očekávání ošetřujících, stejně jako nízký počet personálu nebo jeho časté změny, které ovlivňují vztahy mezi ošetřujícími a pacientem“. (Doporučené postupy klinické praxe 2006, s. 152)
- Dále se mezi obecnými zásadami uvádí: „Stejně důležitá jako zvládnutí neklidu je jeho prevence, např. zlepšováním prostředí, výcvikem a vhodnou supervizí personálu apod.“ (Doporučené postupy klinické praxe 2006, s. 152)
- Pro bezpečnost a rychlost zákroku je nutné zajistit dostatečný počet personálu a „každé oddělení musí mít vypracován postup, kterým lze v co nejkratším čase mít k dispozici odpovídající počet personálu“. (Doporučené postupy klinické praxe 2006, s. 153)
- Řeč je také o individuálních opatřeních: „Součástí individuálního plánu péče o nemocného by mělo být stanovení způsobu, jakým lze nejefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následné ohrožující chování.“ (Doporučené postupy klinické praxe 2006, s. 152)
- Dotčení zdravotníci mají mít krom každoročního školení také možnost mluvit o svých osobních zkušenostech a prožitcích z práce s neklidnými a nespolupracujícími pacienty.
- Konečně, doporučené postupy psychiatrické péče uvádí, že „řešení situací spojených s agresivním jednáním se u akutně psychiatrických nemocných nevyhneme“ a že je třeba být připraveni a umět agresivní jednání předvídat. (Doporučené postupy klinické praxe 2010, s. 217)

při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“ (§ 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách).

²⁴ PETR, Tomáš a Tibor MIKLÁŠ. *Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetrovatelské péče. Zpracované standardy ošetrovatelské péče*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004, 40 s.

3.6 Dětsí pacienti

Specifika dětských pacientů nejsou explicitně vyjádřena v žádném standardu – ani v zákoně, metodickém doporučení ministerstva, standardu CPT či doporučených postupech psychiatrické péče. Je tedy třeba vyjít z toho, že dítě je citlivější a zranitelnější, a proto by principiálně nemělo být omezení podrobováno. Rozhodující je jistě klinické hodnocení situace. Kde je omezení nezbytné pro předejití ublížení pacientovi nebo ostatním, je zapotřebí postupovat s maximální péčí a nedopustit vznik pocitu opuštěnosti a traumatu. V právním smyslu je dítě zranitelnou skupinou, tedy práh závažnosti zacházení, jež může být posouzeno jako nelidské a ponižující, se snižuje a musí být činěny přiměřené úpravy poskytované služby oproti standardu pro dospělé.

4. Vývoj od roku 2000 a současný stav

4.1 Přehled důležitých událostí²⁵

2002: CPT provedl druhou periodickou návštěvu České republiky a při té příležitosti navštívil jednu psychiatrickou nemocnici a jedno zařízení sociálních služeb, kde tou dobou bylo 26 respektive 11 sítových lůžek a v sociálním zařízení také 2 klecová lůžka. Doporučil klecová lůžka vyřadit okamžitě a sítová co nejdříve. Ministerstvo práce a sociálních věcí se začalo restriktivními opatřeními koncepčně zabývat. MDAC uvádí, že před touto zprávou CPT nebyl v České republice vůbec rozšířen názor, že by používání klecových lůžek jako běžných postelí některých klientů a v ložnicích s ostatními bylo nějak nevhodné.

2002: V sítovém lůžku zemřelo dítě, když na ně spadla železná tyčka z lůžka, do kterého bylo v ústavu sociální péče dítě uloženo.

2003: MDAC zveřejnilo zprávu o používání sítových a klecových lůžek, jako výsledek výzkumu provedeného v České republice, Maďarsku, Slovensku a Slovinsku.²⁶ Doporučilo zakázat jejich používání, zajistit provádění nezávislé inspekce, zavést povinné vzdělávání ošetřujícího personálu zdravotních a sociálních zařízení v oblasti lidských práv, implementovat standardy CPT, zajistit systém pro centralizované sbírání dat a získávání statistik.

2004: MDAC vyprovokovalo citelnou negativní mediální kampaň v zahraničí. Britská spisovatelka J. K. Rowling napsala dopis české vládě o svém znepokojení nad používáním klecových lůžek. V reakci na tyto události byla z pokynu ministra zdravotnictví Jozefa Kubinyiho ze dne 13. 7. 2004 všechna klecová lůžka z psychiatrických léčeben s okamžitou platností odstraněna. Počet sítových lůžek se snížil.

²⁵ Text kurzívou se týká výlučně oblasti sociálních služeb.

²⁶ MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER. *Cage beds. Inhuman and degrading treatment or punishment in four EU accession Countries* [online]. Budapešť: MDAC, 2003, 62 s. [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <http://www.mdac.info/en/resources/cage-beds-inhuman-and-degrading-treatment-or-punishment-four-eu-accession-countries>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

2004: Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo metodické opatření k používání síťových lůžek; lůžka s mříží už označilo za nepřipustná. Co se týká klecových lůžek, z informací dostupných na internetových stránkách ministerstva²⁷ plyne, že v roce 2004 jich bylo v zařízeních sociální péče 105, síťových 243 a bez specifikace 306 – celkem tedy 654. Dále ministerstvo vydalo pomůcku *Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí)*. V obou je kladen důraz na provázanost snižování používání restrikcí s deinstitucionalizací a přechodem na poskytování individualizované podpory. Více v kap. 4.4.

2004: Tomáš Petr a Tibor Miklóš publikovali jako výsledek výzkumného projektu s podporou Ministerstva zdravotnictví standardy ošetrovatelské péče při použití restriktivních metod v psychiatrii.²⁸ Materiál se stal významným zdrojem pro doporučené postupy klinické praxe.

2005: Ministerstvo zdravotnictví vydalo první metodické opatření (č. 31829/2004/OZP). Týkalo se pouze psychiatrické péče. Už tato první verze zakotvovala všechny moderní zásady a požadavky: Zásadu nezbytnosti a subsidiarity (přednost alternativ) použití omezovacího prostředku, zásadu lékařského rozhodování o použití a povinnost podrobovat případy kontrole ze strany vedoucího lékaře. Dále opatření požadovalo pravidelné školení zdravotníků, kteří omezovací prostředky používají, zajištění soukromí pro pacienta a náležitý dohled. V předpise najdeme také povinnost ošetrujícího lékaře, aby po zklidnění s pacientem projednal důvody a potřebu omezení, s důrazem i na budoucí strategie. Jednotlivým psychiatrickým pracovištím se doporučilo vypracovat pro tuto problematiku vlastní vnitřní předpis.

2005: Pro oblast sociálních služeb byla přijata právní úprava používání restrikcí na úrovni zákona (č. 100/1988 Sb.), a to na stejných principech, jaké platí v současné době: omezení je přípustné pouze jako výjimka v případech přímého ohrožení zdraví a života; poskytovatel sociálních služeb je povinen předcházet nutnosti jejich použití a přednostně použít méně omezující opatření. Síťová a klecová lůžka ani kurty nejsou přípustné. Ministerstvo začíná shromažďovat statistiku případů použití opatření omezujících pohyb.

2006: V Psychiatrické nemocnici Bohnice zemřela v síťovém lůžku pacientka (žena s mentálním postižením hospitalizovaná pro poruchy chování, zadusila se). Zástupkyně veřejného ochránce práv provedla na základě podnětu pozůstalé matky šetření případu. Závěry šetření, respektive jejich následné rozvíření stěžovatelkou, vzbudily značnou pozornost a emoce. Zjištěné pochybení se týkalo několika témat (souhlasu s hospitalizací, komunikací s opatrovníkem pacienta, vedení zdravotnické dokumentace, zajištění celého spektra léčebných metod, úroveň vnitřního předpisu o používání omezovacích prostředků); ochránce mj. doporučil uplatňovat plně metodické opatření Ministerstva zdravotnictví. Tehdejší ředitel nemocnice reagoval velmi podrážděně a odmítavě. Na používání síťových lůžek kauza neměla příliš vliv.

²⁷ ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Počet klecových lůžek s mříží či sítí v ČR* [online]. Praha: MPSV, 2005 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <https://www.mpsv.cz/cs/1089>

²⁸ PETR, Tomáš a TIBOR MIKLÓŠ. *Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetrovatelské péče. Zpracované standardy ošetrovatelské péče*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004, 40 s.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

2006: CPT adresoval vládě zprávu z další periodické návštěvy. Zopakoval v ní doporučení opustit používání síťových lůžek (zjistil jejich používání v psychiatrické nemocnici v Dobřanech, naopak nebyla již v nemocnici v Brně).

2007: Do češtiny bylo přeloženo Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí.²⁹ Doporučení pokrývá situace poruch chování způsobených demencí. Vychází z principu nezbytnosti a přiměřenosti – omezovací prostředek je „krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, kdy jsme si jisti, že ostatní možnosti byly vyčerpány“, přičemž pečující musí hledat příčiny nebezpečného chování. Alternativní, neomezující způsoby zvládnání neklidu pacienta, které doporučení uvádí, předznamenávají, že od pečujících se očekává vybavení na určité úrovni. Musí zajišťovat možnosti pohybu a aktivizace, určitou flexibilitu, co se týká denního režimu pacientů, musí mít přizpůsobené prostředí a možnost posílit pečující personál. Musí zde být také schopnost aplikovat tzv. nefarmakologické metody managementu demencí.

2007: *Vstoupil v účinnost zákon o sociálních službách. Použití opatření omezujícího pohyb osob v rozporu se zákonnými pravidly představuje přešůpek poskytovatele sociálních služeb. Používání těchto opatření bylo podrobenu kontrole inspekcí kvality sociálních služeb.*

2008: Veřejný ochránce práv vydal souhrnnou zprávu o provedeném monitoringu v osmi psychiatrických nemocnicích. V šesti z nich se ještě používala síťová lůžka, v pěti omezovací kabátek, v sedmi izolační místnosti. Až na jednu výjimku měly nemocnice vypracované (na nějaké úrovni) tematické vnitřní předpisy a pracovní postupy. Ochránce konstatoval nejednotnost praxe na úrovni systému i jednotlivých nemocnic. Dokumentoval pak řadu nedostatků včetně omezování jen z důvodu neklidu pacienta, rozhodování sestrami, zásahů do soukromí pacientů a nedostatečného dokumentování. Ochránce také popsal několik případů dlouhodobého až trvalého omezování v síťovém lůžku a kurty; úřady, kterým svou zprávu adresoval, na toto nereagovaly.

2009: Ministerstvo zdravotnictví vydalo druhé metodické opatření (č. 37800/2009). Týkalo se již celého zdravotnictví a jeho obsah byl později převzat do ustanovení o používání omezovacích prostředků v zákoně o zdravotních službách a do vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Metodické opatření doporučovalo poskytovatelům vést o použití omezovacích prostředků evidenci, a to ve smyslu doporučení CPT. Toto nicméně nebylo do zákona o zdravotních službách přejato a později to bylo také opuštěno. Dále metodické opatření obsahovalo pokus o propracovanější definici farmakologického/chemického omezovacího prostředku, která nicméně byla kritizovaná pro svoji nesrozumitelnost. Přesto byla později přejata do zákona.

2010: Veřejný ochránce práv vydal souhrnnou zprávu o následných návštěvách psychiatrických nemocnic. Bylo ověřeno, že řada doporučení byla naplněna; v řadě nemocnic bylo například zavedeno vedení centrální evidence tak, že byla usnadněna kontrola praxe používání restrikcí.

²⁹ ALZHEIMER EUROPE. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí. In: HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, sest. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty* [online]. Praha: pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, s. 101–106 [cit. 21. 3. 2019]. ISBN 978-80-254-0174-3. Dostupný z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/000062.pdf?seek=1317050891>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Nadále ale ochránce konstatoval převládající nepochopení pro téma chemického omezení, někde byla síťová lůžka součástí kapacity oddělení a jinde byla nahrazena kurtováním, což u cílové skupiny gerontopsychiatrických pacientů nebylo žádoucí. Zvláštní pozornost ochránce znovu věnoval situaci pacientů dlouhodobě omezovaných ve volném pohybu a obrátil se proto i na Poslaneckou sněmovnu Parlamentu ČR.³⁰ Bez podstatné reakce.

2011: CPT adresoval vládě zprávu z návštěvy uskutečněné v roce 2010. Zopakoval v ní doporučení opustit používání síťových lůžek. Vláda je ale ignorovala. V první zprávě zaslané Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením (o implementaci stejnojmenné úmluvy) pomlčela o síťových lůžkách a omezovacích prostředcích na psychiatrii obecně.

2012: V Psychiatrické nemocnici Dobřany zemřela v síťovém lůžku pacientka (žena trpící psychózou, uškrtila se na porušeném výpletu lůžka). Ochránce reagoval provedením ad hoc systematické návštěvy.³¹ Pacientka zemřela na oddělení, kde podmínky pro poskytování péče ochránce již čtyři roky před událostí kritizoval: podmínky na oddělení jednak samy vynucovaly používání omezovacích prostředků a jednak ztěžovaly dohled a provedení omezení důstojným způsobem. Až následně vedení změnilo určení daného oddělení a pro léčbu akutních stavů vyčlenilo a uzpůsobilo jiné oddělení. Síťová lůžka byla v nemocnici zcela odstraněna. Ministerstvo zdravotnictví na incident reagovalo tím, že zhodnotilo následná opatření vedení nemocnice a bylo spokojeno; k podmínkám poskytování péče na daném oddělení se nevyjádřilo nad rámec toho, že práce na takových odděleních je náročná.

2012: V dubnu nabyl účinnosti zákon o zdravotních službách. Jeho § 39 představoval první úpravu používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví na úrovni zákona. Více v kap. 3.3.

2012: V říjnu padlo rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice. Soud v něm shledal porušení článku 3 Evropské úmluvy, tedy podrobení stěžovatele nelidskému či ponižujícímu zacházení na záchytné stanici v Brně a porušení dalších povinností státu. Pochybení bylo shledáno jak v souvislosti s použitím kurtů, tak z důvodu nedostatečného vyšetření události. V rámci výkonu tohoto rozsudku učinila vláda řadu obecných opatření ke zlepšení stavu do budoucna: novelizace zákona o zdravotních službách zákonem č. 65/2017 Sb., vydání nové verze metodického opatření, vydání Metodiky Ministerstva zdravotnictví ke kontrolám používání omezovacích prostředků, pro potřeby kontrolní činnosti krajských úřadů.

2013: Byla vydána Strategie reformy psychiatrické péče.³²

³⁰ Dokument *Umístování a pobyt osob s mentálním postižením v psychiatrických léčebnách* tvoří přílohu zprávy Otakara Motejla pro Poslaneckou sněmovnu PČR za 4. čtvrtletí roku 2009. Je dostupný z <https://www.ochrance.cz/zpravy-o-cinnosti/zpravy-pro-poslaneckou-snemovnu/>.

³¹ Zn. 4/2012/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

³² ČESKO, Ministerstvo zdravotnictví. *Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. října 2013* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2013, 78 s. [cit. 21. 3. 2019]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1.

Právní pohled na používání omezovacích prostředků

2014: MDAC zveřejnilo druhou zprávu o monitoringu.³³ Uvádí, že v psychiatrických zařízeních sice kleslo používání klecových a posléze i sítových lůžek, ale v nějaké míře přetrvává (v roce 2012 jich bylo v psychiatrických zařízeních minimálně 120); vývoj se v Česku zablokoval a vyžaduje radikální impulz. The Sunday Times na ni 29. 6. 2014 reagovaly článkem na polovinu stránky, s titulkem „Pacienti českých nemocnic v klecových lůžkách“.

2015: CPT adresoval vládě zprávu z návštěvy uskutečněné v roce 2014, jejíž součástí jsou také doporučení týkající se používání omezovacích prostředků. Kroky, které vláda přislíbila, ale nerealizovala: vytvoření školicího programu pro zaměstnance nemocnic a vydání vzorového vnitřního předpisu (s cílem minimalizovat případy dlouhodobého použití omezovacích prostředků), zřízení odborné pracovní skupiny k vyjasnění tématu chemických/farmakologických omezovacích prostředků, hledání cest a postupů pro opuštění praxe používání sítových lůžek, kroky k bránění tomu, aby bylo sítové lůžko používáno jako obyčejné lůžko. Naopak, při vydání nového metodického opatření realizovalo ministerstvo přislíb vlády působit k tomu, aby se rizikovým pacientům zpracovávaly plány zvládnání rizika.

2015: Veřejný ochránce práv vydal zprávu o výzkumu zaměřeného na praxi krajských úřadů při kontrole zacházení v psychiatrických zařízeních a používání omezovacích prostředků. Za 2,5 roku se ani jedna krajská kontrola poskytovatelů zdravotních služeb netýkala používání omezovacích prostředků a zacházení s osobami v psychiatrických zařízeních se týkaly pouze tři. Krajské úřady jsou přitom jediným orgánem správní kontroly. V závěru zprávy doporučil ochránce zakotvit v zákoně povinnost pro poskytovatele, aby vedli evidenci případů omezení, zpracovat metodiku pro krajské úřady a zajistit výkon kontroly. Požadovanou metodiku Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2016.³⁴

2017: Proběhla novelizace zákona o zdravotních službách zákonem č. 65/2017 Sb., účinným od 31. května. Do § 39 byla výslovně zakotvena zásada subsidiarity použití omezovacího prostředku a povinnost poskytovatele nejprve vyzkoušet méně restriktivní postup. Dále byla upřesněna dokumentační povinnost a byla zavedena povinnost poskytovatelů vést statistiku.

2018: Ministerstvo zdravotnictví vydalo třetí metodické opatření (publikované ve Věstníku MZ č. 4/2018). Jde o dosud nejpodrobnější směrnici, která jde nejdál v tématu prevence. Více v kap. 3.4.

4.2 Poznatky veřejného ochránce práv

Veřejný ochránce práv (dále také jen „ochránce“) je instituce v České republice zřízená v roce 2000. Od roku 2006 provádí systematické návštěvy míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí nebo v důsledku závislosti na poskytované péči, s cílem posílit

³³ MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER. *Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních*. Budapešť: MDAC, 2014, 56 s. ISBN 978-963-89303-7-8. [online, cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <http://www.mdac.org/cs/books/klecova-luzka-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-ceskych-psychiatrickych-zarizenich>

³⁴ Č. j. MZDR 19085/2016-26/PRO, dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-ministerstva-zdravotnictvi-ke-kontrolam-pouzivani-omezovacich-prostredk_13021_3266_3.html.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

ochranu těchto osob před mučením, krutým, nelidským, ponižujícím zacházením nebo trestáním a jiným špatným zacházením. V letech 2006 až 2018 provedl ochránce 44 návštěv psychiatrických nemocnic (z toho 8 dětských), 19 návštěv léčeben dlouhodobě nemocných a 6 návštěv záchytných stanic.³⁵

Zprávy veřejného ochránce práv představují unikátní zdroj poznatků, neboť jde o zjištěních z první ruky, získaná v režimu důvěrnosti vůči dotazovaným osobám omezeným na svobodě a ze studia důvěrných materiálů vč. zdravotnické dokumentace, při návštěvách konaných vesměs neohlášeně. Ochránce nemá pravomoc nařizovat realizaci opatření k nápravě, která doporučuje. Má ale právo seznamovat veřejnost se svými poznatky a doporučeními, což převážně činí vydáváním tematických zpráv shrnujících systematické návštěvy zařízení určitého typu. Jsou dostupné jednak skrze databázi Evidence stanovisek ochránce³⁶, jednak na internetových stránkách ochránce nebo v tištěné podobě.

Co se týká situace v psychiatrických nemocnicích pro dospělé, lze čerpat ze souhrnných zpráv (2008 a 2010), ze zpráv o návštěvách provedených v letech 2017–2018,³⁷ ze zpráv o šetření individuálních stížností v oblasti ochranného léčení³⁸, zprávy o návštěvě zaměřené na podmínky v zařízení, kde došlo k úmrtí v sítovém lůžku,³⁹ a z výzkumu zaměřeného na kontrolu zacházení v psychiatrických zařízeních a používání omezovacích prostředků⁴⁰. Zajímavá shrnutí obsahuje také výroční zpráva za rok 2018.⁴¹ Ze zpráv ochránce plyne tento obraz reality psychiatrických nemocnic:

V psychiatrických nemocnicích se používají kurty, ve většině také izolační místnosti. V některých psychiatrických nemocnicích se dodnes používají sítová lůžka⁴² – na neklidových a na gerontopsychiatrických odděleních, nicméně jejich počet v posledních letech významně poklesl. Převažuje přístup, kdy se neakceptuje chemický omezovací prostředek – tedy používá se (běžně z rozhodnutí sestry na základě předchozí ordinace lékaře „v případě potřeby“ při neklidu),

³⁵ Údaje dostupné z výročních zpráv veřejného ochránce práv – obecných, dostupných na <https://www.ochrance.cz/zpravy-o-cinnosti/zpravy-pro-poslaneckou-snemovnu/>, i těch zaměřených na činnost národního preventivního mechanismu, dostupných na <https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/vyrocní-zpravy/>.

³⁶ VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Evidence stanovisek ochránce* [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2017 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.

³⁷ Zn. 2/2017/NZ, 6/2017/NZ, 9/2017/NZ, 19/2017/NZ, 20/2017/NZ, 14/2018/NZ, 55/2018/NZ, 92/2018/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

³⁸ Zn. 461/2012/VOP, 2361/2016/VOP, 4174/2016/VOP v Evidenci stanovisek ochránce.

³⁹ Zn. 4/2012/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

⁴⁰ Zn. 22/2014/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

⁴¹ VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Ochrana před špatným zacházením 2018. Zpráva veřejné ochránkyně práv jako národního preventivního mechanismu* [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2019 [cit. 30. 3. 2019]. Dostupný z: <https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/vyrocní-zpravy/>.

⁴² V roce 2018 bylo na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice zjištěno jedno klecové lůžko (po návštěvě bylo hned odstraněno).

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

ale nepovažuje se za omezovací prostředek. Ochránce nemá průkazné poznatky o neodůvodnitelném nebo nadměrném používání psychofarmak, byť případů masivní medikace je řada. Situace se postupně zlepšuje, co se týká zajištění adekvátního dohledu u osoby v omezení, nicméně stále je na některých pracovištích tato otázka nevyjasněná a až na výjimky není dohled nepřetržitý. Méně než dříve, ale stále, ochránce zjišťuje různé zásahy do soukromí a intimity člověka podrobeného omezení (vystavení zrakům ostatních pacientů, odejmutí oděvu, umístění monitorů s obrazem z kamer v sesternách způsobem, který zasahuje do soukromí nad míru nezbytně nutnou).

Často ochránce zjišťuje případy, kdy lze pochybovat, že použití nebo trvání omezení bylo opravdu nezbytné – když záznamy v dokumentaci jsou nevyovídající a použití se jeví být odůvodněno pouhým neklidem nebo „nevhodným“ chováním pacienta při absenci možných alternativních opatření. V kombinaci se zjištěnými organizací a personálním zajištěním péče pak tyto „pochybnosti“ interpretuje jako významné riziko špatného zacházení. Ochránce výslovně konstatoval porušení zákona v několika individuálních případech v rámci své působnosti prošetřovat stížnosti pacientů v ochranném léčení (v jednom případě s výslovným konstatováním ponižujícího zacházení).

Jako zvláště zranitelnou skupinu osob ochránce uvádí pacienty s mentálním postižením a s demencí. V roce 2007 bylo zjištěno několik případů trvalého použití omezovacího prostředku a nadále se potvrzuje, že u pacientů s mentálním postižením se používají omezovací prostředky ve zvýšené míře.

Celkově systematické návštěvy signalizují nedostatečné zajištění podmínek pro poskytování péče (personální poddimenzovanost, nevhodné stavební a technické řešení pracovišť), které vede k omezování ve volném pohybu. Někteří poskytovatelé zdravotních služeb pak používají omezovací prostředky v rozporu s podmínkami, které stanoví zákon o zdravotních službách.⁴³ Tyto problémy převážně přesahují možnosti jednotlivých nemocnic. Nicméně je třeba říci, že jen ve výjimečných případech vedení nemocnice sleduje případy použití omezovacích prostředků a činí ke snižování potřeby jejich použití v budoucnu alespoň ty systémové kroky, jež spadají do možností poskytovatele.

Dětské psychiatrické nemocnice byly tématem souhrnné zprávy z roku 2013. Návštěvami nebyla zjištěna závažná pochybení. Ochránce nicméně vyslovil znepokojení nad několika ne zcela jasnými případy, kdy se zdálo, že na útěk dítěte reagovalo podání „neklidové“ medikace. Bylo zjištěno používání jednoho sítového lůžka (později bylo zrušeno). Tento typ péče je znovu předmětem návštěv od roku 2018, kdy se ukazuje, že omezovací prostředky se používají sice zřetelně méně často než u dospělých, ale běžně i u dětí pod 16 let.

⁴³ Srov. zprávu z výzkumu zn. 22/2014/NZ, str. 2.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1.

Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Co se týká záchytné služby, jde o velmi specifický typ péče, poskytované různorodými typy poskytovatelů zdravotních služeb. K používání omezovacích prostředků při ní, s ohledem na její účel, dochází častěji než jinde. V souhrnné zprávě veřejného ochránce práv z roku 2014 je velmi dobře propracovaná kapitola o omezovacích prostředcích, na kterou lze odkázat, co se týká názorů ochránce na omezení vůbec. Je třeba říci, že z návštěv vyplynulo obecné doporučení ochránce posílit bezpečnost na stanicích – jak z pohledu pacientů, tak i personálu.

Praxe používání omezovacích prostředků byla velmi různá, závislá na personálních a materiálních možnostech stanice. Zpravidla absentoval náležitý vnitřní předpis. Ve třetině navštívených stanic personál nevěděl, že použití kurtů nebo psychofarmak je omezovací prostředek. V polovině navštívených stanic byly zjištěny případy, kdy nebylo z dokumentace možné jednoznačně identifikovat důvody použití omezovacího prostředku a tedy ani obhájit oprávněnost užití. Na stanicích nebyly vytvořeny podmínky pro alternativní zvládnutí problémového chování intoxikovaných osob. Velmi často nerozhodoval o použití omezení lékař, ale sestra, přičemž nebylo dodržováno, že by lékař co nejdříve dorazil pacienta osobně zkontrolovat; lze říci, že z výjimky se na záchytných stanicích stává pravidlo. Později byl změněn zákon o zdravotních službách tak, že na záchytných stanicích již není možné používat síťová lůžka.

Léčebny dlouhodobě nemocných byly tématem souhrnné zprávy z roku 2017, shrnující poznatky z návštěv v roce 2015. V rámci kapitoly o volnosti pohybu a zajištění bezpečí ochránkyně Anna Šabatová tematizuje a) omezovací prostředky, b) úkony a nástroje zdravotní (především ošetrovatelské) péče, c) režimová opatření.

Bylo zjištěno používání kurtů sestrami na základě ordinací lékaře pro futuro („dle potřeby“, „v případě neklidu“). Stejně předpisy se používají i pro podávání léků s tlumícím účinkem, kde podání je pak rovněž rozhodnutím sestry zpravidla a nikoli výjimečně, jak to zákon připouští. V praxi se také nepočítá s tím, že by podání léku k zvládnutí chování pacienta bylo omezovacím prostředkem. Ochránkyně dále zveřejnila případ, kdy léčebna odmítla uznat jako omezovací prostředek fixování pacientky za obě ruce k lůžku, jež trvalo po dobu dní a nebylo řádně odůvodněno.⁴⁴ Co se týká opatření ošetrovatelské péče, jež mají také omezující účinek (typicky postranice), ne vždy jejich použití předchází řádné hodnocení rizika pádu, praxe je někdy intuitivní a byly zjištěny případy podezření na vynucenou inkontinenci těch, kdo se kvůli zábranám nedostali sami na toaletu.

Systémové podněty veřejného ochránce práv nalezneme především ve výročních zprávách o činnosti jako národního preventivního mechanismu za roky 2017 a 2018.

- Ochránce situaci hodnotí tak, že chybí strategický přístup ke snižování potřeby používání omezovacích prostředků: „Právní úprava kritérií pro použití omezovacích prostředků odpovídá evropskému standardu. Jejím plnému respektování, včetně zásady nezbytnosti

⁴⁴ Sankční zveřejnění dostupné z:

https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Zdravotnicka_zarizeni/LDN-Chittussiho-sankce.pdf

a subsidiarity, brání v praxi řada přetrvávajících problémů. V praxi chybí podmínky pro alternativní zvládnání rizikového chování pacientů. Na některých pracovištích se z důvodu nevhodných materiálních a personálních podmínek omezovací prostředky používají preventivně a dlouhodobě, aniž by to vedlo ke změně způsobu poskytování péče. Nejen pacientům, ale i ošetřujícímu personálu hrozí zranění a traumata. Zdravotníci často nerozlišují léčbu a tzv. chemický omezovací prostředek. Státní kontrola vázne. Protože evidence používání omezovacích prostředků v podobě, jakou zakotvil zákon o zdravotních službách (§ 39 odst. 4), představuje nicneřikající statistiku, jsou sledování a kontrola používání restrikcí obtížné.⁴⁵ Podle ochránce se používání omezovacích prostředků nesníží bez koncepčního rozvíjení jejich prevence a alternativ a bez jasného signálu z vládní úrovně, že péči postavenou na restrikcích už nechceme. Dále je zapotřebí soustavná metodická a kontrolní činnost.

- Ochránce také kritizuje, že se nezmínil přístup k síťovým lůžkům. „Ministerstvo zdravotnictví je nečinné a někteří lékaři se obávají prostého nahrazení síťových lůžek jinými druhy omezovacích prostředků.“⁴⁶ Ochránce doporučuje přijmout koncepční přístup, který by zahrnoval hledání a posílení účinných alternativ používání nejen síťových lůžek, ale omezovacích prostředků obecně.
- Provádění kontroly krajskými úřady je komplikováno nedostatečným personálním zajištěním úřadů a nevedením potřebné evidence případů poskytovateli. Provádět kontrolu praxe používání omezovacích prostředků není snadné, neboť případy sice bývají zaneseny v individuální dokumentaci pacienta, ale jen některá pracoviště mají také listinnou nebo elektronickou evidenci, na základě které lze případy rychle najít a také je souhrnně zhodnotit. Kontroly ze strany krajských úřadů probíhají minimálně. Se stížnostmi na používání omezovacích prostředků i se stížnostmi na zacházení v psychiatrických nemocnicích a psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic se úřady setkávají pouze ojediněle. Ochránce to zjistil výzkumem z roku 2014.⁴⁷
- Dále ochránce upozorňuje na obtížnou vymahatelnost nápravy pochybení zjištěných správních kontrolou a nepostižitelnost poskytovatelů. V zákoně o zdravotních službách přestupky nepamatují ani na nesprávné použití omezovacích prostředků, ani neoprávněný zásah do integrity pacienta. To zakládá nepostižitelnost méně závažných forem špatného zacházení a nízký respekt vůči kontrolním orgánům.

4.3 Síťová lůžka

Používání síťových lůžek vystupuje jako ikonické téma v souvislosti s používáním omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních. Nešťastně poněkud stranou zůstává ve veřejné debatě otázka, kolik síťových lůžek je v používání v zařízeních jiných medicínských oborů. Status quo lze tedy charakterizovat tak, že obránci lidských práv vyvíjejí tlak na úplné stažení síťových

⁴⁵ Výroční zpráva za rok 2018, str. 21.

⁴⁶ Tamtéž.

⁴⁷ Srov. zprávu o výzkumu zn. 22/2014/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

lůžek, zatímco někteří lékaři poukazují na absenci alternativního řešení některých specifických stavů nebezpečí.

Sítové lůžko je postel, která je ze všech stran ohraničená kovovou konstrukcí, jež je vypletená sítí. Z jedné strany lze bariéru otevřít nebo zavřít a zamknout. Takové lůžko umožňuje člověku volně se v rámci daného prostoru hýbat. Je zapotřebí zajistit mu pomoc při provádění hygienických úkonů a fyziologických potřeb. S lůžkem se obtížněji manipuluje, a jakmile se někde instaluje, je pro všechny včetně pacientů nepřehlédnutelným symbolem restriktivnosti péče. Z českého prostředí jsou známy případy nešťastného úmrtí v lůžku a také převrnutí lůžka neklidným pacientem. Nicméně statisticky významnější bezproblémovost a vyšší pohodlí pro umístěného mohou vést k nadužívání a bylo možné se setkat i s trvalým umístěním člověka do takového omezujícího lůžka.

Na to právě upozorňuje CPT: při používání sítového lůžka bývá pacient mnohem opuštěnější, neboť personál nemá tendenci konat kontroly tak často jako v případě fixace; zadruhé, propočet délky pobytu v lůžku v jednotlivých případech ukázal, že určití pacienti trávili v sítových lůžkách polovinu nebo dokonce většinu dne. Požadavek na vyřazení sítových lůžek z používání CPT doplnil doporučením, aby české orgány v případě nutnosti prověřily potřebné početní stavy zaměstnanců v zařízeních psychiatrické péče. Pro případ pacientů, kteří potřebují ochranná opatření kvůli zhoršené pohyblivosti nebo nočním poruchám, výbor doporučil hledat k zajištění jejich bezpečnosti vhodnější ochranné prostředky než sítová lůžka (např. nemocniční lůžka, která mohou být snížena, nebo která jsou po stranách vybavena zábranami a umožňují tak, aby personál pacientovi z obou stran pomáhal).

Ačkoli výbor CPT vyvíjí tlak od roku 2002, sítová lůžka se nadále používají, byť jejich počet dramaticky poklesl. Vláda dosud neučinila kroky k naplnění příslibu daného CPT v roce 2015, že se do budoucna budou hledat cesty, jak sítová lůžka opustit. Od té doby bylo pro rizikovost zakázáno používat sítová lůžka na záchytných stanicích, ale u jiných zdravotních služeb zůstávají legálním typem omezovacího prostředku.

Je důležité nepodcenit, co o odbourávání sítových lůžek říkají zdravotníci. Podle zprávy MDAC z roku 2014 o monitoringu v 17 nemocnicích mezi dotázanými zdravotnickými pracovníky převládal názor, že sítová lůžka jsou za daného stavu věcí nutná. Jeden lékař si stěžoval, že „minimální úroveň počtu personálu se nyní stala normou“, „jinde se zdálo, že jsou klecová lůžka používána z důvodu převážně ženské pracovní síly, aby bylo možno zvládnout pacienty“. Navíc podle nich sítová lůžka „mají smysl“, při srovnání s trýznivostí jiných forem mechanického omezení. Ředitel zařízení, kde sítová lůžka odstranili, vysvětlil, že byla nahrazena zvýšeným používáním izolačních místností a kurtů.

Používání sítových lůžek je příkladem toho, že některá omezovací opatření jsou tradiční pouze v některém regionu Evropy. V posledním desetiletí probíhá jejich stahování – například ve Slovinsku

a Rakousku,⁴⁸ zatímco zůstávají v používání na Slovensku. Pro vytrvání v trendu snižování v České republice mluví dobré zkušenosti s odbouráváním síťových lůžek v ústavech sociální péče – respektive úspěch postupu, kdy s odbouráním lůžek bylo spojeno posílení osobní asistence.

4.4 Stručné shrnutí oblasti sociální péče

Ministerstvo práce a sociálních věcí se restriktivními opatřeními koncepčně zabývalo od roku 2002. Podnětem byly zprávy CPT a Mental Disability Advocacy Center. Ministerstvo vydalo několik tiskových prohlášení, metodické materiály, zajistilo změnu zákonných pravidel a výcvik odborníků – průvodců dobrou praxí v problematice práce s klientem s rizikem v chování, a podpořilo projekty zaměřené na přechod od síťových lůžek na individuální asistenci. Zvláště viditelné byly kroky vedoucí k odbourání používání klecových a síťových lůžek. Před jejich zákazem se ministerstvo snažilo nastartovat podporu poskytovatelům v postupném odstraňování omezovacích prostředků ze zařízení sociální péče. Používání lůžek s mříží bylo metodickým opatřením prohlášeno za nepřípustné v roce 2004, používání síťových lůžek pak v roce 2005.

Už metodické materiály z let 2004–2005 byly moderní. Nalezneme v nich důraz na provázanost snižování používání restrikcí s deinstitucionalizací a přechodem na poskytování individualizované podpory, protože s nimi jde ruku v ruce také smazávání atributů moci u personálu a pokles agresivity v chování klientů. Ministerstvem vydaný manuál⁴⁹ požaduje primární prevenci (doporučuje zabývat se nikoli jen nebezpečnými projevy klientů, ale již problémovým chováním, což je kategorie širší, a předcházet situacím, které by mohly vést k nutnosti omezit pohyb člověka; doporučuje provádět analýzu potřeb člověka, plánovat poskytování péče, používat tzv. ucelený

⁴⁸ Informace poskytnuté v březnu 2019 rakouským národním preventivním mechanismem: Používání síťových lůžek v Rakousku skončilo k červenci 2015, kdy vypršelo roční přechodné období pro jejich odstranění stanovené nařízením federálního ministerstva zdravotnictví, kterým byla síťová lůžka ve zdravotnických zařízeních zakázána. Nyní nejsou povoleny v žádných zařízeních péče (ani sociálních). Co se týká vídeňské psychiatrické nemocnice Otto Wagnera, kde byla do té doby síťová lůžka využívána a kde se odstranění bránili, tak tam intenzivně pracovali na opatřeních, jež by odstranění umožnila (rozvoj technik deeskalace, stanovení širších povinností ošetřovatelského personálu, flexibilnější podpora ze strany lékařů), nicméně ještě měsíc po vypršení lhůty tam národní preventivní mechanismus konstatoval určité rezervy (absence snížených lůžek a podlahových pohyb monitorujících čidel).

V Rakousku se snažili objektivizovat dopady tohoto kroku na celkové používání omezovacích prostředků (četnost případů a délka použití). Bylo to ale těžké, protože ani v Rakousku donedávna nebyly vedeny centrální evidence používání omezovacích prostředků. Nicméně péčí rakouské instituce chránící práva pacientů bylo provedeno alespoň dílčí sledování, v průběhu šesti náhodně vybraných měsíců v období od února 2014 do září 2016. Analýza takto získaných dat ukázala, že po zrušení síťových lůžek ve čtvrtině případů nebylo zapotřebí použít žádné náhradní omezení, nicméně počet případů použití omezovacích prostředků celkově narostl, a to o 9 %. Co se týká absolutního času trvání omezení, tak přepočteno na rok bylo škrtnuto průměrně 22 100 hodin omezení v síťovém lůžku, přičemž přibýlo 8 010 hodin jiného typu omezení. Nejde o finální bilanci, protože se zároveň pracuje na rekonstrukci, respektive přesunu některých oddělení do nových prostor, od čehož si lze slibovat další snížení potřeby používat restrikce.

⁴⁹ ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí)* [online]. Praha: MPSV, patrně 2005 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

rehabilitační přístup) i sekundární prevenci (techniky de-eskalace, aktivního naslouchání) a jde do takových jemností, jako jsou dopady úzkosti a agresivity pracovníků na agresivní chování klienta.

První zákonná úprava byla účinná od 1. 10. 2005⁵⁰, a to na stejných principech, jaké ovládají nyní platná pravidla v § 89 zákona o sociálních službách. Tedy omezení je přípustné pouze jako výjimka v případech přímého ohrožení zdraví a života. Poskytovatel sociálních služeb je povinen předcházet nutnosti jejich použití a přednostně použít méně omezující opatření. Pokud už k použití dojde, je stanovena posloupnost tří povolených opatření – zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky. Zákonný termín je „opatření omezující pohyb osob“.

Použití opatření omezujícího pohyb osob v rozporu s těmito pravidly představuje přestupek poskytovatele sociálních služeb. Dále je zákon o sociálních službách oproti zdravotnickému předpisu přísnější v tom, že stanoví povinnost vést evidenci o případech omezení a sdělovat jednou za rok krajskému úřadu data o četnosti použití.

V posledních letech již nezaznamenáme významnější posun. Po léta zůstává nevyřešený přístup inspekce poskytování sociálních služeb do ošetrovatelské dokumentace v zařízeních a usměrnění poskytovatelů v práci s neklidovou medikací, jež je minimálně v zařízeních pro seniory používána rizikovým způsobem.⁵¹ V roce 2018 aktualizovalo ministerstvo metodické vedení tým, že vydalo nový doporučený postup pro používání opatření omezujících pohyb.⁵²

4.5 Srovnání se situací v ostatních státech Evropy

Podle poznatků CPT se omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních používají ve všech státech Rady Evropy kromě ministátů. Co se liší, je místní preference toho kterého typu omezení jako prostředku první volby či vůbec dovoleného. Také se liší četnost a délka použití a úroveň pravidel a pojistek proti zneužití. CPT upozorňuje na význam kultury, postojů a tradic mezi zdravotníky.

Řada problémů známých z českých zařízení je zjišťována také v dalších evropských státech: Relativně často je problémem používání omezovacího prostředku před zraky ostatních pacientů. Občas CPT kritizuje za to, že ostatní pacienti při omezování pomáhali nebo pak pacienta hlídali. Problémy jsou často s řádným dokumentováním, například když se jako omezení zaznamenává jen

⁵⁰ Zákonem č. 218/2005 Sb., kterým se do zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, vložil mj. § 89a.

⁵¹ Srov. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2015, 71 s. ISBN 978-80-87949-12-2 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/2964>

⁵² ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Doporučení postup MPSV pro používání opatření omezujících pohyb osob. Doporučený postup č. 06/2018* [online]. Praha: MPSV, 2018 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34953/Doporučeny_postup_c.06_2018_pro_pouzivani_opatreni_omezujici_ch_pohyb_osob.pdf

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

fixace a jiná opatření ne. V řadě států předpisy rovněž mlčí o omezení pomocí léků (farmakologické omezení). Někde není praxe omezování upravena žádným předpisem. Čas od času se lze ve zprávách CPT setkat s případy dlouhodobého omezování (srov. zpráva CPT z Velké Británie z roku 2016).

Stále se lze setkat s excesy, jako je používání kovových ručních a nožních pout (ve vězeňské nemocnici v Albánii, srov. zprávu z roku 2017). V Severní Makedonii ještě v roce 2014 CPT zaznamenal používání krom velmi opotřebovaných kožených kurtů také řetězů (!), ačkoli vláda to dříve prohlásila za skončenou praxi.

Monitorovací orgány v evropských státech, tzv. národní preventivní mechanismy, hlásí poznatky o velmi rozdílné praxi při používání omezovacích postupů v rámci Evropy.⁵³ Francouzský monitorovací orgán vydal v roce 2016 rozsáhlou tematickou zprávu, ve které shrnul poznatky o používání restrikcí ve Francii na základě více než 100 kontrolních návštěv. Zjištěnou praxi velmi častého omezování považuje za alarmující důsledek zrušení specializovaného vzdělávání sester a stigmatizace osob s duševním onemocněním a v důsledku i celé psychiatrické péče. Konstatuje velké rozdíly v přístupu jednotlivých zařízení a v jejich rámci i jednotlivých pracovišť. Nejednotnost se týká i toho, co se považuje za riziko, nebezpečí, léčebný účel a trest.⁵⁴ V některých státech, například v Nizozemsku, je naopak znát dlouhodobá snaha obejít se při poskytování psychiatrické péče bez omezovacích prostředků (srov. zpráva CPT z roku 2016), nebo bez mechanických omezovacích prostředků (srov. zpráva CPT z návštěvy Islandu 2012).

Na Slovensku, které je historicky českému zdravotnictví nejbližší, dosud není (na rozdíl od oblastí sociálních služeb) používání omezovacích prostředků upraveno zákonem, nýbrž pouze metodickým opatřením.⁵⁵ Opatření nezná téma chemických omezovacích prostředků. Dosud se používají desítky sítových lůžek, k jejichž redukcí v mezičase mezi posledními dvěma návštěvami CPT (2013 a 2018) nebyly podnikány žádné systémové kroky. V současné době slovenská psychiatrická společnost navrhuje systémové kroky, a to především zřízení zabezpečených oddělení, jež by ideálně představovala prostředí dobře zajištěné péče pro bezpečné zvládnutí nebezpečných stavů v průběhu léčby. Jedním z možných důsledků takového opatření by mohlo být snížení restriktivnosti na „obyčejných“ odděleních. Nicméně nezaznívají jasné hlasy ohledně budoucnosti používání sítových lůžek a ministerstvo zdravotnictví dosud neučinilo žádné rozhodné kroky. Je možné, že povzbuzením mu bude nová zpráva CPT.

⁵³ ASSOCIATION FOR THE PREVENTION OF TORTURE. *Jean-Jacques Gautier NPM Symposium 2016. Monitoring psychiatric institutions. Outcome report* [online]. Ženeva: APT, 2016, 59 s. [18. 3. 2019]. ISBN 978-2-940597-07-9. Dostupné z: <https://www.apr.ch/content/files/res/report-jig-symposium-2016-en.pdf>

⁵⁴ CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ. *Isolation and restraint in mental health institutions* [online]. Paříž: Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2016, 126 s. [cit. 19. 3. 2019]. Dostupné z: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/12/CGLPL_Report_Isolation-and-restraint-in-mental-health-institutions.pdf

⁵⁵ Odborné usmernenie č. 29/2009.

4.6 Pokus o hodnocení současného stavu

Lze říci, že v souvislosti s používáním omezovacích prostředků je velký prostor pro zlepšení, a to jak na mikro úrovni – v jednotlivých ošetřujících týmech, tak na systémové úrovni u manažerů poskytovatelů a pak u Ministerstva zdravotnictví. To tématu soustavněji věnuje pozornost posledních zhruba pět let. V popředí kritiky i nápravy je psychiatrická péče, což je z dlouhodobého hlediska nevhodné, protože sice tím lze dosáhnout nápravy mnoha křivd, ale situace v dalších medicínských oborech se nemění. Za zvláštní zmínku stojí dlouhodobá péče a geriatrické a interní medicína, kde jsou potřeby pacientů specifické oproti pacientům v akutních fázích duševních nemocí, na něž se vesměs zatím soustředí pozornost.

Česká republika dosud neměla reprezentativní data o používání omezovacích prostředků v zařízeních zdravotních služeb obecně, ani konkrétně v lůžkových zařízeních psychiatrické péče. Nevládní instituce v rámci různých projektů prováděly příležitostný monitoring, veřejný ochránce práv pak od roku 2006 soustavný, nicméně tyto aktivity neobsáhly celý systém lůžkové psychiatrické péče. Za takové situace je nutné dostupné informace uvážlivě interpretovat, zobecňovat, případně v nich nacházet trend. Nicméně samotný fakt, že nejsou k dispozici sofistikovaná data ani na úrovni národní a regionální, ani v řadě případů na úrovni poskytovatele, je negativní skutečností bránící systematicky pracovat na zvyšování bezpečí při poskytování péče a snižování rizik, jež s sebou přináší používání omezovacích prostředků. Nepřekvapí proto, že neexistuje ani vládní nebo ministerská strategie pro snižování potřeby používat omezování volného pohybu a zvýšení bezpečnosti poskytování péče. Česká republika je jedna z mála zemí Evropské unie, která nemá žádnou strategii péče o duševní zdraví.

Že je současný stav poznamenán závažnými neoprávněnými zásahy do práv pacientů, dokládají poznatky veřejného ochránce práv, jež jsou výše shrnuty. Přitom se zdá, že už není zapotřebí dále kultivovat pravidla, kdy lze omezovací prostředek použít, neboť již bylo dosaženo souladu mezi mezinárodními lidskoprávními standardy, zákonem i doporučenými postupy psychiatrické péče. Ochránce jako kroky ke zlepšení navrhuje dát na úrovni poskytovatelů důraz na opatření ke snižování potřeby používat omezovací prostředky. (A při tom například používat v textu několikrát rozebranou evidenci případů použití omezení.) Pravidlo, že k omezení je možné se uchýlit až v krajním případě, ztrácí na síle, pokud v provozu poskytování péče nejsou rozvíjeny preventivní postupy k minimalizaci situací nebezpečí a nejsou k dispozici alternativní postupy, jež by na tyto situace odpovídaly jinak než restriktivně. Jinými slovy, bez potřebného personálního, materiálně-technického a odborného zajištění péče je „nezbytné“ použít omezovací prostředek, zatímco za jiných podmínek by to nezbytné nebylo.

Symbolem omezovacích prostředků jsou síťová lůžka a lze na nich ilustrovat současný vývoj. (Byť odborník by namítal zkreslení, když tato lůžka jsou nástrojem péče pouze v části případů, kdy je indikováno použití omezovacího prostředku.) Před patnácti lety jich v českých zařízeních sociální a zdravotní péče byly stovky, v psychiatrických zařízeních v roce 2012 pak ne méně než 120. V současné době lze odhadovat, že jich je o řád méně. Také byla přijata moderní právní úprava. To

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Ize nesporně označit za zlepšení, byť patrně více dané celkovou humanizací psychiatrické péče než přijetím argumentů CPT a MDAC vládou. Problém je v tom, že bez systémových opatření a záruk se situace může zakonzervovat nebo i zhoršit, pokud se realizují černé scénáře o nedostatku odborného (ošetřovatelského i lékařského) personálu a nedojde k zásadní změně prostředí, kde se péče poskytuje.

Závěrem odkaz na další zdroje: Krom výstupů monitorujících orgánů a odborných zdrojů uvedených v tomto textu lze dále doporučit výsledky projektu EUNOMIA z roku 2008⁵⁶, výzkum o praxi sester psychiatrických oddělení při používání omezovacích prostředků⁵⁷, zpracování etických aspektů omezení svobody u osob žijících s Alzheimerovou demencí⁵⁸ a akademické práce⁵⁹.

⁵⁶ KALIŠOVÁ, Lucie et al. Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA, výsledky ČR. *Čes. a slov. Psychiat.* 104, 2008, 2, 52–58.

⁵⁷ TREŠLOVÁ, Marie a Hana DOHNALOVÁ. Coercive and restrictive measures in nursing care of restless and aggressive patients: Theory and Practice. In: NEEDHAM, Ian et al., eds. *Violence in Clinical Psychiatry. Proceedings of the 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy, 2011, s. 94–97. ISBN 978-90-5740-099-5. Autorky uvádějí, že ačkoli dotázané sestry věří, že v určitých situacích je použití omezovacího prostředku nezbytné, pocítují etický problém v tom, že s ohledem na počet sester ve směně je omezovací prostředek první volbou při zajišťování bezpečnosti pacientů a ostatních na oddělení. Téměř polovina dotázaných sester má obavy o zdraví omezovaných pacientů a více než třetina o zdraví vlastní. Autorky dále došly k závěru, že praxe se na jednotlivých pracovištích velmi různí a dochází k různým chybám.

⁵⁸ ALZHEIMER EUROPE. *The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia* [online]. Lucemburk: Alzheimer Europe, 2012, 163 s. [cit. 13. 12. 2017]. ISBN 978-2-9599755-6-1?? Dostupný z: <http://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2012-The-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-people-with-dementia>

⁵⁹ PETR, Tomáš. *Restriktivní metody v psychiatrii: Součást moderní péče nebo přežitek?* Diplomová práce. Praha: UK, Fakulta humanitních studií, 2005, 77 s. LUKASOVÁ, Marie. *Etické aspekty omezení člověka ve volnosti pohybu při poskytování sociální a zdravotní péče*. Disertační práce [online]. Praha: UK, Fakulta humanitních studií, 2018, 238 s. [18. 3. 2019]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/97716/140064586.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII

Souhrnná zpráva, část 2.

Zpráva z kvalitativního výzkumu

Autoři: Markéta Dubnová, Barbora Holá, Vlasta Řezníková, Pavel Říčan

Odborné konzultace:

Dana Chrtková, Marie Lukasová, Tomáš Petr, Michal Synek, Markéta Vítková



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Obsah

1	Úvod k metodě	3
2	Průběh užití omezovacích prostředků.....	4
2.1	Situace, které použití omezovacího prostředku předcházely	5
2.1.1	Tři příběhy	5
2.1.2	Kdo jsou lidé, kteří zažívají omezování?	5
2.1.3	Důvody k užití omezovacích prostředků	6
2.1.4	Zda a jak by bylo možné předejít použití omezovacích prostředků	10
2.2	Co se děje během omezení	10
2.2.1	Typologie pacientů vzhledem k použití omezovacích prostředků	11
2.2.2	Zranění.....	12
2.2.3	Délka omezení	12
2.2.4	Uspokojování biologických potřeb během omezení	13
2.2.5	Prožívání použití omezovacích prostředků.....	13
2.2.6	Svědci omezení.....	14
2.2.7	Pravidla a povinnosti personálu spojená s omezením pacienta	15
2.3	Co se děje po ukončení použití omezovacího prostředku	15
2.4	Vztahy mezi personálem a pacienty.....	17
3	Omezení svobody a „malá omezení“	18
3.1	Omezení svobody	18
3.2	„Malá omezení“ v režimu uzavřeného oddělení.....	19
4	Různost pohledů.....	21
4.1	Konkrétní různosti, vyjednávání o pravdě.....	22
4.2	Racionalita používání omezovacích prostředků	23
4.3	Náhled	24
4.4	Spolupráce a poslušnost.....	26
5	Omezovací prostředky z hlediska týmu a spolupráce	28
5.1	Sebepojetí pracovníků	28
5.2	Zvládání zátěže	30
5.3	Personální zajištění.....	32
6	Možnosti změny v užívání omezovacích prostředků.....	35
6.1	Pohled na používání omezovacích prostředků se v čase mění	38
7	Hlavní zjištění.....	39
8	Návrhy a doporučení	41

1 Úvod k metodě

Čtete zprávu z výzkumu, který zadalo Ministerstvo zdravotnictví v rámci projektu Deinstitutionalizace. Tématem výzkumu jsou omezovací prostředky. Cílem bylo dozvědět se více o tom, jak situace, ve kterých dochází k omezování, probíhají, jak je vnímají lidé, kteří jsou omezeni, i ti, kteří se na omezování podílejí, a tím přispět do diskuze o redukci používání omezovacích prostředků v psychiatrii.

Samotnému výzkumu předcházelo několik měsíců příprav. Pracovali jsme v rámci širšího expertního panelu, ve kterém byli kolegyně s vlastní zkušeností s psychiatrickou péčí, psychiatrická sestra, právnička a výzkumníci a výzkumnice. Příprava probíhala od jara 2018.

Věděli jsme, že budeme realizovat rozhovory. Když jsme ale téma probírali více do hloubky, došlo nám, jak důležitý je kontext, zejména pak prostředí, kde se omezování odehrává. Výzkum jsme tedy koncipovali jako rozhovory v terénu psychiatrických zařízení. Kromě vlastních nahrávek a poznámek z rozhovorů byly pořízeny i terénní poznámky z návštěv.

Uvědomovali jsme si, že v prostředí psychiatrických nemocnic probíhají a budou v oblasti omezování probíhat různé audity a kontroly – například ze strany Kanceláře veřejného ochránce práv nebo Ministerstva zdravotnictví. Naším záměrem však nebylo provést další kontrolu, ale spíše dát hlas těm, kdo se omezování přímo účastní. Proto i koncepce našich výzkumných návštěv musela být jiná.

Výzkum probíhal čistě na dobrovolné bázi – mluvili jsme pouze s těmi pracovníky a pacienty, kteří sami chtěli. Stejný princip jsme aplikovali i na samotná navštívená zařízení. Vstup jsme si nijak nevynucovali, šli jsme tam, kam jsme byli pozváni. Výměnou jsme nabízeli zpětnou vazbu, zprávu pro ty, kteří nám vstup do jimi řízených lůžkových zařízení umožní. Součástí výzkumné metody také nebylo, na rozdíl od kontrolních návštěv, nahlížení do zdravotnické dokumentace.

Hodně času jsme strávili specifikací našeho tématu. Došli jsme k závěru, že i když hlavním předmětem našeho výzkumného zájmu jsou omezovací prostředky, chceme se zajímat i širěji o různá další omezení, která pacienti zažívají.

Koncipovali jsme výzkum jako sondu do několika prostředí, ve zprávě se soustředíme na to, jak aktéři sami situaci vnímají a hodnotí. Až posléze přicházíme s vlastními postřehy a interpretacemi.

Výsledkem přípravy byly základní informace o výzkumu a také formulář informovaného souhlasu, ve kterém měli účastníci výzkumu možnost zaškrtnout, zda chtějí obdržet draft výzkumné zprávy. Vyžádala si ho přibližně polovina účastníků, nicméně zpětnou vazbu jsme od nich nedostali. Koncept výzkumu byl předložen Etické komisi MZ ČR, která ho schválila.

Všechny rozhovory jsme vedli sami, jednotlivě či ve dvojici.

Zvolený přístup byl dán časem, který jsme měli k dispozici, a velikostí výzkumného týmu.

Během rozhovorů jsme se setkali se znatelnou opatrností ve výpovědích pracovníků. I když jsme zdůrazňovali, že nejsme kontrola a že je výzkum anonymní, jistá ostražitost přetrvávala. Jsme vděční všem, kteří si udělali čas a umožnili nám nahlédnout do své práce, která často vyžaduje velké nasazení a odolnost.

Stejně tak jsme zavázáni lidem, které jsme potkali v roli pacientů. Vážíme si jejich ochoty otevřeně mluvit o zážitcích, které pro ně často byly spojeny s nepříjemnými pocity.

Důležité metodologické rozhodnutí nás čekalo poté, co jsme v období od září do prosince 2018 shromáždili plánovaných 40 rozhovorů na třech různých psychiatrických odděleních v České republice.

Původně jsme chtěli analýzu pojmut jako zprávu o jednotlivých místech, která jsme navštívili a kde jsme vedli rozhovory. Pak by ale bylo krajně obtížné udržet anonymitu míst a respondentů. Dalším důvodem, proč se ve zprávě nesoustředíme na konkrétní zařízení či oddělení, byla skutečnost, že jsme zde z časových důvodů strávili různě dlouhou dobu. Pokud jsme někde výzkumu věnovali pouhé dva dny, mohli jsme dále pracovat se získanými rozhovory, ale na důkladný popis místní situace to bylo málo. Výpovědi aktérů se navíc netýkaly jen míst, kde jsme s nimi mluvili. Jak pacienti, tak i pracovníci často zmiňovali zkušenosti z jiných oddělení či pracovišť. To, o čem píšeme, je tedy založeno především na dějích odehrávajících se na odděleních, která jsme navštívili, ale nejenom.

Rozhodli jsme se proto k uspořádání látky podle témat. Tato témata jsme vybrali na základě diskuse ve výzkumném týmu.

Po této úvodní kapitole následuje druhá, která podrobně pojednává průběh omezování. Struktura výkladu odpovídá okruhům kladených otázek, při jejichž formulování jsme se inspirovali nedávaným britským výzkumem (Wilson et al. 2017). Jedná se o popis různých průběhů omezování, které se nám ukázaly během rozhovorů.

Třetí kapitola na druhou přímo navazuje. Zabývá se jednak samotným omezením svobody na uzavřeném oddělení, ale také různými dalšími omezeními, která popsali jako důležitá pacienti.

V následující čtvrté kapitole se zamýšlíme nad růzností pohledů pacientů a pracovníků, jakož i nad tím, jak se tyto pohledy a výpovědi potkávají a/nebo míjejí.

V páté kapitole se věnujeme jednotlivým profesním rolím, jejich spolupráci při omezování, sebepojetí a týmové kultuře.

Šestá kapitola se týká možných změn v oblasti používání omezovacích prostředků, které navrhovali účastníci výzkumu.

V závěru krátce shrnujeme výsledky výzkumu a přinášíme několik úvah a doporučení. Jsme si vědomi toho, že naše zpráva z výzkumu se rozvinula do poměrně dlouhého textu. Přesto zájemcům o téma doporučujeme číst ji celou.

2 Průběh užití omezovacích prostředků

Cílem této kapitoly je zprostředkovat zkušenost pacientů a pracovníků, kteří zažívají použití omezovacích prostředků. Popis průběhu užití omezovacích prostředků vychází z výpovědí pracovníků a pacientů, se kterými jsme vedli rozhovory.

Existují různé typy omezení, od nedobrovolného podání medikace, přes pobyt v uzamčené místnosti, či v síťovém lůžku, až po připoutání k posteli ochrannými pásy. Z hlediska procesu užití omezovacích prostředků se zaměříme na následující zkušenosti dotazovaných:

- situace, které použití omezovacího prostředku předcházely,
- co se dělo během omezení,
- co se dělo po ukončení použití omezovacího prostředku,
- vztahy mezi personálem a pacienty.

2.1 Situace, které použití omezovacího prostředku předcházely

Cílem této podkapitoly je popis událostí, které, dle výpovědi účastníků výzkumu, vyústí v použití omezovacích prostředků. Nejprve uvádíme tři příběhy se záměrem přiblížení kontextu. Poté vymezujeme lidi, kteří zažívají omezení jak z perspektivy pracovníků, tak pacientů. Poslední podkapitola sumarizuje důvody, které vedou k použití omezovacích prostředků.

2.1.1 Tři příběhy

Pro ilustraci uvádíme tři příklady. Jeden se odehrál na akutním, druhý na oddělení následné péče a třetí příklad je o člověku, který byl nejprve na oddělení následné péče a až poté se dostal na oddělení péče akutní.

1. Jedná se příběh mladého muže, který (podle svých slov) žije s matkou a nevlastním otcem. Má pocit, že jeho bratr je upřednostňovaný a že za něj se otec stydí a vyčítá mu jeho neschopnost hospodařit s penězi. Léčí se už několik let. Vracel se domů z několikadenní párty, chtěl si vzít léky, ale otec ho nepustil domů, nakonec ho odvezl na psychiatrii. Muž na psychiatrii nechtěl, ale neměl kam jít, neměl peníze. Při přijímacím rozhovoru byl klidný. Poté si uvědomil, že má drahé lístky na další akci, které by se rád účastnil, ale z psychiatrie nemohl odejít. Nechtělo se mu spát, tak začal provokovat pracovníky, aby také nemohli spát. Opakovaně za ním chodili do pokoje, nakonec se situace vyhrotila a skončila omezením pacienta. (podle vyprávění pacienta)
2. Druhý příběh je z oddělení následné péče, kde je už desítky měsíců hospitalizován mladý muž s poruchou autistického spektra, jehož rodiče byli dlouholetou péčí o něj vyčerpáni. Nemluví, dorozumívá se posunky a skřeky, má své stereotypy. Personál si už ráno všimnul, že pacient vstal nezvykle brzy. Pracovníci se věnovali dalším povinnostem, když se ze společenské místnosti ozval hluk. Pracovníci viděli, že je daný pacient neklidný, shlukli se velmi blízko kolem něj a tímto způsobem ho odvedli na pokoj, kde ho položili, hladili, mluvili na něho, ale tentokrát to nepomáhalo a pacient křičel a začal kolem sebe mlátit rukama, dali mu injekci a přikurtovali ho. V ochranných pásech pacient zůstal necelou hodinu a vrátil se zpět do společné části oddělení. Asi po 2 hodinách od kurtace jednomu z pracovníků, který byl omezení přítomen, dal pusu na tvář. (podle vyprávění pracovníka a našeho pozorování)
3. Třetí ilustrativní příběh je o vysokoškolské studentce. Dívce sanitku zavolala pedagožka, když s ní studentka během konzultace probírala nejistoty související s jejím výzkumem v rámci studia, obavy ze ztráty dat a jejich nedostatečné anonymizace apod. Měla pocit, že si potřebuje s někým promluvit, uvěřila, že jí zavolají sanitku a odvezou jí k nějakému psychologovi. Neměla u sebe doklady totožnosti, nevěděla, kam ji vezou, byl jí příjemný rozhovor s pracovníkem v sanitě. Na oddělení ji překvapilo, že si s ní nikdo nepovídá, nelíbily se jí spolu-pacientky, které jí připadaly „semleté“. Odmítala brát medikaci, protože si nepřipadala nemocná. Neužívání léků vyústilo v překlad na akutní oddělení, kde byla omezena ochrannými pásy, což popisuje slovy „zlomili mě“, a na základě této zkušenosti, kterou si nepřeje již nikdy zažít, začala léky brát. (podle vyprávění pacientky)

2.1.2 Kdo jsou lidé, kteří zažívají omezování?

Pracovníci popisují pacienty nejčastěji z medicínské perspektivy, tedy prostřednictvím psychiatrických diagnóz: „*máme tady široké spektrum diagnóz, nejčastěji tady bývají schizofrenie. [...] potom potíže příjmu potravy, sebevražedný věci*“ (Pracovnice 4). Pracovnice 7 používá slangový výraz „maníci“ pro označení lidí s bipolární afektivní poruchou.

Pacienti, kteří mohou být omezováni nikoliv z důvodu agresivních projevů, ale s deklarovaným cílem zajistit jejich vlastní bezpečnost, jsou podle pracovníků lidé s demencí, kterým ještě nenastoupil účinek léků. Také lidé, kteří se „přepíjejí“¹; dále lidé intoxikovaní: „oni vůbec neví, co dělají“ (Pracovnice 7) a sebepoškozující se lidé, například s diagnózou mentálního postižení, eventuálně s kombinovanými poruchami (např. porucha autistického spektra a závislost na drogách, schizofrenie v kombinaci s mentálním postižením).

Pracovnice 5 pacienty popisovala spíše perspektivou sociálního fungování, než prostřednictvím diagnóz:

„jsou nějakým způsobem soběstační, schopní komunikovat. [...] jsou pacienti většinou inkontinentní, chronicky neklidní, neschopní se o sebe postarat, potřebují nějak intenzivnější ošetrovatelskou péči, i třeba somaticky jsou na tom hůř nebo nezvládají chůzi do patra a podobně.“

Hospitalizaci zpravidla předchází sled různých událostí, např. nějaký konflikt nebo neobvyklé chování, přičemž lidé s „psychiatrickou historií“ mají větší pravděpodobnost se v rámci konfliktu dostat na uzavřené oddělení.

„Já jsem jim řekla, že mám psychiatrickou minulost a že jsem byla aj nedávno hospitalizována, právě proto mi zavolali tu sanitku. [...] Mě vlastně policisté [...] znají dobře“ (Pacientka 7).

Z výpovědí pacientů vyplývá, že jsou to lidé, kteří se dlouhodobě potýkají s širokým spektrem problémů a sdělují, že potřebují hlavně komunikovat s někým, kdo o ně má zájem: „aby za mnou někdo přišel, popovídal si se mnou“ (Pacientka 5). Pacient 8 vzpomíná na pracovníka, který mu byl oporou a pomohl mu zvládnout strach:

„to bylo z dětského oddělení, když se mě pan ošetrovatel zastal, myslím, že to byl sanitář, a když jsem byl na kurtech, tak za mnou přišel a povídal si se mnou. Říkal mi, že to bude dobrý, že se nesmím ničeho bát, na takové lidi se nezapomíná.“

Pacienti v rozhovorech často vyjadřovali přání, aby je měl personál čas vyslechnout.

2.1.3 Důvody k užití omezovacích prostředků

Legislativní norma hovoří o „bezprostředním nebezpečí“. Posuzování této bezprostřednosti je jednou z věcí, kterou pracovníci dělají, když se o omezení rozhodují.

„hrozí bezprostřední nebezpečí nebo už k tomu došlo, dojde k poranění osob nebo může dojít k ničení majetku spojeného s ohrožením člověka. [...] Nebo to může být situace, která k tomuto konání bude bezprostředně směřovat, a je potom na vaší zodpovědnosti, jestli si zodpovíte při případném dotazu, jestli to vaše zhodnocení bylo správné. [...] většinou to projde, ale někdy taky ne, protože jeden z nás okamžitě volá lékaři, že došlo k té situaci, [...] a my jsme ho omezili. A doktor přijde [...] a zeptá se na situaci a jde okamžitě navštívit pacienta, ten je vedle, a třeba ... neudělá to pokaždé, ale už jsem ho viděl se takhle rozhodnout, že řekl, dobře, ale teď už je klidný, teď už ho necháte jenom ležet v posteli. Redukuje nebo koriguje naše rozhodnutí“ (Pracovník 9).

¹ Pacienti, kteří podle pracovníků pijí nadměrné množství tekutin. V důsledku může dojít ke snížení účinku léků nebo život ohrožujícímu stavu.

Personál tak může omezit pacienta i „preventivně“, ale musí to být zdůvodněno a řádně zdokumentováno.

Důvody k užití omezovacích prostředků jsou různé. V následujícím textu budou uvedeny ty, které jsme identifikovali v rozhovorech.

Pracovníci akutních oddělení nezřídka vstupují do událostí, které už jsou nějak rozběhnuté, typicky se již zapojila policie, záchranáři či pracovníci na příjmovém oddělení a komunikace může být krajně komplikovaná.

„už příjezd s policií, jsou agitovaní, [...] jsou třeba zahlcení nějakým psychologickým prožitkem, oni nejsou plně v realitě, takže jsou fakt nebezpeční sobě i okolí, takže to je indikace“ (Pracovnice 5).

Z rozhovorů také vyplynulo, že řada konfliktních situací, které vedou k užití omezovacího prostředku, vzniká až na psychiatrickém oddělení. Pacienti mohou přijet, podle svých slov, klidní.

„Protože já jsem tušil už tehdy, že mě budou chtít automaticky hodit na neklid, protože jsem zařazen, zaškatulkován jako pacient s bipolární afektivní poruchou, tak to hrozí“ (Pacient 2).

Pracovníci 2 a 4 potvrzují, že se stav pacienta může zhoršit na oddělení:

„Což někdy tak bývá, že je to zátěž, je to stres, ta hospitalizace, to prostředí je pro pacienty nepříjemné, samozřejmě. To chápu“ (Pracovnice 2).

Rutinním opatřením na příjmovém oddělení je odebrání veškerých osobních věcí a u většiny pacientů převlečení do ústavního oblečení. Právě tento postup může vyvolávat konfliktní situace.

„Vybavím si teďka nedávnou zkušenost s pacientem, který přišel na oddělení, a ještě byl na té židličce v té první místnosti a chtěli po něm, aby se převlékl do pyžama, přišel ještě s kufříkem a vím, že nechtěl odevzdat věci a začal být agresivní, [...] Víím, že nechtěl spolupracovat, ale ta pacifikace byla celkem, jsem měla pocit, taková velká nebo hodně výrazná. Takže to bylo asi hodně preventivní, on by se vlastně do ničeho nerozjel. On nechtěl ty svoje věci odevzdat, tam ho přimáčkli ke zdi, až teda už trochu rudnul v obličejí“ (Pracovnice 3).

Z citace je patrné, že sama pracovnice vnímá uvedenou situaci jako dilematickou a reakci personálu pravděpodobně neúměrnou dané situaci. Pracovník 20 má také zkušenost s tím, že odebrání osobních věcí může působit eskalačně:

„Většinou, když ženám chcete vzít snubní prstýnek, tak reagují podrážděně, je to pochopitelné, ale nesmí ho mít. Kdyby ho ztratily, my za to budeme zodpovědní. Tak v takových situacích se občas stane, že se situace vyhrotí [...]“

V některých popsanych situacích hrála roli skutečnost, že pacienti dostali zavádějící informaci.

„Hodně lidí k nám přichází s tím, že tady budou ošetřeni lékařem a půjdou domů. Protože záchranka s policií většinou říká: ‚odvezeme vás jenom k panu doktorovi, tam se domluvíte a pak půjdete asi domů‘. [...] Každý vlastně kope za to svoje, aby ten transport byl co nejlepší“ (Pracovník 21).

Pacientka 5, která byla nedobrovolně hospitalizována, tuto zkušenost potvrzuje: *„když jsem šla do sanitky, tak mě celou dobu ubezpečovali, že se nemusím vůbec ničeho bát, protože můžu kdykoliv odejít, že mě nikdo nemůže proti mojí vůli někde držet. To znamená, že oni mě jenom někam odvezou, tam si se mnou třeba někdo popovídá a že mám kdykoliv možnost z toho odstoupit.“*

Zaznamenali jsme také příběh, ve kterém personál situaci záměrně eskaloval s cílem pacienta přeložit na jiné oddělení, aby se vyhnul případným konfliktům. Pracovnice 7:

„Psychotikům stačí říct pětkrát nějaká věta a už se rozjíždějí. [...] tak je prostě přendali a potom měli o víkend klid.“

Nebo jiný příklad: *„je tam hodně faktorů, ale je to i o lidech, o těch ošetřovateli, kteří mohou pacienta ještě nějak dráždit, provokovat nebo vystrašit“* (Pracovník 6).

Eskalaci ze strany personálu lze spatřovat i v následující citaci:

„To omezení bylo první v té sanitce. Tři zřízenci vás drží spoutaného a šlapou po vás. Jste na zemi sanitky. [...] Prostě chytli mě ze zadu obě dvě ruce, hodili mě na zem té sanitky, a potom mě převáželi [...] Není to daleko, ale přesto v tu chvíli to ve mně vyvolali. Když už jsem vstával z té sanitky, tak už mě tahali, protože jsem byl v mánii. Násilí, které je použito na mou osobu a na svobodomyšlného člověka, je pro mě spouštěč mánie. Jinak bych se asi dostal maximálně do hypománie, do nižší verze, kterou bych dokázal i s ambulantní psychiatričkou dořešit“ (Pacient 2).

Roli může, ale sehrát i obyčejná únava: *„nálada personálu, neměla by, ale když člověk má hodně služeb za sebou, tak je trošku úsečnější a někdy se stane, jsme bohužel i my někdy příčinou těch neklidů“* (Pracovník 10).

Na druhou stranu může například pacient personál, podle svých slov, provokovat, protože nemůže v noci spát: *„Tak jsem tam furt rozsvěcel i blikal, aby ho to rozptýlilo víc trošku. Ne, tolik zase ne, prostě, aby si mě všimnul“* (Pacient 1). Toto pacientovo chování vedlo k použití omezovacího prostředku.

Další skupinou okolností, které omezení mohou předcházet, jsou projevy, které pracovníci hodnotí jako nespokojenost. Může jít o odmítání medikace ze zásady, v důsledku pocitu ohrožení nebo obav z vedlejších účinků léků. *„oni mi vyhrožovali, že když nebudu brát léky, že to bude horší, že mi dají injekci. A prostě neustále se mě snažili zastrašovat“* (Pacientka 5). Pacientka 13 zase odmítala vypít lék ze strachu, že ji chtějí zavraždit, proto ji nakonec přikurtovali a píchlí injekci.

Další specifickou situací, kdy je přistupováno k použití omezovacích prostředků (pobyt v uzamčené místnosti), je tzv. přepijení. Podle Pracovnice 4 pijí pacienti velké množství vody z několika důvodů:

„hladina léků se víc naředí a vylučuje se víc z těla ven, takže oni ví, že když budou hodně pít, tak ty léky budou vyplavovat z těla ven. [...] Další důvod je, že mají fakt sucho v ústech, po lécích to bývá. [...] samozřejmě pro organismus obecně není dobré, když vypijí pacienti šest litrů denně. [...] je to zátěž na ledviny.“

Omezení jako prostředek ke zklidnění a prevenci vyčerpání popsala Pracovnice 7:

„Taky se to dělá hodně u těch maníků, to jsou lidé, jedou čtyři dny, nespí, nic, celé oddělení vám rozkramaří a rozeřvou a jsou nezastavitelní. Když to už pak nejde, tak se takoví lidé musí nakurtovat a dát jim medikaci z toho důvodu, aby si odpočinuli, protože tohle nejde do nekonečna.“

Jako důvod k užití omezení uvedla Pracovnice 16 určitou nepředvídatelnost: *„Izolace je určena pacientkám s agresivním chováním, indikací umístění pod trvalý dohled je ‚agresivita‘ a ‚nevyzpytatelnost‘“* (terénní poznámky). Je otázkou, zda by znalost pacienta nemohla „nevyzpytatelnost“ pacienta zmírnit, protože na některých odděleních, kde své pacienty znají dlouhodobě, dokáží předvídat a někdy také předcházet neklidu. Sami pacienti upřednostňují jiné

formy prevence, než užití omezení: „Podle mě tam hraje obrovskou roli čas. Když má čas někdo pacienta vyslechnout, tak se tomu pak dá i vyhnout“ (Pacientka 3).

Několik pracovníků zmínilo, že existují i případy, kdy je pacient na vlastní žádost v izolaci na pokoji nebo chce být kurtován, například: „když má špatné myšlenky, chce být sám“ (Pracovnice 13, terénní poznámky). Dalším důvodem může být problematické soužití se spolu-pacienty nebo nedostatek soukromí, který je dán mimo jiné prostorovými dispozicemi, kdy je na pokojích více pacientů najednou, nebo na některých odděleních zamykáním pokojů přes den. Dostat se na izolaci potom může znamenat moci si odpočinout.

Poměrně často dotazovanými uváděným spouštěčem konfliktů jsou spory mezi pacienty: „žebrol po mě a kradl mi moje jídlo. Já jsem ho žďuchnul. A oni to brali jako agresi“ (Pacient 20).

Řada pacientů obrací agresi proti sobě, přičemž sebepoškozování pacienta je pro personál zřejmě nejméně sporným důvodem k použití omezovacích prostředků, protože než: „by si rozbil hlavu o topení, tak my bychom ho s klidným srdcem omezili“ (Pracovník 9). Stejně to vnímá i Pracovnice 5:

„Samozejmě, když někdo rozbije sklo a bude se chtít pořezat, tak co mám teď dělat? On to bude chtít udělat i za hodinu, i za dvě, tak holt musí být v tom omezení, takto si to dokážu odůvodnit a myslím si, že je to přijatelné. Přece nebudu koukat na to, až se pořeže.“

Podle pracovníků neklid může - zejména u lidí s diagnózou mentální retardace či poruchami autistického spektra - vzniknout zdánlivě náhle: „najednou vám začne křičet ten člověk a mlátit do všeho“ (Pracovník 9), ale pracovníci, kteří pacienty znají, říkají, že je neklid generován nějakou nestandardní situací: „když mu je ten stereotyp narušen, tak v něm eskaluje tenze“ (Pracovník 10), nebo například tím, že pacient nedokáže verbalizovat své potřeby, když nesouhlasí s navrhovanou aktivitou: „on třeba cítil, že nechce, ale on to neumí říct, [...] tak jde, ale během tří minut vás napadne“ (Pracovník 9). Neklid mohou u hospitalizovaných pacientů vyvolat i příbuzní, kteří něco slíbili a nedodrželi: „příbuzný slíbí pacientovi, že přijde, a v podstatě ho obelhal“ (Pracovník 10). Dalším spouštěčem může být nedostatek aktivity: „nebude neklidný, když bude mít celý den co dělat“ (Pracovník 9), „Já myslím, že práce je také odvádí od nějakých zlých myšlenek“ (Pracovník 1).

Neklid způsobený užitím drog uváděli častěji pracovníci: „Při léčbě intoxikovaných pacientů se omezovací prostředky preferují“ (Pracovnice 16), což je dáno tím, že je třeba počkat, až z pacienta drogy „vyvanou“ (Pracovnice 2), a není preferováno podávání medikace.

Shrnutí

Častým důvodem k použití omezovacího prostředku je konflikt. Zdrojem konfliktu může být například zavádějící informace, náročnost soužití s ostatními pacienty a nedostatek soukromí, eskalace ze strany personálu, rutinní opatření při příjmu, různé formy nespolupráce pacienta s personálem (ve věci užívání medikace nebo tzv. přepíjení se, apod.), nevyzpytatelnost, respektive neznalost pacienta či nedostatek aktivit na oddělení. Omezení může být také využito u intoxikovaných lidí nebo u pacientů v mánii a rovněž v případech s cílem zamezit sebepoškozování, případně na vlastní žádost pacienta.

2.1.4 Zda a jak by bylo možné předejít použití omezovacích prostředků

Možnosti a způsoby předcházení omezení úzce souvisí s kulturou organizace, zejména s podmínkami práce, spoluprací v týmu, personálním, materiálním a prostorovým zázemím. Tématům se věnuje především kapitola týkající se týmu a spolupráce, ale také kapitola pojednávající o změnách.

K předcházení užití omezovacích prostředků slouží tzv. deeskalační metody. Podle výpovědi personálu jednoho z navštívených oddělení proces deeskalace spočívá v tom, že se personál nejprve snaží neklidného pacienta zklidnit slovem, případně ho dají na pokoj zvýšené péče, kde je sám (například oddělený od pacienta, který ho rozčílil), následně může pacient dostat medikaci v podobě kapek, poté může být aplikována injekce a pokud nic z toho nepomáhá, dojde k mechanickému omezení, obvykle prostřednictvím ochranných pásů. Členové výzkumného týmu byli díky delšímu pobytu na daném oddělení svědky situace, kdy personál deeskalaci v praxi skutečně použil. Pracovníci na tomto oddělení mluvili o tom, že se při deeskalaci snaží nerozrušit ostatní pacienty.

„My se vždycky snažíme, aby to nikdo neviděl, aby je to nerozrušovalo, protože kdyby pacient začal třeba křičet, hulákat nebo se nějak bránit, tak... Mohlo by se stát, že by to rozrušilo ostatní, takže většinou se to snažíme udělat v klidu všechno, dovést pacienta do té naší místnosti, kde máme kurty, a tam ho položit a omezit. Většinou se snažíme udělat všechno domluvou, aby to nerozrušilo i ty ostatní“ (Pracovník 8).

Pracovnice 7 uvedla, že i deeskalace má své limity, protože nemusí být úspěšná ve všech případech a u všech pacientů: *„s rozjetým psychotikem nebo psychopatem prostě nemá smysl, když oni si lítají ve svém světě“.*

Za důležité považovala řada pracovníků navýšení stavu personálu nebo snížení počtu pacientů, jež může mít souvislost s reálným snížením počtu omezení v praxi.

„skutečně došlo ke snížení počtu nežádoucích událostí, které v sobě obsahovaly ten případ napadení pacienta pacientem, nebo napadení personálu ze strany pacienta a taky počet poraněných lidí u těch událostí“ (Pracovník 9).

Jako důležitý faktor se jeví znalost pacientů vytvářející možnost rozvíjení spolupráce a důvěry, která přispívá k předcházení použití omezovacích prostředků.

„on má spíše rád ticho, ale všiml jsem si, že u některých pacientů, když eskaluje napětí, tak jim pomáhá poslouchat hudbu a tím pádem se úplně přeladí z neklidu... [...] někteří mají rádi takovou harmoničtější hudbu a někteří pacienti se právě zklidní a dostanou na jinou myšlenku absolutním punkem, bych řekl“ (Pracovník 10).

Spolupráce v týmu může být dalším z faktorů, které mohou přispívat k prevenci použití omezovacích prostředků.

„My se spíš poradíme mezi sebou, protože někdo řekne ‚hele, včera jsem tady byl já, už ho to začínalo chytat, rozjíždí se nám, byl neklidný‘, další řekne ‚hele, my jsme to především udělali takhle, on se pak zklidnil‘, tak zkusíme nejdřív všechno to okolo, abychom nemuseli dávat na kurty“ (Pracovník 8).

2.2 Co se děje během omezení

V následujících podkapitolách jsou uvedeny faktory mající vliv na preferovaný způsob omezení (dle typologie pacientů). Druhá podkapitola referuje o zranění na straně pacientů i pracovníků při užití

omezovacích prostředků. Dále se zabýváme délkou omezení a uspokojováním biologických potřeb pacientů v omezení. Také jsou nabídnuty citace z rozhovorů, které přibližují prožitky účastníků omezení. V neposlední řadě upozorňujeme na skutečnost, že spolu-pacienti bývají svědky omezení jiného člověka. Závěrečná podkapitola mapuje názory pracovníků na pravidla a povinnosti spojené s omezováním pacientů.

2.2.1 Typologie pacientů vzhledem k použití omezovacích prostředků

Trajektorie, které vedou k omezení, jsou různé. Specifická je situace na oddělení, kde se pracovníci a pacienti dlouhodobě znají, což se jeví být zásadní v oblasti předcházení samotnému omezení. Specifika pacientů a jejich znalost zároveň významně ovlivňují průběh omezení, kdy k omezení ochrannými pásy dochází například jen na 30 minut nebo se pacient nechá „vydýchat“ (Pacient 9) zavřený na pokoji zvýšeného dohledu, kde je sám a může se volně pohybovat. Jde tedy z pravidla o opatření krátkodobá, s minimálním využitím medikace. Jiná situace je z hlediska znalosti pacientů na akutních příjmových odděleních, kde se pracovníci setkávají často s pro ně neznámými lidmi.

Souvislost mezi způsobem provedení omezení a vnímáním pacienta popisuje Pracovník 9 takto:

„Vy to můžete provést velice ohleduplně a láskyplně, že ho pohladíte a řeknete mu, že mu omotáte ruce pásem a že ho to nebude bolet, kdežto když vás ten člověk napadne, kopne do břicha a udeří do obličeje a u těch lidí, kteří se třeba přivedli do toho stavu sami nebo napadli jiného pacienta, někde při krádeži, tak se v tu chvíli pro vás stane zločincem, se kterým můžete takhle hrubě zacházet. To jsem pozoroval i na sobě. [...] My se s tebou nebudeme párat a hotovo.“

Pracovnice 7 souhlasí, že pacienti, kteří mohou vyvolávat negativní pocity personálu, jsou: *„takoví ti toxičtí, co si to vyfjetují, ty si za to můžou sami svým způsobem“.*

Pacienti, kteří zřejmě patří do výše popsané skupiny, tedy vyvolávají negativní pocity u personálu, vylíčili situace následně:

Ke zklidnění Pacienta 1, který v noci křičel a byl, podle svých slov, *„úplně rozjetý“*, použil personál kromě kurtů ještě prostěradlo přes tělo, aby nemohl hýbat postelí, a další způsoby omezení: *„mi dávali i hadr na pusku, na obličej. [...] A oni to nesmí používat.“* Vyhrocenou situaci zažila i Pacientka 7: *„Jak jsem byla přikurtována, tak jsem sebou šubala a posouvala postelí. Tak mě ještě [...] přivázali prostěradlem a jeden bratr mi přitom klekl dokonce na krk. [...] No, já jsem už prostě nevěděla, jak se mám bránit, tak jsem začala plivat.“* Použití prostěradla k omezení pohybu zažil i Pacient 8.

Pacientka 5, která se vymykala pravidlům a očekávanému chování ze strany personálu, byla převezena na jiné oddělení, kde byla následně omezena ochrannými pásy:

„večer jsem nechtěla spát na tom pokoji s takovou spoustou lidí, které neznám, tak jsem si přirazila dvě křesla vedle sebe, vzala jsem si peřinu a polštář a vyspala jsem se ve společenské místnosti. [...] Jak jsem vlastně odmítala s nimi spolupracovat, tak mě pořád něčím strašili. [...] zavolali takové zřízence potetované, pořádné silné chlapy, kteří se mnou jednali jako bych byla vězeň. [...] Jak mě převáželi, protože jsem odmítla léky, nechtěla jsem ani, aby mi dali injekci. [...] tam mě přikurtovali k posteli.“

„Pak je tady celá řada pacientů, kteří přijdou intoxikovaní. Opilým pacientům, kteří by se sem správně ani neměli dostat, ale stává se to, samozřejmě neaplikujeme žádná antipsychotika, ani tlumivé léky, jsou indikováni k tomu, aby, pokud mají poruchy chování, byli omezení mechanicky v lůžku. Tím bychom jim mohli ohrozit zdraví, kdybychom opilému člověku ještě dali nějaké léky navíc. To by

opravdu musel být extrém a v tom omezení by muselo hrozit, že si třeba vykloubí ruce nebo něco podobného. A intoxikovaným drogami, [...] tak to je vždycky na zvážení. Tam samozřejmě taky preferujeme, aby z nich ta droga vyvanula bez aplikace nějakých antipsychotik“ (Pracovnice 2).

Těmto lidem je následně nabídnuta odvykací léčba na jiném oddělení. Pokud odmítnou a není shledán jiný důvod pro nedobrovolnou hospitalizaci, mohou být „po vyvanutí drogy“ propuštěni přímo z akutního oddělení. Lidé s diagnózou psychózy většinou zůstávají déle i po ukončení omezení, ambicí pracovníků je pracovat na náhledu, nastavit optimální medikaci aj.

Dříve v textu byli zmíněni rovněž pacienti se sklony k sebepoškozování, kteří mohou být omezování „preventivně“.

Pacienta provází také jeho historie, která ovlivňuje použití omezovacího prostředku: „Už jen z té geneze chceme mít pacienta na kameře“ (Pracovnice 17).

2.2.2 Zranění

K úrazům a zraněním může, podle dotazovaných, dojít během omezování na straně pracovníků i pacientů. Pacienti se, podle slov pracovníků, obvykle brání kousáním, škrábáním či kopáním. Pacienti často hovořili o modřinách či odřeninách způsobených úchopy nebo popruhy. Někteří mluvili o hrubém zacházení. Pacient 8 uvedl, že byl „zmlácen“, Pacient 9 zase „přiškrcen“. Pracovnice 14 upozorňuje, že právě zranění mohou být důvodem vysoké fluktuace zaměstnanců na akutních odděleních: „když utrpí úraz, nechtějí pracovat na akutním oddělení. Také když vidí, že byl zraněn někdo z kolegů.“ Pracovnice 7 na příkladu demonstruje náročnost takové situace pro personál: „to bylo lítání, když oni se prali, někdo na nich musel teda klečct, a stejně kopali, bránili se, kopali do vás a do obličeje.“

2.2.3 Délka omezení

Délka omezení je také různá, různé typy omezení mohou trvat kratší dobu, v řádech hodin až po delší omezení v řádech dnů. V tomto ohledu, zejména na akutních příjmových odděleních, bývá „velký průtok“ (Pracovnice 2) pacientů, proto může dojít k neplánovaným přesunům a přerušením omezení, když je tlak na lůžka. Roli tedy hrají organizační a kapacitní faktory: „Musíme mít volná lůžka, kdyby přišel někdo agresivní“ (Pracovnice 18). Pacienti v omezení mohou subjektivně prožívat čas zcela jinak: „To úplně nebyly dvě hodiny, ale pro mě to byla věčnost, protože to bylo hrozně nepříjemný a já jsem zažívala chvíle totálního zoufalství. To byla fakt hrůza“ (Pacientka 5). Navíc bývají pod vlivem medikace, bez osobních věcí, takže pro ně může být těžké se orientovat v čase. Někteří pacienti délku kurtace odhadovali v řádech minut, což je v souladu se slovy Pracovnice 2: „do nástupu léků, třeba na půl hodiny, hodinu“, když není komplikovaný průběh. Pacient 21 měl pocit, že je na kurtech 14 dní, což Pracovnice 2 rozporuje výpovědí o těžkém případě, kdy daný pacient musel být kurtován „skoro celodenně“. Jakmile dojde ke zklidnění pacienta, měl by být pacient z omezení uvolněn: „nezbytně je to nutný čas do zklidnění, víc ne, bylo by to kontraproduktivní“ (Pracovník 10).

Délka omezení také souvisí s tím, jak pacienti ne/reagují na farmakologickou léčbu.

„Je to individuální podle pacienta. [...] U pacientů, kteří jsou třeba první kontakt, nějaká psychóza a zareagují dobře na aplikovanou medikaci, tak můžou být na tom omezení hodinu, dvě, tři a pak už třeba vůbec omezování nejsou, protože samozřejmě začnou léky užívat per os. [...] Pak jsou pacienti, kteří jsou opravdu farmakorezistentní, to znamená, že na léky nereagují pořádně, aplikace má minimální účinek a je potřeba víc používat mechanické omezení v takových extrémních situacích“ (Pracovnice 2).

Z hlediska Pacienta 15 „je výhoda, že vám hned dají uklidňující injekci a spíte do té doby, kdy vás propustí od těch kurtů.“

2.2.4 Uspokojování biologických potřeb během omezení

Uspokojování biologických potřeb, zejména vyprazdňování během kurtace či v uzamčeném pokoji bez toalety, bylo problematické a navíc obvykle souviselo s pocitem ponížení a nedůstojnosti pacientů během omezení. Na jednom oddělení jsme zaznamenali cévkování kurtovaného pacienta, jinde pacienty díky pravidelným kontrolám dovedli v případě potřeby na WC, případně donesli „bažanta“, ale řada pacientů popisovala, jak se museli dovolávat či doklepávat.

„Tam řvete, oni někdy přijdou, někdy nepřijdou, záleží na tom, jak často řvete. Jo, když řvete moc, že potřebujete pít, jít na záchod častokrát, tak prostě přestanou chodit. Tak najednou potom řeknou: ,toho necháme, ať se vyřve‘, a nechají toho člověka prostě v nedůstojné poloze, svázaného, aniž by mu přinesli nějakého bažanta, když potřebuje na záchod“ (Pacient 2).

Pacientka 3 potvrzuje, že záleží na míře, s jakou vyžaduje pacient pozornost personálu - na jednom oddělení „nebyl problém“, ale jinde „jsem jim tam čůrala do rohu, protože mě nepustili na záchod“. Někdy se stane, že se pacient pomůže, protože si zapomene říci, když ho personál kontroluje, nebo „nikoho nezajímá, že potřebujete na záchod“ (Pacient 14). Pracovníci argumentují tím, že pravidelně pacienty kontrolují a ptají se, dívají se na kamery (pokud je na oddělení mají), ale z některých pokojů není na sesternu ťukání slyšet a kamery nemívají mikrofony, takže musí poznat vizuálně, že pacient potřebuje na záchod.

2.2.5 Prožívání použití omezovacích prostředků

Velká část pacientů zkušenost s omezením popisovala slovy „ponížení, strach, muka, strašný, nepříjemný zážitek, bezmoc“.

„chtěli, abych si svlíkla oblečení a vzala si to jejich místní pyžamo. [...] Mě nutili a já jsem si to tam před nimi nechtěla svlékat, já nevím, jestli to byli dva nebo tři chlapi a jenom jedna žena, která se ale nechovala moc žensky. Já v ten moment, jak jsem vystresovaná, tak většinou ani nevnímám ty obličejy a radši se na ty lidi ani nedívám, protože z nich mám hrozný strach. Jak jsem byla vyděšená, tak oni, jak mě nedonutili, abych si to sama svlíkla, tak ze mě začali proti mojí vůli stahovat oblečení, a pak to bylo takovým způsobem, že jsem byla připoutaná. Vlastně jsem měla připoutané nohy a ruce a zdálo se mi, že mi stahují i kalhotky, a to už jsem se teda rozbřečela, protože už jsem fakt měla pocit, že to snad není možný, aby mě, pokud já jsem někoho nezranila... Ani sama sebe jsem nezranila. Ani se nechovám nějakým způsobem psychoticky. Jenom jsem nechtěla brát ty léky. Chtěla jsem si s někým popovídat a chtěla jsem vedle sebe mít někoho známého, někoho z rodiny a nějaký kamarády. Tak pokud oni se mnou můžou zacházet tímhle způsobem, tak jsem prožívala takový muka, jako kdybych opravdu byla někde na samotce ve vězení, a v podstatě pokud by po mně nechali lézt krysy a pavouky, tak já už bych se nebála víc. Protože pro mě bylo největší ponížení to, když mě někdo mohl svlíknout a připoutat ruce i nohy a já jsem se nesměla pohnout. A toto bych opravdu nepřála nikomu, žádnému člověku. Ani zvířeti bych to nepřála, tohle“ (Pacientka 5).

Jsou pacienti, co si o omezení sami požádají a vnímají ho pozitivně – Pacient 11 v této souvislosti použil výraz „bezpečí“, neboť má obavy z toho, že by bez ochranných pásů ublížil sobě nebo někomu jinému.

Z výpovědí některých pacientů vyplývá, že z omezovacích prostředků lépe snáší pobyt v uzamčené místnosti a hůře kurtování. Pacientka 13 naopak považuje za traumatizující „být sám se sebou na izolační místnosti a nemoci v akutní fázi s kýmkoli komunikovat“.

Pacient 15 zažil omezení v síťovém lůžku:

„Protože aby mě zavírali do nějaké klece nebo co to bylo za blbost, nebral jsem to prostě moc dobře. [...] Jak jsem byl naštvaný, tak jsem tu klec převrátil, takže spadla na bok a mě zkurtovali. [...] A to bylo nepříjemný.“

Někteří pacienti vnímají a rozlišují, jak který pracovník omezení provádí. Jsou, často až zpětně, schopní připustit, že bylo omezení nezbytné a v některých případech (zejména u sebepoškození) život zachraňující, ale jsou současně velmi citliví na neoprávněné omezení, které popisují jako křivdu.

Podstatný může být zážitek z omezení hlavně pro pacienty, kteří jsou poprvé hospitalizováni na psychiatrii (což byl i případ Pacientky 5). Pracovník 6 poukazuje na možná rizika:

„jestli toho člověka, pokud byl poprvé na psychiatrii, netraumatizovali tím, že byl takhle omezený, tak nějak ponížený, jestli se v tom člověku neprohlubuje nějaký odpor k psychiatrii.“

Personál nejčastěji uváděl, že jde o to provést vše rychle, a proto na své emoce nemyslí. Někteří jednotlivci otevřeně připustili, že mohou během omezování cítit vztek na člověka, který se choval nemorálně, nebo naopak prožívají lítost, převážně u sebepoškozujících se pacientů. Pracovnice 7 svůj prožitek popsala jako „adrenalinový sport“. Omezování „s klidným srdcem“ vnímá Pracovník 9 u pacientů, kteří se sebepoškozují. Zkušenost s kurtováním vnímá jako traumatickou Pracovník 10, který zažil omezení v rámci sebezkušenostního zaškolení. Jeho zkušenost mu pomohla se do pacientů vžít:

„mnoho těch psychotických pacientů to vnímá jako neskutečnou křivdu, protože oni nevnímají to, že jsou nemocní, a oni v podstatě vnímají mnohdy, že my máme patologické chování, že oni se chovají lépe než my. Zkrátka bylo to hodně poučný.“

Pracovník 6 potvrzuje, že může dojít k unáhlenému použití omezovacích prostředků, které následně pacient může vnímat jako křivdu:

„Nedávno jsem mluvil s jedním pacientem na ambulanci a on si vzpomněl na jeden zážitek, že byl na takovém tom pípu² a vedle něj byl nějaký zmatený člověk, něco tam drmolil, a tak on vstal ze své postele, šel se na něho podívat, co říká, a doběhl personál. On byl v omezení a samozřejmě, že když je někdo v omezení a ten druhý pacient na něj šahá, tak ho ohrožuje, a to už je důvod, aby byl také v omezení. A skončil v omezení.“

2.2.6 Svědci omezení

Další pacienti vzhledem k prostorovému uspořádání a vybavení oddělení často slyší lidi v omezení.

„Ta postel je sice připevněná k zemi, ale je to kov. Takže když se ten člověk vzepřel, tak to bouchlo. Je slyšet pohyby toho člověka, který je spoutaný“ (Pacient 2).

Omezení více lidí v jedné místnosti, kdy na sebe vzájemně vidí, je dalším popisovaným nepříjemným zážitkem. Zkušenost z omezení umocňuje i prostředí, v němž k němu dochází, pacienti mluvili o místnosti s oknem do sesterny jako o „akváriu, terárku či kukani“.

„že je ten jedinec nějakým způsobem pozorován nebo analyzován, a myslím si, že to může zhoršovat stav té psychózy“ (Pacientka 6).

² pokoj intenzivní péče

2.2.7 Pravidla a povinnosti personálu spojená s omezením pacienta

Ošetřovatelský personál může omezit pacienta i v případě, že jeho konání k ohrožování druhých nebo sebe směřuje. Vždy musí minimálně zpětně kontaktovat lékaře, který postup schválí nebo ne. Situace, kdy lékař zpětně povolí omezení pacienta, nejsou dle výpovědí řídkým jevem, neboť lékař může být aktuálně nedostupný, například mít na starost více oddělení najednou. Podle Pracovnice 7 je nadužívání omezovacích prostředků minulostí: „*dřív se to dalo pěkně zneužívat*“, dnes podle ní existuje řada kontrolních mechanismů, například administrativa lékařská i středního zdravotnického personálu, kontroly. Pracovnice 5 to potvrzuje: „*Myslím si, že to má jasná pravidla, viz administrativní zápisy, a nijak se toho nezneužívá.*“ Pracovník 10 však vnímá i negativa narůstající administrativy: „*ta administrativa nás chrání, ale ubírá nám v podstatě čas u pacienta.*“ Množství dokumentace a pravidel spojených s omezením pacienta může sloužit jako externí korekce počtu omezení: „*Pro nás ta kurtace je horší, jsou to pravidelnější kontroly, víc práce pro všechny*“ (Pracovnice 14).

Shrnutí

Ve výpovědích pracovníků je možné identifikovat tendenci posuzovat nutnost a způsob použití omezovacích prostředků v závislosti na tom, k jakému typu pacienta zařadí. Z hlediska personálu se jeví jako důležité, zda projevy pacienta přisuzují jeho nemoci, nebo je-li pacient vyhodnocen jako člověk, který si své obtíže zavinil sám nebo někomu ubližoval. Dle výpovědí dotazovaných dále ovlivňuje šetrnost při provedení omezení, ale i jeho předcházení, počet pracovníků.

Co se týká zranění způsobených v průběhu užití omezovacích prostředků, zmiňovali někteří pacienti modřiny jako důsledek použití ochranných pásů nebo popisovali hrubé chování personálu. Pracovníci zase mohou z tohoto důvodu odcházet z oddělení.

Na délku použití omezovacího prostředku může mít vliv nejen stav pacienta a jeho reakce na farmakologickou léčbu, ale i kapacita daného oddělení.

V otázce prožívání spojeného s omezováním (zejména ochrannými pásy) se všichni dotazovaní v různé míře shodují na tom, že omezení pacientů není příjemnou událostí pro nikoho ze zúčastněných. To, jak na omezení zpětně nahlížíjí pacienti, úzce souvisí s tím, do jaké míry chápou omezení jako potřebné nebo spíše nespravedlivé, či dokonce kruté svým provedením. Někteří dotazovaní v této souvislosti hovořili o krátkozrakosti kvapného použití omezovacích prostředků v situaci, která se dala řešit i jinak. Je možné, že negativní zkušenost s omezením v důsledku ovlivní vztah k psychiatrické péči jako takové. Prožitek dehumanizace byl často spojován zejména s uspokojováním biologických potřeb pacientů během omezení. Lidskou důstojnost snižovala také přítomnost dalších svědků omezení.

2.3 Co se děje po ukončení použití omezovacího prostředku

O ukončení omezení rozhoduje lékař. Řídí se přitom zhodnocením změny v chování pacienta a posouzením pravděpodobnosti toho, že dojde k problému. Posuzuje nutnost pokračovat v omezení. Pracovnice 5 to popisuje takto: „*jestli má napnuté tělo, jestli už je uvolněný a prostě už je takový v pořádku.*“ K ukončení omezení na izolaci může dojít i z velmi pragmatických důvodů – kvůli potřebě omezit jiného, „akutnějšího“ pacienta. Toho si všimají i pacienti: „*pustili mě, protože potřebovali prostor*“ (Pacientka 3).

Po ukončení omezení může a nemusí dojít k rozhovoru mezi pacientem a pracovníky o tom, co se dělo. Téměř polovina z dotazovaných pacientů odpovídala, že s nimi nikdo o důvodech či průběhu použití omezovacích prostředků po jejich ukončení nemluvil.

„Nikdo to se mnou neprošel. Za celou dobu se mě nikdo neptal na to, co ve skutečnosti cítím“ (Pacient 2).

Někteří o rozhovor po omezení ani neprojeví zájem.

„Ne, to jsme se nebavili s nikým. Ani jsem to nikde neříkala. Brala jsem to jako nějakou uzavřenou kapitolu, nechtěla jsem to“ (Pacientka 6).

Pacient 16 uvedl, že rozhovor proběhl na základě jeho vlastní iniciativy. Další dotazovaní pacienti s lékařem po ukončení omezení mluvili. Podle názoru Pacienta 12 je však tento typ komunikace jednosměrný, neboť neměl pocit, že by byl vyslyšen, když považoval omezení za nespravedlivé, přestože mu lékař důvod použití omezovacího prostředku vysvětlil (terénní poznámky). Někteří se explicitně k tomuto tématu nevyjádřili. Pacientka 13 vidí smysl v rozhovoru již během omezení:

„Myslím si, že v průběhu omezení by někdo měl mít čas na pacienta a snažit se s ním mluvit hned a ne až po omezení.“

Odpovědi pracovníků se lišily, mimo jiné v závislosti na typu oddělení, na němž pracují. Někteří pracovníci akutních příjmových oddělení argumentovali tím, že pacienti nebývají bezprostředně po omezení schopni důvody akceptovat a chápat, často se k nepříjemné situaci ani nechtějí vracet. Pracovníci proto v případě zájmu o rozhovor ohledně důvodů k omezení očekávali iniciativu ze strany pacientů.

„Když ten stav je pořád neuspokojivý, [...] se s ním třeba nedá moc komunikovat, nějak rozumně, [...] když je dlouhodobě mimo realitu, [...] tak v tu chvíli to nepovažuji za úplně plnohodnotný, s ním zabředávat tenhle rozhovor. [...] Až když třeba uplyne týden, čtrnáct dní a vidím, že to je lepší, [...] a oni třeba řeknou, že vůbec nic neví. A já mu třeba říkám, jak se choval nebo co se dělo, a on tomu třeba nevěří vůbec. Nebo má jenom nějaký útržky. A ještě to vysvětluje po svém, tu situaci. Že to tak nebylo. Tak se s nimi člověk nedohaduje, popíše tu situaci a je to na nich, jak to přijmou“ (Pracovnice 4).

Právě z uvedeného důvodu se někteří pracovníci domnívají, že je třeba situaci s pacienty probrat až na oddělení, kam bude pacient následně přeložen, „kde je na to prostor“ (Pracovnice 2). Navíc pracovníci spoléhají na své kolegy, od nichž očekávají, že by měli pacienta „konfrontovat“ s tím, jak se choval na příjmovém oddělení.

„Když přijdou na jiné oddělení, tak se nám tam snaží namluvit, že se vlastně nic nestalo, že to vlastně bylo docela v pohodě a že už chtějí jít domů. Je potřeba s nimi projít dokumentaci a konfrontovat je s tím. [...] protože to je součást práce na tom náhledu“ (Pracovnice 2).

Pracovnice 14 deklarovala, že by pracovníci měli s pacientem po omezení situaci probrat. Stejný postup potvrzují i další pracovníci. Situaci s pacientem podle svých slov probírají s cílem pracovat na náhledu (Pracovnice 2 a 3), rozhovor po uvolnění pacienta z omezení považují za standardní postup (Pracovníci 5, 10 a 19) a Pracovnice 5 dokonce považuje rozhovor za naprosto zásadní pro další smysluplnou spolupráci:

„Já si myslím, že když se s ním o tom bude mluvit a nějakým způsobem se mu to [...] vysvětlí, tak to ten člověk je schopný pochopit. [...] A občas paradoxně za to skoro poděkují, jsou rádi, že vlastně v tu chvíli by si o tom sami nerozhodli, ale když to hodnotí zpětně a ví, co se událo, tak nejsou nazlobení, že

by nám to třeba narušilo vztah. Ale myslím si, že je nutné o tom mluvit, co se stalo, nenechávat to vyhasnout nebo dělat, že se nic nestalo.“

Shrnutí

Z úst pacientů zaznělo, že se někteří nechtějí k nepříjemné události omezení vracet, proto nemají zájem o následný rozhovor, nebo mají pocit jednostrannosti, kdy lékař řekne své stanovisko, ale nevyslyší to jejich. Někteří by uvítali možnost rozhovoru již v průběhu omezení.

Někteří pracovníci považují rozhovor a vysvětlení důvodů, proč použili omezovací prostředky, za důležitý moment v udržení si pacientovy důvěry. Jiní pracovníci rozhovor po omezení vidí jako prostředek k práci na náhledu pacienta na nemoc. Další uvádí, že na akutním oddělení nevidí v takovém rozhovoru smysl. V případě zájmu o rozhovor očekávají aktivitu na straně pacienta.

2.4 Vztahy mezi personálem a pacienty

Na pomyslné ose vztahu pracovníků k pacientům se lze pohybovat od pólu neosobního, rutinního hovoru o pacientech: „*Některé ty diagnózy mi poděkují*“ (Pracovnice 19), až po velmi osobní vyjádření zájmu o pacienty: „*se s někým obejmu nebo že si s někým tady dám kafe, nevím, jestli si někdo dává kafe se svým pacientem*“ (Pracovník 9).

Někteří pracovníci v otázce vztahu s pacienty zmiňovali dilema partnerského a direktivního přístupu:

„já si nemyslím, [...] že mám právo rozhodovat o životě druhého člověka, to znamená o úpravě medikace, všechny možné věci, které se ho týkají, to by měla být týmová práce. Zároveň jsem si ale vyzkoušela, že jenom čistě partnerský vztah nejde, protože někteří pacienti potřebují jasně nastavitelná pravidla a musí zase vědět, že lékař je nějaká autorita a měl by ho aspoň bazálně respektovat. To nejde ani jedno, musí to být nějaký střed, v něčem to musí být jasně nastavené a v něčem to musí být partnerství, a to je to navázání vztahu podle mě a tím i líp ten pacient spolupracuje, když rozumí, proč užívá tyto léky, proč se mu to změnilo, proč něco takhle prožívá a podobně. Já si myslím, že všechno je to o tom, si to vykomunikovat s tím člověkem“ (Pracovnice 5).

Pacientka 5 má zkušenost s přístupem, který vnímala jako mocenský a který v ní vyvolal pocity bezmoci a strachu:

„Napsala mi léky, aniž by to se mnou konzultovala. V podstatě všechno potom se dělo beze mě, bez mého vědomí, bez mého souhlasu. [...] tam bylo napsáno, jaké všechny důvody jsou pro nedobrovolnou hospitalizaci. Tam to bylo, pokud ohrožuju sama sebe, což jsem neohrožovala, pokud ohrožuju někoho jiného, což jsem neohrožovala, nebo pokud mám nějakou závažnou psychickou poruchu, což jsem taky neměla pocit, že bych měla. Takže mi přišlo, že mě tam drží neprávem, a to mě děsilo. Mě děsilo, že je možnost, že někdo, jeden člověk může rozhodnout o tom, že mám nějaký problém a že jsem pro něco, pro někoho asi ohrožením i když to tak vůbec není ve skutečnosti. Protože jak si asi představujete, čím já koho ohrožuju.“

Někteří pacienti popsali násilné chování personálu spolu s přesvědčením, že s tím nelze mnoho dělat.

„Jsou tu lidi, kteří jsou mlácení od ošetřovatelů, když dělají bordel, tak je pleskají na tvář. [...] Paní primářka by tomu nevěnovala pozornost. Pro ni jsme jenom pól“ (Pacient 19).

Jiní mluvili o hierarchické struktuře na oddělení.

„je tady lékař, kterého vlastně téměř nevidíme, v rámci vizity je to pěti nebo třiminutový rozhovor, a potom s ním nemáme žádný kontakt. Pak je tady zdravotnický personál, který samozřejmě má hodně

starostí, já tomu rozumím, ale občas tam hodně vyvstává ta hierarchická struktura, se kterou já osobně nesouhlasím. Já si myslím, že by to mělo být víc o nějakém partnerství, vzájemnosti, nějakém dejme tomu vedení“ (Pacientka 6).

Pacientka 13 zmínila jednostrannou komunikaci, kdy jí nebylo příjemné ukazovat obrázky z arteterapie a vysvětlovat lékaři, co se na obrázku děje, aniž by od něj dostala jakoukoli zpětnou vazbu (terénní poznámky).

K samotnému vztahu po zážitku z omezení se vyjádřil například Pacient 12: *„nějakou dobu se nebavím s tím, kdo mě kurtoval“*. Na druhou stranu Pacient 15 má pochopení pro jednání personálu vzhledem ke svému předchozímu chování: *„Já bych to řešil stejně, se mnou.“* Pacient 21 upřednostňuje mechanické omezení před medikací, takže omezení podle něj nemělo vliv na vztah s personálem. Někteří pacienti měli z péče dobrý pocit i přes zážitek s omezením: *„Tady jsou hodní. Nic. Já s nimi nemám problém“* (Pacient 20).

Shrnutí

Pacienti vztah s personálem vnímají převážně jako určený hierarchickým uspořádáním a mají často pocit, že jsou na rozhodnutí personálu závislí, necítí se být vyslyšeni a respektováni. Pacientům chybí zájem a prostor pro partnerský rozhovor ze strany personálu. Na druhé straně někteří pracovníci považují vztah s pacientem za důležitý, stejně jako podíl na rozhodování o léčbě a určitou formu partnerství. Zároveň poukazují na dilema, kdy čistě partnerský přístup k pacientům nemusí být žádoucí a je třeba nastavit pravidla.

3 Omezení svobody a „malá omezení“

3.1 Omezení svobody

I když se náš výzkum zaměřil především na omezovací prostředky, ukázalo se brzy, že jsou zároveň pevně spjaty s pobytem na uzavřeném oddělení. Tento pobyt v sobě zahrnuje celou škálu různých omezení nebo možnost jejich aplikace. V první řadě je to omezení svobody jako takové, tedy nemožnost opustit nemocniční oddělení bez souhlasu personálu.

Na odděleních, kde jsme realizovali výzkum, jsou pacienti zpravidla umístěni nedobrovolně. Zdravotnické zařízení má povinnost oznámit nedobrovolné převzetí pacienta do 24 hodin soudu. Soud pak musí do 7 dní od začátku hospitalizace rozhodnout o tom, zda k nedobrovolnému převzetí došlo v souladu se zákonem.

Takto to ze svého pohledu popsala Pacientka 6:

„Tady jsem byla umístěna na uzamčený pokoj a vlastně omezena v tom směru, že jsem nemohla ven, kdy jsem chtěla, nemohla jsem kontaktovat své blízké, neměla jsem přístup třeba ke stravě, kterou bych chtěla jíst. A v zásadě, třeba v mém případě jsem omezená i tím, že nemůžu vůbec ven. To si pamatuju při první hospitalizaci, nevím přesně časově, jak dlouho, ale že jsem tady byla hrozně dlouho bez toho, abych se mohla dostat ven, třeba se jít projít nebo si jít zaběhat. A to bylo hodně tísnivé. A teď se to v zásadě opakuje.“

Náš výzkum se cíleně neptal, jak přesně probíhá proces rozhodování soudu o oprávněnosti nedobrovolného převzetí. Zachytili jsme nicméně pochybnosti některých pacientů o nezávislosti tohoto řízení.

„To probíhalo tak, že vyšší soudní úřednice přijde, nechá si sáhodlouze vyprávět nebo máš už od lékaře vypsanou nějakou sáhodlouhou zprávu o tom, proč je ta ne úplně dobrovolná hospitalizace nutná, s námi promluví tak dvě až tři minuty. A potom odchází a už je jasný, že ta nedobrovolná hospitalizace je tam. Tady jsem dokonce viděl, jak si už vyšší soudní úřednice tyká s vedoucím lékařem. [...] Oni se znají, dlouhodobě spolu spolupracují, vůbec se tady ta vyšší soudní úřednice nemění. To znamená první, co bych udělal, vyhodil bych vyšší soudní úřednici a udělal pořádek v tom, jak ona jedná. Ona by měla být nezaujatá, a když si poklonkuje a tyká s lékařem, tak prostě nemůže být nikdy nezávislá“ (Pacient 2).

Nedobrovolnost pobytu na oddělení vytváří rámec všeho, co se tu odehrává. Několikrát jsme byli svědky toho, jak někteří pacienti žádali o přezkum svého zdravotního stavu nebo právní pomoc. Na to pracovníci nereagovali přímo odmítavě, spíše ale doporučovali pacientům, aby si tyto věci řešili sami nebo ve spolupráci s rodinou.

Právně existuje rozdíl mezi nedobrovolnou hospitalizací a nedobrovolnou léčbou. Pokud pacient nemá soudem uložené ochranné léčení nebo není v tomto ohledu zbaven svéprávnosti, měl by vždy s léčbou vyslovit souhlas. To neplatí v situacích, kdy se jedná o neodkladnou léčbu. Takto ostře oddělené to ale všichni lékaři nevnímají.

Výzkumník: „Nevím, myslím, že je rozdíl mezi nedobrovolným přijetím k hospitalizaci a mezi situacemi, kdy vy můžete v konkrétních případech vynutit medikaci?“

Respondent: „Myslím, že ne. My tady dostáváme zpětnou vazbu od soudu, jestli je náš postup správně nebo není a je to více méně potom hodně na nás“ (Pracovnice 2).

Propuštění či přeložení na oddělení s mírnějším režimem bylo také jedním z ústředních témat krátkých rozhovorů při vizitách, které jsme mohli absolvovat:

Lékař pacientovi připomíná, že měl hlasy, byl zmatený a paranoidní. Pacient se ptá na možnost přemístění na jiné oddělení. Lékař: „Musíme vidět, že spolupráce jde.“ (terénní poznámky)

V míře omezování na oddělení je vždy určitá hierarchie a uplatňuje se i princip postupného uvolňování. Na jednom z navštívených oddělení se z uzavřené místnosti a omezení v lůžku pravděpodobně nejprve dostanete na pokoj monitorovaný kamerami a až následně na běžný pokoj. Propuštění či přeložení je potom posledním krokem na této pomyslné škále.

3.2 „Malá omezení“ v režimu uzavřeného oddělení

Pacienti spontánně mluvili o celé škále různých režimových opatření, jako je ne/možnost kouřit, ne/možnost používat mobilní telefon či jít na vycházku na zahradu. Nejedná se o omezovací prostředky vymezené zákonem, proto je v tomto textu označujeme jako „malá omezení“. Nicméně tato omezení pacienti, se kterými jsme mluvili, vnímali velmi ostře. Pravidla jsou na odděleních většinou dostupná v písemné podobě. Všimli jsme si, že často obsahují různé výjimky, či dodatečné schválení ze strany personálu.

Nápis na nástěnce: „Pacienti Psychiatrické nemocnice mají nárok denně na nejméně 1 hodinu pobytu ve venkovním prostředí, nerozhodne-li lékař jinak. O pobyt ve venkovním prostředí můžete požádat personál tohoto oddělení.“

Obdobných příkladů pravidel, jejichž uplatňování ovlivňují pracovníci, jsme zaznamenali celou řadu. Třeba používání mobilního telefonu je na jednom oddělení povoleno denně na vymezenou dobu. Při vstřícnosti personálu tato doba může být delší. Dalším pravidlem na oddělení je, že kouření povoluje

lékař. Kouření se musí odehrávat v kuřárně, ve vyhrazené denní době a připálení cigarety musí provést pracovník středního zdravotnického personálu.

Dá se říci, že pravidla platí v obecné rovině, ale při jejich uplatňování je to velmi často personál, kdo rozhoduje o jejich aplikaci či míře jejich naplnění. Některá z těchto pravidel mají povahu zvyklostí (zamykání pokojů přes den, pobyt venku za pěkného počasí aj.).

O těchto „malých omezeních“ jsme mluvili hodně s personálem i pacienty. Pracovníci nám vysvětlovali, proč jsou tato pravidla důležitá. Odebrání mobilního telefonu zdůvodňovali tak, že pacienti by si mohli uškodit třeba tím, že by v akutním stavu komunikovali se zaměstnavatelem. Dalším důvodem bylo umožnit rodinným příslušníkům si odpočinout. Pracovníci také mluvili o tom, že je komplikace, když pacient zavolá například na policii a oni to potom musejí vysvětlovat. Pravidlo o omezeném přístupu k telefonu bylo na oddělení uplatňováno paušálně. Pracovníci nepovažovali za reálné v této věci uplatnit více individuální přístup.

Pacienti popisovali situace, kdy jsou tato „malá omezení“ používána personálem jako prostředek k ovlivnění chování.

Respondent: „Třeba je tady slečna, která zná svoje práva, takže nejí léky, ale za to, že nejí léky, tak jí nechtějí dávat cigarety.“

Výzkumník: „To je takový jako nepsaný pravidlo...“

Respondent: „Že pokavad' neposloucháte, tak jste na něčem omezen“ (Pacientka 7).

Trochu jinak, ale zároveň podobně o tom mluví pracovníci. Jeden z nich vnímá umožnění kouření jako odměnu, ale hlavně jako krok, který může pomoci získat důvěru pacienta po omezení.

„když vidí, že po tom omezení ho tam nenecháváme úplně ladem, nabídneme mu, když je už spolupracující, pokud je třeba kuřák, že může na cigaretu s dohledem nebo tak. Takže vidí náš vstřícný krok a věří nám, že to bylo nezbytně nutný, třeba to omezení v lůžku“ (Pracovník 21).

Tedy stejně jako existují malá omezení, existují i „malé vstřícnosti“, které pracovníci mohou využívat pro navázání kontaktu.

Pacienti jsou na personálu závislí i ve zdánlivých drobnostech, jako je možnost opustit zamčený pokoj a jít vykonat potřebu.

„To je otázka na každého zaměstnance jiná. Ale když už teda přišla na třetí, čtvrtý zatukání, tak opravdu nebyl problém na záchod nebo takhle. Což zase musím přirovnat s [název zařízení], kdy jsem jim tam čůrala do rohu, protože mě nepustili na záchod“ (Pacientka 3).

„A to je tak ponižující, že se musíte vyčůrat do nádoby, ze které pijete. Jinak bych musela na zem. A to jsem teda udělat nechtěla, abych nebyla za toho magora, co chčije někde v rohu“ (Pacientka 7).

I toaletní papír je k sehnání pouze na sesterně, což může být vnímáno jako ponižující.

„A mně vadí třeba to, že mě tady stresují, že už telefonuju moc dlouho, že mi ten mobil už seberou. To je pro mě hrozně nepříjemný. Když chci jít na záchod, tak toaletní papír je tady na sesterně. Takže já musím jít na sesternu. Tak dělám aspoň to, že si odmotám větší množství a něco si někde schovám, abych nemusela pokaždý pokoutně jít pro toaletní papír na sesternu“ (Pacientka 5).

„Malá omezení“ jsou součástí vyjednávání, součástí toho, jak pracovníci mohou ovlivňovat chování pacientů. V tomto ohledu jsou to ale prvky souměřitelné s omezením svobody jako takové.

Propuštění i malé svobody či komforty jsou něčím, co pacienti (většina) chtějí, a pracovníci s tím takto také pracují.

Shrnutí

Používání omezovacích prostředků probíhá nejčastěji v režimu nedobrovolné hospitalizace, kdy je svoboda pacientů výrazně omezena. Kromě omezovacích prostředků jsme popsali i řadu dalších aspektů, které pacienti vnímají jako omezující. Omezovací prostředky jsou součástí spektra „větších“ (nedobrovolná hospitalizace) a „menších“ omezení. Tento rámec možných omezení a jejich uvolňování je také nástrojem pracovníků k ovlivnění chování pacientů. I když je tedy používání omezovacích prostředků právně výjimečným opatřením, z pohledu pacientů je v úzké souvislosti s jevy, které také chápou jako výrazně omezující.

4 Různost pohledů

Při rozhovorech a psaní o omezovacích prostředcích jsme nutně naráželi na odlišné, místy těžko slučitelné výpovědi různých aktérů. Odlišné jsou ovšem nejen pohledy, ale i postavení v situacích, které aktéři zažívají. Postavení pracovníků a pacientů je poměrně výrazně asymetrické. Nechceme tím říct, že pracovníci jsou všemocní a pacienti zcela bezmocní. Ale základní situace je taková, že jedni dočasně nemohou opustit lůžkové zařízení, zatímco druzí na stejném místě vykonávají svou profesi, za niž jsou placeni. Mají klíče od řady uzamykatelných dveří a využívají kamery a přímý vhled do některých pokojů pacientů, jejichž soukromí je v důsledku toho minimální.

Pracovníci a pacienti jsou dvě jasně odlišitelné, různě privilegované skupiny našeho výzkumu. To by nám ale nemělo bránit vnímat i různé pohledy, názory a zkušenosti uvnitř těchto skupin aktérů. Pracovníci na uzavřených odděleních, kde jsme výzkum realizovali, se liší profesní průpravou, délkou praxe a často také tím, jak rozumějí situaci na svém pracovišti.

Naše pozice výzkumníků musí být také reflektována. Jsme totiž třetí aktérskou skupinou, která se účastnila výzkumu. Je proto důležité reflektovat, s jakým pochopením a záměry jsme do výzkumu vstupovali.

Situaci v oblasti používání omezovacích prostředků na psychiatrii a související debatu vnímáme jako kontroverzní. Setkáváme se s velmi silnými názory – „omezování je v každém případě špatným postupem, jedná se o pošlapání lidských práv“ i „omezování je zcela v pořádku a vždy se bude dít, nedá se nic změnit“.

Je pro nás zcela zásadní přistupovat korektně ke všem účastníkům výzkumu. V základě našeho přístupu je respekt a snaha pochopit, jak a proč se situace omezování odehrávají, jak jim lidé, kteří se jich účastní, rozumějí. V rámci tohoto přístupu se snažíme nečinit rychlé závěry, poslouchat vyprávění a hledat určitou logiku toho, jak aktéři v konkrétních situacích jednají.

Setkávání s různými těžko slučitelnými pohledy účastníků výzkumu pro nás byla provokující skutečností a výzvou. Jak máme vypovídat o něčem, na co se názory a pohledy tak moc liší? Máme být soudci, kteří se přikloní na jednu, nebo na druhou stranu? Máme se spíše přiklonit na stranu pracovníků, kteří pracují s velkým nasazením, musejí se mnohdy rychle rozhodovat, reagovat na nečekané situace a mají často mnoholeté zkušenosti? Nebo máme vzít více v potaz situaci a promluvy pacientů, kteří popisují mimo jiné i traumatické zkušenosti, dehumanizaci a strach? I oni mají často mnoholeté zkušenosti s psychiatrickou péčí.

A konečně, pokud se budeme snažit o vyvážený pohled, který bere maximálně v úvahu obě skupiny a jejich logiky jednání, lze to udělat věrohodně? Nebude nakonec naše zpráva odmítnuta pracovníky i pacienty?

V tomto textu se pokoušíme nahlédnout praxi související s omezováním jako do značné míry oddělené proudy patientského a medicínského konání a myšlení. Ty se snažíme popsat se zvláštní pozorností k momentům, kde se míjejí a kde potkávají.

Ovšem dělení účastníků výzkumu na pacienty a pracovníky může mít i značné limity a není jediné možné. Možná stejně dobře bychom mohli vyprávět o lidech (pacientech a pracovnících), kteří omezování vnímají jako vždy správné a nutné, a o těch pacientech a pracovnících, kteří mluví kriticky a jsou více ochotni zpochybňovat to, co se dělo a děje.

4.1 Konkrétní různosti, vyjednávání o pravdě

Různost pohledů, obtížnost spolupracovat, shodnout se na tom, jak se věci vlastně staly a jaký je vhodný další postup, je pracovníky vnímaná jako součást toho, co se na uzavřených odděleních odehrává. (Zároveň je třeba říci, že dokonalá shoda se běžně neobjevuje ani obecně, v různých životních situacích a kontextech.) Pro spolupráci často stačí shodnout se alespoň na něčem.

Neshody se objevují v těchto oblastech:

- Jak došlo k hospitalizaci: Co jí bezprostředně předcházelo, jak probíhal příjem, jak nutné bylo použití omezovacích prostředků.
- Co se děje v současnosti: To se týká především samotného pobytu na uzavřeném oddělení a také nutnosti a přiměřenosti léčebných postupů (především farmakoterapeutických) a různých větších i menších omezení.
- Jaký je vhodný další postup a vývoj: Co je pro pacienta vhodné, aby v budoucnu dělal, případně čeho se má zdržet.

Spory o to, co je pravda, se tedy týkají minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Ale o všech se vyjednává v současnosti na uzavřeném oddělení. A míra shody má vliv na to, kdy bude pacient propuštěn nebo přeložen na jiné oddělení.

Shodnout se na pravdě se přitom mnohdy nedaří.

Respondent: „Snažíme se jim říct náš úhel pohledu, teď si vymyslím příklad, pán je tady po osmý, ty situace se hodně opakují, třeba psychotický projevy se objevují znovu, vzniká relaps toho onemocnění, tak my se je snažíme motivovat v tom, že co se dělo předtím několikrát, vysvětlit jim to, ale většinou to nepadá na úrodnou půdu. Oni, no... Je to náročný.“

Výzkumník: „Že si nepamatují třeba nebo...“

Respondent: „No, nebo to bagatelizují, zlehčují, vysvětlují si to po svém. Takže moc ten náhled, moc se to nedaří, si myslím“ (Pracovnice 4).

To, že pacienti v nějakém okamžiku souhlasí s pracovníky, ale vůbec nemusí znamenat, že se následně budou chovat podle jejich představ.

„edukujeme pokaždé, musíte brát léky, budete třeba na minimálních dávkách léků, s kterými jste schopni fungovat. I případně v práci, v rodině, ale oni všechno odsouhlasí, pak vyjdou ven a první co je, protože pak to zas třeba zpětně vidíme v těch příjmových epikrýzách, že přestal brát léky během

pár dnů a postupně se ten stav zhoršoval, pak si vzal nějakou návykovou látku a už to jelo zase znova“ (Pracovník 21).

Když pracovníci mluví s pacienty o tom, co se dělo, mohou mobilizovat celou škálu zdrojů. Může se jednat o různá somatická vyšetření, která určí například ne/přítomnost léku či drogy v moči nebo krvi, zprávy od policie nebo záchranné služby. Dalšími zdroji jsou zprávy o chování pacientů od členů rodiny. Kromě toho je vedena zdravotnická dokumentace i přímo na oddělení. Veškerá tato dokumentace může být také použita pro případné kontrolní návštěvy.

Naproti tomu pacienti mají poměrně omezené možnosti. Situace, které předcházely nedobrovolné hospitalizaci i omezení, si někdy vybavují obtížněji. Nemohou svou představu o tom, jak se věci staly, většinou nijak doložit. Výjimkou byly modřiny, které nám někteří ukazovali jako důkazy krutého zacházení (viz kapitola Zranění).

Pokusili jsme se poukázat na některé oblasti, ve kterých se často pracovníci s pacienty neshodnou, a o kterých se během pobytu na uzavřeném oddělení vyjednávají. Ne vždy vede jednání ke shodě, zůstávají odlišné názory a tvrzení o tom, co bylo, je a má být.

4.2 Racionalita používání omezovacích prostředků

V tom, jak o omezování mluví pracovníci, lze rozpoznat několik základních prvků, které vytvářejí konkrétní logiku či racionalitu omezování.

1. Omezování je reakcí na chování pacientů. Jeho cílem je zajistit bezpečí pro pacienta nebo jeho okolí.

„Omezení se využije jenom v krajních případech, je agresivní, napadá okolí, hrozí, že by ublížil sobě nebo svému okolí“ (Pracovnice 13).

2. Omezování neděláme rádi, je to až nejzazší možnost.

„Opravdu v tom mechanickém omezení strávila hodně času. Je to samozřejmě nepříjemný pro všechny. A i my s tím máme hodně práce, musíme na ni hodně dohlížet. Musíme ji zajistit po tělesné stránce. Musíme rozhodovat o tom, jak ta léčba, musíme ji v podstatě vést hodně intenzivně, protože nechceme mít v omezení v lůžku pacientku dlouho. Není to prostě pro nikoho dobrý. Nicméně je to extrémní řešení, které se holt někdy použít musí. Aspoň teda z našeho pohledu, jak to vidíme“ (Pracovnice 2).

3. Pacienti rozpoznají nutnost našeho postupu až později, až se jejich stav zlepší, budou mít lepší „náhled“. Někteří ale „náhled“ nezískají a nutnost omezení neuznají.

Racionalita používání omezovacích prostředků vychází z praxe na oddělení a také tuto praxi vytváří. Zajímavá je role pacienta v této racionalitě. Na jedné straně si pracovníci většinou velmi dobře vybavují konkrétní pacienty, se kterými se v souvislosti s omezováním setkali. Na straně druhé logika péče, kterou jsme výše nastínili, nenechává individualitě pacienta příliš prostoru. Po samotném mechanickém omezení je pacient edukován. Může vysvětlení personálu buďto přijmout nebo částečně přijmout nebo nepřijmout. Vlastně se neočekává, že by on či ona mohla k situacím omezování něco podstatného říct. Na průběh a obsah těchto následných rozhovorů jsme se poměrně podrobně vyptávali a až na výjimky jsme nezaznamenali, že by pracovníci hodnotili tyto rozhovory jako přínosné také pro ně a pro jejich pochopení pacienta. Pracovníci těmto rozhovorům věnují větší či menší pozornost, zájem. Jsou rádi, když pacient zpětně uzná potřebnost omezení (viz kapitola Co se děje po ukončení použití omezovacího prostředku).

Pracovníci se častěji setkávají s těmi pacienty, kteří se k nim vracejí, tedy nutně s těmi, kterým se vede hůř. To může vést k určité profesionální, na zkušenosti založené skepsi.

„To je hrozný pak vidět toho člověka, když ho znáte třeba pět, šest let, tak byl před 6 lety normálně upravený, a pak po těch pěti nebo šesti letech na něm vidíte, jak přijde v roztrhaných hadrech, špinavý, a zjistíte, že je na ulici, že už vlastně přišel o všechno. Rodina ho už zavrhla, protože ukradl peníze, já nevím, cokoliv. Je to takový smutný hrozný“ (Pracovník 21).

Tato perspektiva ovlivněná skepsí může mít potom dopad na míru naděje, se kterou pracovníci přistupují k pacientům.

Racionalita omezování je nejen z principu skeptická. Je i ambiciózní. Cílem pobytu na uzavřeném oddělení není jen zvládnout aktuální vyhocenou situaci bezpečným způsobem pro všechny zúčastněné. Ambice je ovlivnit pozdější chování. Pracovníkům jde primárně o užívání psychiatrických léků a o zdrženlivost při užívání jiných substancí nebo jiném nežádoucím chování.

V tom, jak pracovníci rozumí péči o pacienty, jsou klíčové dva pojmy, které si zasluhují zvláštní pozornost. Je to „náhled“ a „spolupráce“.

4.3 Náhled

Náhledem na nemoc se obvykle rozumí stav, kdy pacient souhlasí se zdravotníky v tom, že je nemocný (že, to co vnímá a prožívá, je ovlivněno nemocí) a potřebuje se léčit. Testování „náhledu“ je jednou z typických situací, se kterými se lze na uzavřeném oddělení setkat.

Rozhovory při vizitách mají často podobný průběh:

Lékařka: „Jak se vám daří?“

Pacientka: „Mně se dařilo dobře i venku.“

Lékařka: „Běhala jste po poli...“

Pacientka: „Šla jsem celou dobu po cestě.“

Lékařka: „Byla jste vystrašená. Nebyla jste v kontaktu s okolním světem.“

Pacientka: „Já jsem s vámi nechtěla být v kontaktu.“ Prohlašuje, že by chtěla být okamžitě propuštěna.

Lékařka: „Co budete dělat?“

Pacientka: „Do toho vám nic není.“

Lékařka: „To chcete takhle žít, to chcete brát drogy?“

Pacientka: „Do toho vám nic není.“

Lékařka: „Jak si vyděláváte?“ Připomíná pacientce, že měla hlasy, že byla zmatená a paranoidní.

Pacientka se ptá na možnost přemístění na jiné oddělení.

Lékařka: „Musíme vidět, že spolupráce jde.“

(terénní poznámky)

Pracovníci se snaží na náhledu pracovat. K tomu patří zpřítomňování toho, co se dělo při přijetí nebo bezprostředně po něm.

Lékař: „Jak vám je?“

Pacientka: „Dobře, po celou dobu.“

Lékařka 1: „Byla jste rozčilená. Sousedí se vás báli, běhala jste s nožem. Jak vycházíte se sousedy? Takový pocit, že vám někdo chce ublížit?“

Lékař 2: „Takové ty vaše schopnosti...“

Pacientka: „Už nevěštím.“

Lékař 3: „Bála jste se neutronové bomby.“

Lékařka 1: „Myslíte si, že jsme tak propojený hlasy, že si vidíme do hlavy? My si myslíme, že ty zvláštní vjemy vám dělají potíže, když jste venku. Co myslíte, jsou ty léky důležité?“

Pacientka: „Možná.“

Lékařka 1: „Jsem ráda, že si o tom můžeme povídat.“

(terénní poznámky)

Pokud lékaři hodnotí vývoj pozitivně, dávají současnou situaci do kontrastu s minulým stavem.

V racionalitě, o které jsme mluvili výše, mají léky výsadní místo při tlumení „zvláštních vjemů“ (symptomů). Zásluha léků na zlepšení stavu pacienta je jako interpretace nabízena i pacientům. Role pacientů není v ideálním případě pouze v přijímání farmak, pracovníci se snaží, aby pacienti rovněž komunikovali o jejich účincích (i vedlejších), a tak umožnili jejich optimální kombinaci a dávkování.

Lékaři také v této souvislosti často vyjadřují naděje. Je to naděje, že léky budou dále působit na nemoc a situace se bude dále zlepšovat.

Náhled ale není podmínkou propuštění či přeložení. Je to nakonec spíše určitá míra spolupráce, kdy se „dokáží rozumně domluvit“.

„My si je testujeme, jestli vůbec jsou schopni aspoň třeba připustit tu možnost, že jsou nějak nemocní, což velmi často nejsou. Ale že by to úplně bránilo překladu, to si nemyslím. To je spíš opravdu o tom, že je tu vidíme, jak se chovají, jestli jsou v klidu, jestli se s námi dokážou rozumně domluvit. Ať už teda na úrovni myšlení, že ty myšlenky mají nějak uspořádané (úsměv) a v podstatě porozumí těm pokynům, až po tu úroveň, že jsou ti pacienti hodně tenzní, opravdu hodně paranoidní. Takový velmi aktivní negativismus patří i k obrazu těch psychóz. Takže ono to taky dokumentuje trochu ten aktuální stav. Ale že bychom nepřekládali pacienta bez náhledu, to určitě ne“ (Pracovnice 2).

Nebo také Pracovnice 17: *Pacienti mohou profitovat venku i bez náhledu. Stačí základní důvěra v lékaře a brání prášků. Pacient musí poznat, že to s ním lékař myslí dobře. Chtít je sešněrovat do náhledu, to je přemrštěná ambice. V ambulanci jsem měla řadu pacientů bez náhledu. Je potřeba najít společnou cestu* (terénní poznámky).

Náhled na straně pacienta je žádoucím stavem. Je to něco, co pracovníci testují, oč usilují. Přejí si dosažení shodného nebo podobného pohledu, jaký zastávají. Ale v praxi uzavřeného oddělení není vysoká míra náhledu nutnou podmínkou k propuštění či přeložení. Tím je určitá míra spolupráce. Čímž se dostáváme k tématu následující podkapitoly.

4.4 Spolupráce a poslušnost

Spolupráce je klíčový pojem pro ukončení omezení v širším smyslu – pro onu hierarchii různých omezení (omezení svobody, omezovací prostředky, „malá omezení“), kterou jsme popsali, tedy nejen pro samotné užití omezovacích prostředků.

Přistoupením na spolupráci se pacienti mohou i vyhnout použití omezovacího prostředku během příjmu.

„ho odvedeme třeba na ten pokoj, dáme mu pyžamo, aby se převlíknul, pokud nemá svoje pyžamo. No, a pokud nějakým způsobem spolupracuje, tak samozřejmě k omezování v lůžku nedochází“ (Pracovník 21).

V další ukázce popisuje pracovník, jak přesvědčuje pacienty k tomu, aby užili předepsaný lék.

„my je takhle vlastně motivujeme k tomu, že je to cesta pro to, aby pokud jsou třeba na pokoji intenzivní péče nebo někde, aby se ten stav zlepšil natolik, aby mohli být posunuti na standardní pokoj, případně přeloženi jinam. Že to je cesta domů, protože každý chce domů, takže aby mohli jít domů, tak je to o spolupráci, hlavně v tom léčebném režimu, což je vlastně hlavně braní léků“ (Pracovník 21).

Z výpovědí pacientů se zdá, že tomuto požadavku rozumějí. Chápou, že spolupracovat či být hodnoceni jako spolupracující, je pro ně výhodné.

„Člověk musí být klidný, musí spolupracovat s personálem, musí v zásadě být poslušný, i když (úsměv) třeba nechce nebo je naštvaný nebo má v sobě pocit nějaké agrese... Nebo když se vás třeba dotýkají, personál nebo... Hodně je to o těch hierarchických vazbách. Takže ve chvíli, kdy tam existuje ta hierarchie, tak pokud to člověk dokáže takzvaně ustát, tak potom vlastně za odměnu dostává nějaký ty lepší podmínky“ (Pacientka 6).

Jiní pacienti, ale mluví ve stejné souvislosti o poslušnosti.

„Oni mi říkají, že podle toho, jak se budu chovat a jestli je budu poslouchat, jestli budu dělat to, co oni si přejí, tak že potom se můžu dostat na nějaký oddělení, kde budou třeba i povolený vycházky, ale tady ne, tady nesmím“ (Pacientka 5).

Jiná pacientka zmínila poslušnost jako cestu, jak se vyhnout elektrokonvulzivní terapii, které se velmi obává:

„Samozřejmě stále to vnímám jako nespravedlnost, že jsem tady, ale zas vím, že na těch elektrošokách neskončím, protože poslouchám, a vím, co by se mohlo stát, kdybych neposlouchala“ (Pacientka 7).

Typické je, že pacienti zde velmi často dávají rovnítko mezi spolupráci a poslušností. Jako by šlo z jejich pohledu do určité míry o podvolení se očekávání personálu. Podvolení to přitom může být pouze vnějšíkové, navenek prezentované. Nicméně tato prezentace musí být věrohodná, uvěřitelná.

Právě tato dvě pojmenování – „spolupráce“ a „poslušnost“ mohou signalizovat, o co při pobytu na uzavřeném oddělení jde. Obě strany pojmenovávají nastolené požadavky jinak, ale přesto se zřejmě dokáží ve většině případů domluvit – nastane situace, kterou personál vyhodnotí jako „dostatečnou spolupráci“, která je odměněna benefity přímo na oddělení a následně propuštěním nebo překladem na jiné oddělení.

To, jak pracovníci i pacienti mluví o hierarchii různých omezení a jejich postupném uvolňování, připomíná systém odměn a trestů, který má blízko k výchovnému působení. Někteří to říkají velmi otevřeně. Jde o nastavení, zvědomování hranic.

„[Název oddělení] je velmi o nastavování hranic, o zvědomování hranic. [...] Pacienti v akutním stavu potřebují pravidla zvědomit. Venku je pak možno věci zase rozvolnit. [...] Některá pravidla mají v životě svoje místo. To platí nejen pro pacienty psychiatrické léčebny“ (Pracovnice 17).

Velmi podobně o omezení – jako o potřebném „srovnání do latě“ - mluví jedna z pacientek:

Respondentka: „My jsme se bavili s tím bratrem a shodli jsme se, že to fakt tak je, že přísnost je někde potřeba, kor někde, kde jsou lidi labilní, že musí být nějaký profesionální odstup od těch pacientů. Nesmí tam docházet k přátelení, bratříčkování a takhle, protože potom se člověk vlastně ztotožňuje s tím, že mu je tady dobře, a to je špatně.“

Výzkumník: „No jo, ale když tady takhle chválíte tu přísnost, tak to byste taky mohla říct, že takhle fungují i ty kurty, že vás dají rychleji do latě.“

Respondentka: „Já bych řekla, že právě ty kurty mě takhle rychle daly do latě, protože mi to hned došlo, že když se takhle budu rozčilovat, tak budu na těch kurtech“ (Pacientka 7).

V tomto smyslu je tedy omezování krajním opatřením, reakcí na porušení hranic. Dovožujeme, že účelem omezování v širším významu je potom tyto normy připomenout a navodit určité poučení, aby pacient v budoucnu nemusel být opět hospitalizován za tak nepříjemných okolností. Určitá strohost akutního oddělení, omezené podněty i přísná pravidla pro styk s vnějším světem potom dávají smysl.

Někteří pacienti opravdu mluvili o odstrašujícím o zážitku, který jimi otrásl a motivoval je k tomu, aby se podobné zkušenosti pokusili v budoucnu vyhnout.

Pacienti i pracovníci se shodují v tom, že omezení v širším významu je účinný prostředek ke změně chování. Pacientům se zviditelní hranice, kterou možná překročili. Omezení je obvykle přiměje k nějaké formě spolupráce, i když to ne vždy vnímají jako dobrovolný krok. Mnozí hovořili o ponížení, strachu a vynucené poslušnosti.

Domníváme se, že někde tady se přibližujeme charakteristice omezování, ke které nás dovedla analýza rozhovorů. Omezování je v krátkodobém horizontu nepochybně účinná intervence, v jistém momentu je dosaženo určité míry a podoby spolupráce mezi pacientem a pracovníky. Zároveň pro některé pacienty může být prožitá zkušenost hluboce traumatizující.

„jsem si vlastně sáhla na nějaký svoje dost hluboký dno. Tím připásáním, tím přikurtováním, to pro mě byl fakt asi nejhorší zážitek v mém životě“ (Pacientka 5).

„to ponížení, a že toho člověka tak vyděsí, že se srovná a má to možná lepší efekt než léky, může to tam hrát roli, může to být nějaký mechanismus, ani si ho neuvědomujeme na té lékařské úrovni, ale využívá se spíše empiricky, že ti lidé se po omezení, po tom nepříjemném zážitku lépe ovládají navenek, ale nesou si sebou jakoby trauma, které se může projevat v budoucnosti nějak jinak a mít nějaké škodlivé následky“ (Pracovník 6).

V případě omezovacích prostředků i omezování v širším smyslu lze mluvit o „vedlejších účincích“ této intervence. Tím, že říkáme „vedlejší“, ale vůbec nechceme říct, že se jedná o něco podružného nebo snad méně důležitého. Může to být i naopak. V případě farmakoterapie je tato debata dobře známá. Vyjmenované vedlejší účinky jsou povinně uvedené na příbalovém letáku s uvedením pravděpodobnosti, s jakou mohou nastat. Známe dostatečně také vedlejší účinky používání

omezovacích prostředků, respektive používání omezování v širším smyslu? Liší se například vedlejší účinky kurtování od pobytu v izolaci? Je vždy pozitivní efekt vyšší, nežli neblahý dopad známých vedlejších účinků?

5 Omezovací prostředky z hlediska týmu a spolupráce

Cílem této kapitoly je zprostředkovat zkušenosti pacientů a pracovníků, kteří zažívají použití omezovacích prostředků, z hlediska personálního zajištění, vzájemné spolupráce, sebepojetí a způsobů zvládnání zátěže, která s užitím omezovacích prostředků souvisí.

Z hlediska týmu a spolupráce se zaměřujeme na následující zkušenosti dotazovaných:

- sebepojetí pracovníků
- zvládnání zátěže
- personální zajištění a spolupráce

5.1 Sebepojetí pracovníků

Na základě výpovědí pracovníků se v této kapitole snažíme popsat jejich společné charakteristiky a to, jak se zdravotničtí asistenti, psychologové a lékaři v rámci výkonu svého povolání vnímají.

Realizaci omezení vnímají pracovníci ve většině jako součást výkonu práce v rámci daného zařízení, ke které je přistupováno za účelem ochrany zdraví a života pacientů nebo pracovníků tak, jak ukazuje výpověď Pracovnice 7:

„Je to práce, a když je to z těch dvou důvodů, že buď by si ublížil on, [...] nebo tam pomlátíl polovinu personálu, tak to beru, že to musíme udělat kvůli bezpečnosti a že za chvíli to bude hotový a všem bude líp.“

Pracovníci často uváděli, že je jejich práce spojena s adrenalinem, akcí, že není stereotypní. Rovněž zmiňovali, že je jejich práce baví a uspokojuje.

„Je to akčnější trošku. Je tu víc všeho, ty lidi, pacienti, když jsou třeba nafetovaní nebo něco, tak od nich nevíme, co čekat... Ale baví mě ta práce, jsem rád“ (Pracovník 12).

„Možná vám to přijde divné, ale mě to baví, pacienty mám ráda. Je to tady dynamické. Když potřebuji, tak jdu sportovat. Každý má svůj způsob. Odpočinek je důležitý“ (Pracovnice 14).

„Taková práce mě vždycky naplňovala, někomu pomáhat. Máme radost, když se třeba někdo zlepší, začne vlastně být pozitivnější. [...] Tak to člověka potěší. [...] mě ta práce baví“ (Pracovník 8).

Na základě výpovědí lze usuzovat, že při použití omezovacích prostředků prožívají širokou škálu emocí nejenom pacienti, ale rovněž pracovníci. Pracovník 9 reflektuje emoce na základě osobní zkušenosti a ze dvou úhlů pohledu - v roli pracovníka, který omezuje, a v roli pracovníka, který se omezení účastní "jen" v roli pozorovatele:

„v těch pěti minutách tam probíhají u každého emoce velký, i u toho pacienta, i u těch pracovníků, který to vykonávají, když jsem se toho účastnil dřív taky sám, tak jsem to sám na sobě cítil, a to byly většinou negativní emoce vůči tomu pacientovi. To poznáte na obličejích nebo na tom co říkají.“

Pracovníci prožívají napětí a následnou úlevu, zlost, lítost, strach, zklamání (že k omezení došlo), nepříjemné pocity.

„myslím si, že nikomu lidsky není příjemný někoho upoutávat někam. Neznám tady jediného jak doktora, tak zaměstnance, kdo by to dělal rád. To opravdu ne. [...] není to určitě příjemný ani z té lidské stránky“ (Pracovnice 2).

Po provedení omezení pracovníci používají různé strategie pro vyrovnání se s touto zkušeností a formulují důvody, pro které bylo nezbytné k použití omezovacího prostředku přistoupit (nejčastěji byly zmiňovány obavy o bezpečnost pacienta, spolu-pacientů, personálu nebo prostředí, neúčinnost jiných postupů pro zklidnění pacienta aj.). Pracovnice 2 k tomuto tématu sděluje:

„Je to extrémní řešení, které se někdy musí použít. [...] Zas na druhou stranu si to musíte rozumově nějak obhájit, a když vidíte, že se ta paní opravdu v rámci své nemoci neovládá a je nebezpečná okolí, tak se holt nedá nic dělat.“

Někteří pracovníci obhajují omezení dobrem pro pacienta: *„prokazujeme dobro tím, aby nikomu neublížili nebo aby neublížili sami sobě. To je nutnost“* (Pracovník 8).

Pracovnice 7 pohlíží na zpochybňování humánnosti omezovacích prostředků s despektem a zdůrazňuje primární zodpovědnost pracovníků za bezpečí pacienta:

„[...] že to není lidský. Tak to je jeden úhel pohledu lidí, který tomu nerozumí. A druhý úhel je to, že se to přece dělá proto, aby bylo co nejmíň drastických následků. Tak co, tak se nechá člověk celou noc nenakurtovanej, spadne nám na hlavu a umře, kdo si to vezme na zodpovědnost? To nikdo, že jo.“

Zdůvodnění (indikace) je rovněž povinnou součástí zdravotnické dokumentace pacienta, jež ukládají právní předpisy (zákon o zdravotních službách a vyhláška o zdravotnické dokumentaci).

Z některých výpovědí se zdá, že použití omezovacích prostředků může být rutinně či preventivně využívaným opatřením, které mají pracovníci ve chvíli, kdy vnímají ohrožení bezpečí, k dispozici a ke kterému nevidí alternativy.

„Oni to dělají z pragmatických důvodů, vědí, že ten člověk je uklizený, že se nic nestane, že se nikdo neporaní“ (Pracovnice 5).

“si začne sám ubližovat nebo někomu, kdo jde okolo, bouchne ho nebo srazí jiného pacienta, tak ty omezovací prostředky musíme použít. Protože nevíme, co bysme si s ním počali. [...] Nedokážu si představit, že bysme to udělali nějak jinak“ (Pracovník 8).

Pro některé pracovníky jsou nepříjemné pocity při omezování pacientů důvodem pro přestup na jiné oddělení, kde se používání omezovacích prostředků nepředpokládá (při neklidu je pacient přeložen na oddělení, které je pro neklid pacientů personálně i materiálně vybaveno).

„Raději zvolím práci, která bude klidnější, budu chodit domů s lepší náladou než s pocitem, že jsem musel zase někoho omezovat, což mi fakt není příjemný“ (Pracovník 20).

Shrnutí

Pracovníci, kteří se účastní používání omezovacích prostředků, se vnímají jako ti, kdo jsou odpovědní za ochranu zdraví a zajištění nezbytného bezpečí, přičemž jsou vystaveni nenadálým, mnohdy nebezpečným situacím, které vyžadují rychlé rozhodování a reakce. Nezbytnost a přiměřenost použití omezovacích prostředků v konkrétních případech podléhá vlastním úvahám, ale i kritickému posuzování ze strany kolegů, pacientů nebo odborné či laické veřejnosti. Pracovníci pak mohou

pocítovat zpochybňování zvolených postupů (intervencí), na které reagují obhajobou svých rozhodnutí a provedených úkonů.

5.2. Zvládání zátěže

V souvislosti se zvládáním fyzické i psychické zátěže při používání omezovacích prostředků považujeme za klíčová témata vzdělávání, supervize a intervize. Pracovníci téměř shodně na otázku ohledně školení (vzdělávání) odpovídali, že probíhá v rámci daného zařízení (interně za účasti externích odborníků). Vzdělávání (školení) probíhá nejčastěji na téma šetrného a bezpečného omezení, personál je školen a připravován tak, aby omezení proběhlo v co nejkratším čase a minimalizovalo se riziko zranění.

„oni jsou vycvičení, že nedochází k žádným dramatickým střetům, proběhne to celkem rychle, mají nacvičené ty hmaty, jak mají člověka chytit, aby nedošlo k poranění“ (Pracovník 6).

Cílem vzdělávání je rovněž snaha o zvyšování kvality péče.

„my jsme tady školení furt, chodíme na školení, jak používat omezovací prostředky, jak se chovat k pacientům, jak rozpoznávat bludy, schizofrenii, jak se s takovým člověkem bavit. [...] mají s námi pohovory, jak bysme to měli dělat, co bysme měli dělat, jak by to bylo nejlepší pro nás i pro pacienty, [...] třeba by se snažili o nějakou obměnu, aby to bylo ještě lepší, abychom zachovali pacientům důstojnost“ (Pracovník 8).

Z rozhovorů k tématu vzdělávání (školení) v souvislosti s omezovacími prostředky vyplývá, že školení jsou zaměřena zejména na nácvik šetrného a bezpečného provedení omezení. Znamenali jsme rovněž dílčí využívání deeskalačních technik jako možného nástroje prevence použití omezovacích prostředků, avšak tyto nejsou předmětem systematického vzdělávání a absentuje rovněž jejich systémové používání. Někteří pracovníci nabývají potřebné znalosti rovněž samostudiem a praktické dovednosti zkušenostmi v průběhu každodenní praxe. Jeden z pracovníků uvedl potřebu specializovaného kurzu v krizové intervenci.

Zastoupeno je rovněž neformální vzdělávání ve formě zaškolení od zkušenějších kolegů.

„Učil jsem se od zkušenějších kolegů, z kurzů, ptal jsem se. Taky jsem měl doporučenou literaturu, tak jsem studoval, internet taky. Když jsem něco nevěděl, tak jsem se kouknul“ (Pracovník 20).

Efektivní technikou pro školení se jeví zážitková forma. Umožní pracovníkům získat osobní zkušenost.

„vyzkoušeli jsme si na sobě, jako jak to vlastně vypadá, když vás někdo omezí jenom holýma rukama, což je asi nejbolestivější věc, protože ty pásy, ty vás moc nebolí“ (Pracovník 9).

Může zároveň ve výsledku vést ke změně náhledu pracovníků a k prevenci použití omezovacího prostředku.

„Omezení je vždy velmi traumatizující věc. [...] kolegové si zkrátka řekli teď a bez toho, aby mně cokoliv řekli, mě manuálně uchopili a přikurtovali a nechali mě tam deset minut, možná déle. Člověk nad tím uvažuje, proč, co se stalo, úplně pocit bezpráví, [...] přeci jenom jsem asi něco udělal špatně, člověk uvažuje a uvažuje“ (Pracovník 10).

Dalším způsobem pro zvládání zátěže, který pracovníci používají, je neformální vzájemná podpora. Pracovníci si po provedení omezení poskytují podporu, verbalizovanou v podobě pochvaly nebo ocenění („zvládli jsme to, dobrý, dobrá práce, díky“). Postup a prožívání však bývají reflektovány pouze neformálním způsobem a o provedení aktu omezení se podrobněji zpravidla nemluví: „dál se v

tom nikdo nehrabá, akorát se to předává potom na předání služby“ (Pracovnice 7). Výjimkou jsou mimořádné situace, kdy dojde například ke zranění někoho ze zúčastněných, jak dokládá svou výpověď Pracovnice 13: *“Nemáme zatím supervizi. [...] probírají to sami mezi sebou, někdy také s námi a s vedením. Pokud je nějaký problém, tak se to řeší.”*

Supervize probíhá pouze na některých odděleních. Pracovníci, až na výjimky, potřebu supervize nevyjadřují nebo popisují překážky, které její realizaci dle jejich názoru brání (zejména nedostatek času a motivace pracovníků, organizační záležitosti, ale i špatné zkušenosti). Supervizi jako cílený nástroj pro reflexi následující po použití omezovacích prostředků jsme v rámci výzkumu nezaznamenali.

„reálně by to tak mělo být, protože i my jsme náchylní na citové zranění a tohle je takové hodně, že si pak o sobě můžeme začít myslet, že jsme násilníci nebo já nevím co. [...] Supervize by měla proběhnout okamžitě potom, když se uděje něco výjimečného jako kupříkladu nějaká kontroverzní fixace, kontroverzní omezení nebo věci, kdy přichází pracovníci v podstatě do konfliktu, jestli to bylo potřeba“ (Pracovník 10).

I když jsou pracovníci často při výkonu práce konfrontováni u sebe i svých pacientů s agresí, není většinou z nich zrovna supervize vnímána jako významná, případně ji odmítají. Od svých emocí si drží odstup nebo je zpracovávají jiným způsobem.

„Já to ráno všechno vypustím a končím, tím to pro mě končí“ (Pracovník 12).

„na všech odděleních, kde jsem byl, sestry odmítaly supervizi. Byly vždycky snahy vzít lékařský i nelékařský personál do jednoho prostoru, řešit nějak, co se děje. Ty sestry to z nějakého důvodu odmítají. Všude. A potom si radši stěžují na vlastním písečku“ (Pracovník 1).

Vnímání supervize může ovlivnit rovněž předchozí negativní zkušenost.

„nevím, jestli se tím zabývají supervize, já jsem byla na dvou a na jedny jsem moc mluvila, tak jsem potom byla potrestaná, i když se to nesmí, ale to je jedno“ (Pracovnice 7).

Pokud o supervizi uvažují, spatřují významné překážky pro její realizaci.

„Můj osobní názor je, že supervize ano, s někým zvenčí, ale najděte na to prostor a lidi. Někteří by se uvolili i mimo pracovní dobu, ale toho personálu je málo“ (Pracovnice 14).

Někteří pracovníci chápou supervizi ve smyslu mentoringu začínajícího pracovníka zkušenějším kolegou, který s sebou však nese riziko přenosu neprofesionálního chování k pacientům. Radikálně vyjádřil svůj pohled na předávání zkušeností Pacient 16.

„Mladí se učí od starších pracovníků, vidí, že nás bijí, tak to dělají také. Ale někteří pracovníci jsou dobří – komunikují s vámi, zakouří si s vámi, je s nimi legrace. Pak jsou tu ale agresivní pracovníci.“

Důležitost supervize jako nástroje pro psychohygienu, sebereflexi a sebe-rozvoj pracovníků i pro zkvalitnění péče nejen v rámci použití omezovacích prostředků zmiňuje Pracovník 10:

„Eliminuje to [supervize] také ten pocit viny, že jsem mohl udělat víc v mnoha situacích, protože by možná nemuselo k tomu omezení dojít.“

Shrnutí

Pro vyrovnání se s psychickou a fyzickou zátěží, která v souvislosti s omezením vzniká, využívají pracovníci spíše neformální prostředky a vzájemnou podporu. Aktivní účast na omezování jim většinou není příjemná, ale vnímají ho zároveň jako nutnost a součást své práce. Vzdělávání probíhá

zejména za účelem zvýšení bezpečnosti a ochrany zdraví pacientů i personálu. Reflexe vlastního průběhu omezení probíhá ojediněle, zejména výjimečně po vypjatých situacích. Možné riziko absence cílené reflexe použití omezovacích prostředků, vedené nezávislým odborníkem, spočívá v kolektivním utvrzení a obhájení zvoleného postupu, nevytváří prostor pro změnu pohledu (názoru) nebo úvahy o možnostech změny.

5.3. Personální zajištění

Personál (jeho počet a kvalita) je jedním (nikoliv jediným) z klíčových atributů v rámci zajištění odpovídající kvality péče i v rámci procesu použití omezovacích prostředků. Naší snahou v rámci výzkumu bylo porozumět a popsat akt omezení stran pracovníků (jejich motivace, sebepojetí, spolupráce, počtu, emocí a způsobů zvládnání zátěže, která je s užitím omezovacího prostředku spojena). Cílem této podkapitoly je popis omezení v souvislosti s působením personálu, které se jeví dle výpovědi účastníků výzkumu (zejména pracovníků) jako důležitý aspekt při vzniku omezení, jeho průběhu i samotné prevenci.

Pracovníci ve velké míře udávali, že počet omezení souvisí s počtem personálu a ekonomickými možnostmi.

„Je to ovlivnitelné [vznik omezení], pokud by bylo víc personálu na oddělení a méně pacientů. To je ale asi ekonomicky neúnosné“ (Pracovnice 13).

Někteří pracovníci udávali navýšení počtu personálu jako podmínku pro vizi psychiatrické péče bez omezovacích prostředků nebo nevyužití omezovacích prostředků podmiňovali počtem personálu na určitý, maximální počet pacientů.

„Pokud by se nepoužívaly kurty, tak by se musel navýšit personál. Chtělo by to víc personálu – i tak. Sestřičky by se mohly víc věnovat pacientům. Věnovaly by se jim rády. Toho personálu je málo“ (Pracovnice 14).

„jedině (s důrazem), kdybysme místo těch omezovacích prostředků měli tolik personálu, aby třeba dva lidi, možná tři, ho měli v péči, v tu chvíli“ (Pracovník 9).

Zároveň pracovníci udávali, že počet omezení by bylo možné snížit intenzivnějším kontaktem a komunikací s pacientem, ke snížení počtu užití omezovacích prostředků by v mnoha případech pomohl individuální přístup.

„Toho personálu si nemůžeme dovolit, kolik bychom si představovali. Byla by možnost kontaktu s pacientem. Častokrát je personál vytížený něčím jiným – například probíhá příjem, pak nemají čas na jiné pacienty. Pokud by personál byl k ruce, tak by se spouště těch případů dalo předejít“ (Pracovnice 13).

Pracovnice 7 rovněž poukazuje na možný efekt individuální péče, jejíž podmínkou (nikoliv však jedinou) je počet personálu, který by odpovídal specifickým potřebám pacientů:

„když se mu bude pořád někdo věnovat a chodit s ním za ruku a tak, tak se určitě nebude kurtovat. Ale... to by musel být jeden člověk jenom pro něj. [...] Někteří klienti by potřebovali individuální péči a to by znamenalo víc personálu.“

S možností realizace individuální péče souvisí nejen počet pracovníků, ale také počet pacientů na oddělení, které má jeden pracovník v dané chvíli „na starosti“ z hlediska uspokojování jejich potřeb. Počet lůžek, respektive počet pacientů a jejich skladba (z hlediska jejich specifických potřeb a požadavků na péči) se rovněž jeví jako jeden z faktorů, které k užití omezovacích prostředků

přispívají. Kombinace nadměrného počtu lůžek, nediferencované skladby pacientů z hlediska jejich diagnóz a potřeb a nízkého počtu personálu může vést k četnějšímu výskytu nežádoucích událostí (nejčastěji ve formě fyzické agrese mezi pacienty), které jsou v dané situaci zpravidla důvodem pro užití omezovacího prostředku. Pracovník 9 v rámci rozhovoru dokládá centrálně evidovanými daty zařízení, že počet snížení lůžek na oddělení vedl k významnému snížení počtu nežádoucích událostí:

„[...] snížili [nám počet lůžek na oddělení] o osm lůžek, to jsem považoval jako výhru, nebylo to deset, ale taky to nebylo málo, takže to k tomu došlo, od té doby došlo k úbytku případů napadení pacienta pacientem.“

Pacientka 5 k potřebnosti individuálního přístupu, kterému může bránit rovněž způsob organizace péče, kdy se jednotliví pracovníci ve službách střídají, vypověděla:

“chtěla jsem mluvit s někým z kamarádů nebo z rodiny nebo s nějakým psychiatra nebo psychologem, [...] A já jsem se tam snažila najít někoho, kdo by pro mě byl nějakou oporou v té chvíli, což jsem tam ale nenacházela, protože ti lékaři se tam střídali neustále. Sestřičky taky, takže jsem si tak nemohla k nikomu vytvořit nějaký vztah, abych se cítila bezpečně.“

Na druhé straně někteří pracovníci rovněž reflektovali, že existují situace (příjem pacienta „z venku“ v akutním psychotickém stavu, toxická psychóza, aj.), kdy podle jejich názoru není možné užití omezovacího prostředku zamezit žádným způsobem.

„Ale takhle globálně to neumím říct, protože někdy kurtujete člověka a je to jedno, kolik je tam personálu. [...] U těch akutních věcí, to je asi neovlivnitelný, když jsou ty lidi v psychóze nebo takhle, tak to neovlivníme, takže tam si to nedovedu představit, to prostě nejde“ (Pracovnice 7).

Omezení fyzicky provádí zpravidla nelékařský zdravotnický personál.

„je to mnohem víc o ošetřovateli, kteří jsou v tomhle sehraný a dokážou to udělat tak, že se lékař sotva rozkouká“ (Pracovník 1).

Přestože pro šetrné a bezpečné (z hlediska pacienta i personálu) provedení omezení u intenzivně se bránícího pacienta je doporučeno 6 pracovníků (4 končetiny, hlava a komunikace, 1 pracovník pro aplikaci farmak intramuskulární cestou), nebývá výjimkou, že omezení realizuje nižší počet pracovníků (kteří jsou v daném momentě k dispozici), což dokládají výpovědi více pracovníků.

„oni mu drží nohy a ruce a někdy, když jsou třeba čtyři, což skoro nejde, tři, to už by musela být fakt kritická situace, a třeba na noční tady máme někdy jenom tři lidi“ (Pracovník 9).

Počty lékařů neumožňují vždy osobní přítomnost lékaře u omezení, a proto v některých případech (v souladu se zákonem) až zpětně lékař potvrzuje odůvodněnost omezení na základě informací od nelékařského zdravotnického personálu, což dokládá rozhovor s Pracovníkem 7:

„když doktorů slouží málo, tak má pacient na všechno fakultativní medikaci³, pacienti, kde je to riziko, že budou neklidní, tak mají v dekurzu, jak tam mají medikace, všechna opatření, tak tam mají při neklidu lze omezit, když jsem v situaci, že si ubližuje anebo že by mi tam třeba napadal personál.“

³ Léky předepsané k podání nikoli podle pevného harmonogramu, ale pro podání podmíněné tím, že nastane nějaká specifikovaná skutečnost (bolest, úzkost, neklid).

Zásadní roli při akutním omezení sehrává čas.

„v tu chvíli není prostor na to, rychle volat lékaři, že teď zrovna s pacientem ležíme na zemi a něco se děje. Takže ihned poté“ (Pracovnice 4).

„na akutních barácích, když personál je v situaci, že musí rychle omezit, není možné čekat na doktora, potom přijde taky ten doktor, potom to dodatečně schválí. Málokdy se děje, že by došlo k neshodě personálu“ (Pracovník 6).

Na základě provedených rozhovorů lze vysledovat, že k použití omezovacích prostředků dochází – z důvodu vnějších okolností (noční služba, dostupnost lékaře, apod.) - nejen na základě momentální lékařské ordinace, ale rovněž na základě fakultativní indikace ve zdravotnické dokumentaci pacienta nebo na základě telefonické konzultace s lékařem, který přichází následně s časovou prodlevou.

„je to hrozně komplikovaný, že musíte informovat doktora, jestli můžete píchnout, tam už je časová prodleva“ (Pracovnice 7).

„Většinou, když vidíme, že je agresivní, tak ho dáme na kurty, potom zavoláme doktorovi, že byl takhle a takhle agresivní, že je na kurtech, třeba za hodinku zavolá, jestli tam bude dlouho. Někdy se to děje na noční, tak voláme na žurnální sestru“ (Pracovník 8).

Posouzení Pracovníka 6 však vede k otázce, zda nepřítomnost lékaře při zvládnání „akutního neklidu pacienta“ může vyústit v situaci, kdy se nelékařský zdravotnický personál pro užití omezovacího prostředku rozhodne předčasně, ve chvíli, kdy by bylo možné situaci řešit medikací nebo komunikací s lékařem:

„jsem tam často do toho vstupoval, počkejte s tím omezením, zkusíme nějaké léky. [...] Takže to vypadá, že kdybych do toho nevstoupil, tak by ten člověk skončil v kurtech zbytečně. Kolik takových pacientů je, který skončí v kurtech zbytečně, protože do toho lékař nevstoupil, jaké je to množství na jiných [odděleních], teď nebudu odhadovat, ale tady se to moc neděje.“

Spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu považuje většina dotazovaného personálu za velmi podstatnou. V otázce nastavení a rozhodování o léčbě pokládá Pracovnice 5 za důležitou spolupráci lékařů a ostatního zdravotnického personálu, jejímž cílem je způsob rozhodování, který by eliminoval jednostranný pohled jednotlivce:

„rozhodovat o životě druhého člověka, měla by to být týmová práce, radíme se se středním zdravotním personálem, jak oni to vidí, oni nám nahlásí, kdo nespí, zda byli neklidní, co se dělo v noci, během dne, jak to vidí, když uvažujeme o nějakých dalších postupech, takže mi vyhovuje, že - to jsem, ale zažila všude - je to taková týmová práce, že to není čistě jen rozhodnutí lékaře.“

Pracovnice 14 ke spolupráci a vztahu ke kolegům dodává: *„jsou pro mě důležití, pracujeme jako tým, nevidím tam, že bych byla nadřazená. Bez nich tady člověk nezvládne nic. [...] Dám hodně i na personál, beru v potaz, co mi řekne. Ale dívám se i na to, co pacient. Všechno musí jít ruku v ruce.“* Funkční spolupráci a klíčovou pozici nelékařského zdravotnického potvrzuje rovněž Pracovník 12: *„Lékaři na nás spoléhají, že je budeme informovat o každé změně, je mezi námi super spolupráce.“*

Z rozhovorů s pracovníky jednoho pracoviště vyplývá, že při samotném aktu omezení má na úrovni nelékařského zdravotnického personálu rozhodovací kompetenci „sestra jedna“, která formálně zodpovídá v daný den (službu) za celé oddělení, a v případě použití omezovacího prostředku „ošetřič“ provedení celého omezení.

„jsme ho těžce zvládali, tak tam to velel ten X, ta sestra, a potom jsme šli a on ‚dobrá práce, supr‘, spíš takhle. Nebo když já jsem kurtovala a byla jsem tam ten nejsilnější článek, tak jsme to dodělali a já jsem řekla ‚dobrý, jsme dobrý, pohoda, děkuju vám‘, spíš že si pochválíte ten tým. [...] Aby ty lidi věděli, že udělali něco dobrého“ (Pracovnice 7).

V otázce týmového pohledu na pacienta a spolupráce mezi jednotlivými odděleními nebo ambulantní péčí již situace není tak příznivá. Nešetrné nebo nadbytečné užití omezovacích prostředků, které je z krátkodobého hlediska považováno za efektivní, se může v průběhu další léčby negativně promítnout do ochoty (schopnosti) pacienta důvěřovat v systém psychiatrické péče a participovat na své léčbě společně se zdravotníky. Pracovník situaci popisuje jako nevyhovující z perspektivy dlouhodobé léčby a terapeutického vztahu.

„Personál na akutním oddělení, jim to může být jedno, že ten člověk nebude potom spolupracovat na ambulantní péči, jestli se ta prognóza zhoršuje nebo zlepšuje, oni chtějí mít teď výsledky, teď chtějí mít toho pacienta nějak uklizeného nebo zajištěného, aby nenapadl někoho z personálu nebo pacientů a nestane se tedy nějaký průšvih“ (Pracovník 6).

Shrnutí

Naše výsledky ukazují na významnou roli nelékařského zdravotnického personálu, která úzce souvisí se stálou přítomností na oddělení, častějším kontaktem s pacienty a vyšším počtem těchto pracovníků v porovnání s lékaři. Lékaři jsou ti, kdo mají rozhodovací kompetence ohledně léčby a postupů, ale jsou v mnoha ohledech odkázáni na informace nelékařského zdravotnického personálu a na jeho spolupráci. V průběhu použití omezovacího prostředku jsou na jedné straně kompetence jednotlivých pracovních pozic jasně rozdělené, na druhé straně jsou na sobě pracovníci z hlediska pracovních činností závislí a je nezbytná vzájemná spolupráce a důvěra. V této souvislosti se můžeme jen domnívat, jak v této konstelaci může být obtížné zpochybnit zvolený postup nebo se, v případě lékaře, vymezit proti postupu nelékařského zdravotnického personálu. Klademe si rovněž otázku, zda v silném týmovém uspořádání nedochází k utvrzení vlastního pohledu na věc a kdo zde zastupuje zájmy pacienta.

6 Možnosti změny v užívání omezovacích prostředků

V této kapitole se věnujeme tématu změn, které pacienti nebo pracovníci reflektovali v rámci úvah o (ne)zbytnosti používání omezovacích prostředků. V průběhu rozhovorů byla komunikačním partnerům kladena otázka, co se za poslední roky v oblasti používání omezovacích prostředků změnilo, jaké další změny k lepšímu by navrhovali a co by bylo možné učinit pro to, aby se předešlo jejich použití.

Pacienti i pracovníci k otázce **potřebných změn** ve velké míře udávali téma **komunikace a informovanosti** (dostatek času pro rozhovory s pacientem věnované jeho potížím, otázkám, obavám). Pacienti vyjadřovali potřebu mít čas a prostor na komunikaci s pracovníky (lékaři, sestrami, psychology, popř. dalšími odborníky – kaplanem, pracovníkem krizového centra), potřebu dostávat srozumitelné informace už při příjmu k psychiatrické hospitalizaci, kdy jejich dostatek (nebo absence) může mít vliv na další spolupráci pacienta v léčbě.

„Já bych byla pro, aby člověk, který je na příjmu, byl informovaný nějakým jednoduchým... Protože ve chvíli, kdy vás přiváží v psychotické fázi, tak vlastně nejste schopni řešit nějaké jednotlivosti, takže by bylo možná dobré, aby při příjmu byl člověk nějakým hodně zjednodušeným způsobem informován o

jeho zákonných právech, [...] dojít k nějakému konsensu mezi zdravotnickým systémem a konkrétním jedincem, aby to byla oboustranně nějaká win-win situace“ (Pacientka 6).

Jednou z cest k redukcí používání omezovacích prostředků je **individualizace péče**. Individualizací péče rozumíme péči s dostatkem osobního kontaktu, se zaměřením na jeho o kvalitu.

Z pohledu pacientů se v průběhu hospitalizace jeví zásadním **přístup pracovníků**, který by měl být vyjádřený v ideálním případě podporou, pozorností, empatií, bezpečím a důvěrou. Empatický přístup, komunikace a podpora je ze strany některých pacientů zmiňována jako možnost, jak předejít využití omezovacích prostředků.

Respondent: „Já si myslím, že by to mělo být víc o nějakém partnerství, o nějaké vzájemnosti, o nějakém dejme tomu vedení a podobně.“

Výzkumník: „Myslíte mezi lékaři a vámi?“

Respondent: „Ano. Personálem a mnou nebo pacientem obecně. Nejen mnou.“ (Pacientka 6).

Výzkumník: „Napadá vás nějaký jiný způsob řešení situací, kdy jste byl omezen, který by pro vás byl příjemnější?“

Respondent: „Že by mě třeba někdo uklidnil. Přítelkyně by mi pomohla.“

Výzkumník: „Někdo, ke komu máte důvěru a máte ho rád?“

Respondent: „Ano“ (Pacient 16).

“dá se s tím pacientem mluvit nebo se dá použít nějaké formulky, nějaké chování i ze strany personálu, kdy vlastně může dojít zklidnění i bez toho, aby muselo dojít k nějakému omezování“ (Pracovnice 3).

Konstantní veličinou, která vytváří rámec pro všechny vykonávané léčebné činnosti, je čas. Proměnnými jsou pak počet pracovníků, jejich kvalita (odbornost), počet pacientů na daném oddělení a jejich skladba (z hlediska diagnóz a potřeb). Pacientka 3 považuje dostatek času a možnost vyslechnutí za klíčové v prevenci použití omezovacích prostředků:

„Podle mě tam hraje obrovskou roli čas. Když má někdo čas pacienta vyslechnout, tak pak se tomu [omezení] dá i vyhnout.“

„bychom měli více času na pacienta, [...] většinou je individuální přístup k pacientovi fajn, můžeme něco řešit s deseti pacienty, ale když to řešíme s jedním pacientem a posloucháme jen jeho, tak vychytáme mnohem víc z té komunikace a i on vychytá mnohem více. Protože zpětná vazba je okamžitá, ne po“ (Pracovník 10).

Jako další potřebná změna pro zlepšení podmínek péče byla mnoha pacienty udávána možnost **pohybu mimo budovu** - vycházky, čerstvý vzduch, zahrada.

„rozhodně víc chodit ven. Třeba přibrat ještě dva, tři zaměstnance, aby se mohlo chodit ven. Protože jít na vzduch, to dělá hodně s psychikou“ (Pacientka 7).

Dále možnost mít u sebe osobní věci, mít více soukromí (například při telefonování, spánku), náplň času, možnost psychoterapie, možnost kontaktu s psychologem, být „vyslechnut“ personálem (svěřit se).

„pomáhají návštěvy, osobní věci, protože k nim máte vztah, procházky, vzduch, dobrovolník, který poslouchá, edukace, že se nemoc může vrátit a že léky je nezbytné po nějakou dobu brát. [...] kdyby mohl s X někdo být – z rodiny, dobrovolníci, někdo, komu člověk věří, také více soukromí, dělat věci, které pacienti zajímají“ (Pacientka 13).

A v neposlední řadě bylo zmiňováno snížení počtu lůžek na pokojích a prostorové úpravy, které mnohdy limitují poskytování odpovídající péče.

„kdyby riziková pacienta nebyli spolu, tak by nenastala situace, že jeden vstane a jde k tomu druhému a personál to vyhodnotí, že je nebezpečný pro toho pacienta, tak ho zkurtuje“ (Pracovník 6).

„My jsme v práci hodně limitováni uspořádáním oddělení, protože jsou to všechno staré budovy. Určitě nejsou ideálně přizpůsobené tomu, co tady děláme. Ideální by bylo mít víc samostatných pokojů. Hezčí prostředí, aby se tady pacienti cítili lépe. [...] prostředí nás limituje. Určitě by to chtělo víc izolačních místností, víc samostatných pokojů. Pro akutní pacienty, skoro možná pro všechny, aby byl každý sám v pokoji. To si myslím, že by bylo určitě potřeba“ (Pracovnice 2).

Ve prospěch efektivity léčby a kontinuity péče zmiňovali pracovníci i pacienti potřebu větší **provázanosti (spolupráce) ambulantní, terénní a lůžkové péče**. Jako podpůrné v rámci léčby, byly jmenovány kavárna, nízkoprahový klub, peer programy, centrum duševního zdraví, stacionář, poradenství (edukace) pro děti, krizové centrum, spolupráce s externími poskytovateli sociálních služeb.

„Určitě by bylo fajn, kdyby se více spolupracovalo se sociálními službami [...] je [s nimi] taky trošičku problém, protože je tam málo místa. Mnohdy suplujeme i ty sociální služby, nemuseli bychom, protože jsme nemocnice“ (Pracovník 10).

Někteří pracovníci zmiňovali nesouhlas se zrušením síťových lůžek, především pro pacienty s poruchou autistického spektra a pacienty s mentální retardací, který odůvodňovali tím, že nemají k dispozici žádná lepší či adekvátní řešení.

„Chybí nám síťové lůžko, když mají sebepoškozování. Kdybychom je dali do jejich síťáku, byli by spokojení“ (Pracovnice 11).

Oproti tomuto pohledu stojí zkušenost se spoluprací s externí organizací, jejíž pracovníci docházejí za pacienty a pracují s nimi.

„za nimi dochází asistentka z [název organizace], což je pracovnice, která má zkušenosti s autistickými pacienty, tak to se mi líbí, že tady mají takovou péči. A zase je to o těch rodinách, které si to musí zaplatit. Bylo by fajn, kdyby... tady nějaká terapeutická práce vlastně vůbec není“ (Pracovnice 5).

Potřebnou změnu spatřují pracovníci rovněž v **edukaci pacientů a jejich blízkých ve smyslu porozumění nemoci**, dále v pozornosti personálu a včasném rozpoznání varovných příznaků díky **spolupráci lékařů, nelékařů, pacienta a blízkých**.

„Já myslím, že pokrok by měl být v tom, aby se to těm lidem už nestalo znova, aby se díky lepším lékům a lepší edukaci drželi stabilněji. A další krok je rozpoznat lidi, u kterých to ještě není nutné, a zklidňovat je nějakými léky. Já myslím, že se to dá výrazně omezit, ty omezení. Jako úplně to zrušit, to není reálný, [...] když jsou dobře edukovaní a dobře vedení, tak jsou schopni sami nebo za pomoci

blízkých osob včas rozpoznat varovné příznaky, že to směřuje k tomu, že to skončí neklidem, a včas nasadí příslušnou medikaci nebo udělají nějaká opatření, která by tomu stavu zamezila“ (Pracovník 6).

Podle výpovědí komunikačních partnerů by ke zlepšení péče a snížení počtu omezení mohlo vést rovněž **navýšení počtu pracovníků a větší zastoupení dalších profesí**, například sociálních pracovníků, kteří by byli schopni řešit s pacienty jejich sociální situaci a případně následnou sociální péči, a dalších odborných pracovníků, kteří by se pacientům věnovali v rámci ošetrovatelské péče po stránce jejich prožívání, aktivizace a edukace.

„rozšířit tým sociálních pracovníků, zejména na chronických odděleních je to hrozně potřeba, ale ono je to hrozně provázaný celý ten systém, takže jak sociální pracovnice, aby neměla na starost tři čtyři oddělení, ale aby mohla být tady a řešit to s nimi, viz aby fungovaly vůbec sociální domy venku, kdy tady jsou to pak občas sociální pobyty a ne nemocniční“ (Pracovnice 5).

„Musí se zahájit péče na jiné úrovni, právě aby se ty lidi vyčlenili, a pak tady musí být osazenstvo, že se bude věnovat každému zvlášť. [...] S tím si bude číst noviny, s tím si bude hrát, nebo ten si bude hrát s brčkama, tak ten nepotřebuje žádnou péči, [...] že to bude mít každý podle svých potřeb, že bude mít každý dejme tomu individuální péči“ (Pacient 10).

Pacientka 7 dává do souvislosti motivaci pracovníků a jejich **pracovní zátěž a platové ohodnocení**.

„Chápu i ty zaměstnance, že jsou demotivováni tím platem. Oni fakt tady mají... Třeba včera byla fakt přišerná noční. Paní dostávala jeden epilepták za druhým, do toho příjem, do toho ještě ti stálí pacienti, kteří jsou v tom ‚brokolice‘ stavu. My tomu říkáme brokolice v pyžamu, [...] je zrovna po elektrošokách, [...] chodí jak zombík, [...] já se ani prakticky nezlobím na ty sestry, ani na ty bratry jako, protože oni jsou fakt demotivováni tím platem, [...] to je prostě přišerný.“

Z **hlediska vývoje změn** pracovníci uváděli, že došlo k celkové humanizaci péče a zavedení administrativy, která by měla sloužit jako ochrana pracovníků (stížnosti a případné soudní spory) i pacientů (zneužívání omezení). Nejčastěji reflektovali lepší léky, které mohou přispět k eliminaci fyzického omezení nebo šetrnější provádění omezení díky materiálům, ze kterých jsou omezovací prostředky vyrobeny (kurty). Malé je povědomí o tom, jaké postupy a metody pro prevenci nebo řešení neklidu u pacientů se používají v zahraničí. Z výpovědí pracovníků rovněž vyplývá, že se soustředí spíše na procesy a způsoby práce na oddělení (v místě), kde pracují, a o způsobech práce jinde nemají mnoho informací.

6.1 Pohled na používání omezovacích prostředků se v čase mění

Když se mluví o používání omezovacích prostředků v psychiatrických lůžkových zařízeních, zdá se, že to, jak situacím aktéři rozumějí, není definitivní. Jejich názor se může vyvinout, v průběhu času změnit. To je to, o co se více nebo méně snaží zdravotničtí pracovníci – aby pacienti nahlédli, že omezení bylo nezbytné, případně, že jim i pomohlo. Rovněž u pracovníků však dochází ke změně pohledu na legitimitu, způsoby a frekvenci používání omezovacích prostředků a to zejména při srovnání jejich používání v minulosti a dnes, kdy je právně ukotveno, podléhá nutné administrativě a je předmětem zvýšeného zájmu s ohledem na téma dodržování lidských práv. Tedy i to, jak omezování celkově chápou pracovníci, je přístupné proměnám, byť spíše v horizontu let.

Respondentka: „Určitě si myslím, že se udělalo, aby se to nemohlo zneužívat, to se udělal velký kus práce.“

Výzkumník: „Že to tak dřív bylo, že se to opravdu zneužívalo? Že jste to zažila třeba?“

Respondentka: „No, zlobili, tak šli do té místnosti, jenomže ...“

Výzkumník: „Že to bylo nadužívaný?“

Respondentka: „Protože oni by se tam třeba mlátili mezi sebou, tak ten nejhorší, co to vyprovokoval, šel do místnosti, a pak když byl hodný, tak se pustil. Ale jestli se tam počůral, jestli měl zrovna žízeň, to [...] nikdo neřešil. Teď to zpětně vidím, ale v té době si nikdo z nás nemyslel, že něco děláme špatně. Bylo to tak nastavený“ (Pracovnice 7).

7 Hlavní zjištění

Sled událostí, které vedou až k použití omezovacího prostředku, je velmi rozmanitý. Dění na samotném oddělení vždy něco předchází. Může to být i nějaká forma konfliktu s blízkými, policií, záchrannou službou, zdravotníky nebo pracovníky jiného zařízení, která v důsledku vyústí v omezení na uzavřeném oddělení. Některé události se tak odehrávají mimo vlastní místo, kde potom k omezení dojde. Jiné se ale naopak odehrávají přímo zde. Pracovníci i pacienti referovali o používání deeskalačních postupů, ale i o záměrné či nezáměrné eskalaci, tedy jednání, které zvyšuje pravděpodobnost, že dojde k použití omezovacího prostředku.

Důležitou roli v předcházení i průběhu omezení hraje znalost pacientů ze strany pracovníků. Někdy pomůže omezení předejít, ale také může vést k rutinnímu postupu. Pracovníci během omezení postupují do značné míry zaběhlým způsobem, uplatňují přitom určité členění pacientů (intoxikovaní, osoby s diagnózou mentální retardace, osoby v manické epizodě aj.). Jako důležité pro jejich přístup může být také to, zda se z jejich pohledu pacient zachoval nemorálně nebo si v jejich vnímání situace do jisté míry současný stav způsobil sám.

Omezovacími prostředky, které byly zmiňovány nejčastěji, bylo kurtování a pobyt v izolační místnosti, přičemž současně obvykle dochází k aplikaci farmak.

O ukončení omezení se rozhodují pracovníci na základě toho, jak situaci hodnotí, všímají si pacientových projevů, posuzují míru náhledu a projevenou ochotu ke spolupráci. Významnou roli ale může hrát i aktuální kapacita oddělení – např. potřeba uvolnit rychle lůžko v izolační místnosti, na které bude umístěn jiný pacient či pacientka.

To, jak na omezení pacienti zpětně nahlíží, úzce souvisí s tím, do jaké míry chápou omezení jako nezbytné nebo spíše nespravedlivé, či dokonce kruté.

Někteří pacienti vnímali užití omezovacího prostředku jako adekvátní, většina z nich ale popisovala bezmoc, ponížení a dehumanizaci. Pozitivně hodnotili pacienti zážitek z respektující komunikace.

Po ukončení omezení dochází zřídka k rozhovoru, ve kterém by byla situace zpětně reflektována. Záleží na zájmu pacientů i na tom, jak potřebnost takového rozhovoru vyhodnotí pracovníci. Pokud tyto rozhovory probíhají, mají převážně edukativní charakter s cílem vysvětlit pacientovi, jak se věci odehrály z pohledu pracovníků.

To, jak o omezování uvažují pracovníci, má svou zřetelnou racionalitu. Pro omezování v úzkém i širším smyslu mají srozumitelné důvody. Použití omezovacích prostředků popisují jako krajní možnost, jejímž cílem je zajištění bezpečí pro pacienta i okolí. V této racionalitě jsme také identifikovali prvky profesionální skepse (pacienty bývá obtížné přesvědčit o nutnosti použití omezovacích prostředků, někteří se opakovaně vrací v horším a horším stavu). Součástí této racionality je rovněž ambice ovlivnit chování pacientů i za zdmi uzavřeného oddělení.

Pro prostředí, ve kterém jsme prováděli výzkum, je běžná nápadná různost pohledů pracovníků a pacientů. Odlišné se jeví pohledy na to, co omezení předcházelo a jaký další postup je nejvhodnější, aktuálně i do budoucna.

Kromě omezovacích prostředků jsme popsali i řadu dalších aspektů, které pacienti vnímají jako omezující. Omezovací prostředky jsou součástí spektra „větších“ (nedobrovolná hospitalizace) a „malých“ omezení, jako je omezený kontakt s vnějším světem, regulace kouření nebo možnosti vyjít ven na pozemek přilehlý k oddělení. Tento rámec všech možných omezení je také využíván jako nástroj pracovníků k ovlivnění chování pacientů.

Klíčový pro pochopení toho, co se při omezování v širším smyslu během nedobrovolné hospitalizace odehrává, je koncept *spolupráce*. Chování, které pracovníci nazývají spoluprací, chápou pacienti jako poslušnost, podvolení se. Přes tuto odlišnost pohledů zřejmě většinou dochází k situacím, které personál vyhodnotí jako dostatečnou míru spolupráce pro postupné zmírnění omezení, přeložení na jiné oddělení, či propuštění. V tomto smyslu tedy můžeme říci, že omezování je efektivní intervence. Rozdílné pohledy na to, co se vlastně stalo, zda a jaká forma omezení byly nutné, ovšem mohou přetrvávat, spolu s traumatizujícími prožitky pacientů. Upozornili jsme v této souvislosti na riziko potenciálně závažných „vedlejších účinků“, které v konkrétních případech mohou být významnější, nežli zamýšlený efekt těchto intervencí. Chceme tím říci, že i když jsou omezovací prostředky a souběžně se vyskytující další omezení krátkodobě efektivní, existují významné indicie, že pro část pacientů má jejich aplikace závažné důsledky.

Na použití omezovacích prostředků má přímý vliv zdravotnický tým, který při omezování spolupracuje. Jedná se zjevně o práci, která je náročná na odolnost. Pracovníci těchto týmů refleктоvali, že je práce baví, že je hodně pestrá a dynamická. Vnímali důležitost vzájemné podpory v týmu. I když všichni pracovníci procházejí pravidelným školením, výrazně více času je věnováno technické stránce omezování a bezpečí. Mnohem méně prostoru je věnováno deeskalaci. Zásadní roli pro praxi hraje předávání zkušeností v rámci oddělení. Způsob zvládnání profesní zátěže probíhá neformálně, supervize probíhá spíše výjimečně. Skupinová reflexe jednotlivých omezení se zpětným tázáním po jejich adekvátnosti v podstatě neprobíhá. Znalost praxe jinde v ČR nebo v zahraničí je spíše okrajová.

Kultura omezování, tedy to, co je v této oblasti považováno za ne/přijatelné, běžné a žádoucí, se mění v průběhu času. Pracovníci refleктоvali změny zákonné normy, zvýšenou roli dokumentace i materiální posuny – ústup od síťových lůžek, modernější kurtovací popruhy aj.

Většina pracovníků i pacientů uvádí, že změny v praxi používání omezovacích prostředků jsou možné, byť pracovníci jsou v tomto postoji zdrženlivější. Spektrum účastníky uváděných kroků, které by mohly vést ke změně, bylo velmi široké. Zmiňováno bylo materiální uspořádání – především více jednolůžkových pokojů, které by poskytly pacientům větší soukromí a mohly by snížit frekvenci kurtování. Mezi dalšími návrhy se objevovaly změny, které by umožnili pracovníkům více a osobně komunikovat s pacienty, což by mohlo mít dopad i na větší bezpečnost a snížení frekvence používání omezovacích prostředků. Zaznamenali jsme i návrhy na rozšíření aktivit na oddělení a zapojení dalších externích služeb do péče o pacienty.

8 Návrhy a doporučení

Na závěr přicházíme s několika návrhy a doporučeními.

System

Pokud se chceme bavit o změnách v oblasti omezování, je třeba se nesoustředit jen na místa, kde k omezování dochází. Podstatná bývá i situace a dění, které předcházely hospitalizaci. Cílenou pozornost je třeba věnovat složkám Integrovaného záchranného systému a zabývat se i dostupností a kvalitou krizové pomoci v komunitě. Navázání vztahu s pacientem a jeho dlouhodobá podpora umožní poskytovatelům komunitních služeb pohotověji reagovat na případné zhoršení stavu a včasnými intervencemi může vést k omezení výskytu dramatických situací, na které omezení často navazuje. Svou ne příliš pozitivní roli hraje fragmentovaný systém péče, kdy se člověk v krizi dostává do kontaktu s plejádou profesionálů. Poznat blíže pacienta a na druhé straně být vyslyšen je tak značně komplikované pro všechny zúčastněné.

Přístupy

Pozornost si jistě zaslouží postoje a chování pracovníků. Nezpochybňujeme význam různých kontrol a auditů. Zároveň postrádáme opatření, která by pomohla motivovat ke změnám samotné pracovníky. Jistě by byly užitečné zahraniční stáže, ale i sdílení dobré praxe v oblasti omezování v rámci ČR. V rámci dalšího vzdělávání jsou ke zvážení zážitkové metody, kdy by pracovníci mimo jiné mohli učinit také vlastní zkušenost s omezením. Důraz by měl být kladen také na osvojení deeskalačních technik a komunikaci vedle vlastního technického provedení omezení (úchopy). V případě komunikace ale nejde jen o její kvantitu, například stávající způsob provádění edukace se i pracovníkům jeví jako málo účinný.

Podmínky na oddělení

K eskalaci mohou vést i některá režimová opatření, jako je odebírání šperků během příjmu. I některá další pravidla jsou pacienty vnímána jako ponižující a/nebo nesmyslná. Doporučujeme zamyslet se nad stávajícími pravidly a režimovými opatřeními, nad jejich nezbytností a možnými změnami. Ke zvážení je rozšíření spektra denních aktivit, přítomnost dobrovolníků, peer konzultantů aj. Pozitivní by také mohlo být větší zapojení psychologů – např. během již zmíněné deeskalace. Souhlasíme s účastníky výzkumu, že přínos by mohly představovat i jednolůžkové pokoje a lepší dostupnost toalet. Uspořádání na oddělení by mělo umožnit více osobní komunikace pracovníků s pacienty.

Pobídky

Ze zahraničí i ze zkušeností sdílených účastníky výzkumu víme, že četnost omezování lze výrazně snížit. Otázka je, jak to udělat tak, aby tento cíl sdíleli ti, kteří omezování přímo provádějí. Z naší zkušenosti se jedná o hrdé profesionály, kteří budou těžko přijímat akademické rady. Nabízí se například systém grantů, které by přinesly výrazné investice do lidských i materiálních zdrojů, ovšem s jasným zaměřením na souběžné snížení frekvence použití omezovacích prostředků a zvýšením jejich přijatelnosti pro pacienty. V každém případě by měli být podpořeni pracovníci, kteří budou mít odvahu zavádět změny, a stejný přístup by měl být uplatňován i vůči celým oddělením a zdravotnickým zařízením.

Inspirace

Konkrétních opatření, která vedla k redukci omezování, je celá řada. Typické je zlepšení poměru počtu pracovníků ve vztahu k počtu pacientů (ruku v ruce s dalšími kroky, opatřeními a změnami),

zmenšení akutních oddělení, pozitivní ovlivnění atmosféry na oddělení (model Safeward), používání alternativních postupů – např. individuální kontakt, minimalizace režimových opatření při příjmu, pravidelný týmový debriefing následující po omezení atd. Zdrojem informací a nápadů mohou být dle našich zkušeností i pacienti, kteří omezení zažili na vlastní kůži.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII

Souhrnná zpráva, část 3.

Rešerše kvalitativního výzkumu omezovacích prostředků

Pavel Říčan



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Úvod

Opouštění omezovacích postupů je v jádru reformních snah v psychiatrii od úsvitu její moderní historie. Připomeňme Philippe Pinela, který se proslavil snímáním řetězů v nemocnicích Bicêtre a Salpêtrière okolo roku 1793 nebo italského reformátora Franca Basagliu.

Počet případů použití omezovacích prostředků je pravidelně uváděn jako jeden z indikátorů kvality lůžkové péče (Steinert et al 2010). Situace v jednotlivých státech se přitom liší zákonnou úpravou. Konkrétní omezovací prostředky mohou být v některých zemích zakázané nebo se prakticky neužívají (kurtování v UK, síťová lůžka ve většině evropských zemí). V používání omezovacích prostředků existují mezi zeměmi četné rozdíly dané zřejmě odlišnou kulturní tradicí a zvyklostmi (Raboch et al. 2010). Ve vztahu k omezovacím prostředkům ale panuje shoda, že se mají používat jako poslední (krajní) opatření a až poté, co byly vyčerpány méně restriktivní způsoby zvládnutí situace. Řada vlád vyspělých zemí podniká kroky k systematické redukci používání omezovacích prostředků. Existuje také celá řada organizací a institucí, které vnímají toto téma jako klíčové (Promise Global, Mental Health Europe aj.) Že cílené snížení frekvence používání omezovacích prostředků je možné, bylo opakovaně prokázáno (Scanian 2010, Putkonen et al. 2013).

Účelem této rešerše je přinést stručný přehled výsledků kvalitativního výzkumu, který se zabýval tématem omezovacích prostředků. Soustředím se přitom na rámcové porovnání s výsledky, které přinesl kvalitativní výzkum realizovaný naším výzkumným týmem. Textů k tématu omezovacích prostředků je značné a stále rostoucí množství, samostatnou pozornost by si zasloužila rešerše postupů, které se osvědčily při redukci omezování.

V rámci kvalitativního výzkumu omezovacích prostředků existuje celá škála různých přístupů. Zřetelný je přitom rostoucí zájem o systematické zkoumání zkušeností pacientů, ale i pracovníků. Poslední vývoj potom směřuje ke zjišťování návrhů účastníků (pacientů a pracovníků) na změny v praxi. V tomto pojetí jsou pacienti a pracovníci klíčovými experty, kteří rozumějí situaci a mohou ze své pozice přinášet cenné nápady a návrhy.

Dopady použití omezovacích prostředků na pacienty

Naše závěry poukazující na negativní zkušenosti většiny pacientů – účastníků výzkumu s používáním omezovacích prostředků nejsou nijak ojedinělé.

Wynn (2004) píše o pocitech úzkosti, strachu a hněvu. U některých pacientů se setkal se zážitky, které vyvolaly dříve prožitá traumata. Podobný jev – tedy *retraumatizaci* popsali i Bonner et al. (2002) a Mellow et al. (2017), který hovoří přímo o riziku iatrogenního poškození. Výslovně o traumatu potom píše například Brophy et al. (2016).

Cusack et al (2018) shrnují ve své metaanalýze fyzického omezování hlavní témata, kterými jsou podle nich: trauma, pocity přehlížení, dehumanizace, ponížení, strach, uplatňování kontroly a moci. Zážitky bezmoci a ponížení mohou být umocněny režimovými opatřeními, jako je svlékání a odebírání osobních věcí (Meehan et al 2000).

Ojediněle se objevují i odkazy na zklidňující efekt fyzického omezení, zvláště pokud byla zároveň podána farmaka (Wynn 2004). I ve velkém průzkumu zkušeností pacientů s omezováním ve státě New York (Ray et al 1996) se vyskytlo malé procento respondentů, kteří hodnotili použití omezovacího prostředku pozitivně. Ohlasy na profesionálně provedené mechanické omezení, které mělo zklidňující efekt, zachytili i Lanthén et al. (2015).

Ve výzkumu Wilsona et al. (2017) se většina pracovníků i pacientů shodla, že použití omezovacího prostředku je někdy nutné.

Spolupráce

V našem výzkumu jsme poukázali na důležitost vyhodnocování spolupráce v kontextu uzavřených oddělení. Toto téma rezonuje i v některých jiných výzkumech. Například (Brophy et al 2016) zmiňují ve spojení s omezováním téma *compliance* (vyhovění, splnění, dodržení), které rámuje spíše negativně jako součást paternalistického přístupu personálu. O *compliance* píše také Meehan et al (2010): pacienti popisovali, jak chováním, které je hodnoceno jako spolupracující, mohou zkrátit dobu pobytu v izolační místnosti.

V dalších výzkumech vnímali pacienti použití omezovacích prostředků jako trest (Mayers et al 2010).

Zkušenosti pracovníků

V našem výzkumu jsme identifikovali některé prvky racionality pracovníků, kdy pracovníci konstatují, že omezovací prostředky nepoužívají rádi a že je považují za krajní řešení.

To odpovídá poznatkům z jiných studií (Bonner et al 2002, Wilson et al. 2017). Respondenti ve výzkumu Wilsona et al. (2017) označovali používání omezovacích prostředků za „nutné zlo“ a reflektovali, jak je obtížné skloubit dohromady orientaci na zotavení s používáním síly.

Podobné závěry přináší Bigwood & Crowe 2008, když píše o pracovnících, kteří sice chápou používání omezovacích prostředků jako svoji práci, zároveň zažívají konflikt mezi požadavkem na zajištění kontroly nad situací a hodnotami terapeutického vztahu.

Sequiera & Halstead S. (2004) píše o náročných rolích sester, které se účastní používání omezovacích prostředků. Popisují jejich různé strategie zvládání stresu. Někteří jejich respondenti hovořili o „vytvrzení“ vzhledem k používání omezovacích prostředků i o tom, že postupují automaticky a bez emocí.

Změny

Podobně jako v našem výzkumu, i v některých zahraničních zprávách byli respondenti (pacienti i pracovníci) vyzýváni, aby mluvili i o tom, co by bylo možné změnit pro snížení frekvence omezování. Jako dominantní se zdá být porozumění a pozornost věnovaná pacientům před eskalací, pokud možno fyzická přítomnost během omezení a debriefing po použití omezovacího prostředku (Lanthén et al. 2015, Van Den Merwe et al. 2013). Wilson et al. (2018) zmiňují důležitost znalosti pacientů (osobní známost či znalost spouštěčů nebezpečného chování). Wilson et al. 2018 si rovněž všímají toho, že zdravotní politiky přináší důraz na snižování používání omezovacích prostředků a zdůrazňují, že zavádění změn by mělo být bezpečné pro pracovníky i pacienty.

Literatura

- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International journal of mental health nursing*, 17(3), 215-222.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J., & McSherry, B. M. (2016). Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International journal of mental health systems*, 10(1), 6.
- Cusack, P., Cusack, F. P., McAndrew, S., McKeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International journal of mental health nursing*, 27(3), 1162-1176.
- Lanthén, K., Rask, M., & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: an interview study. *Psychiatry journal*, 2015.
- Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., & Flisher, A. J. (2010). Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 60-73.
- Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of advanced nursing*, 31(2), 370-377.
- Mellow, A., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2017). Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 1-15.
- Mental Health Europe (2019, January) Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe, retrieved from <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/Coercion-Report.pdf>
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O. P., Kautiainen, H., & Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(9), 850-855.
- Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., ... & Kjellin, L. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012-1017.
- Ray, N. K., Myers, K. J., & Rappaport, M. E. (1996). Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: A survey of former patients of New York State psychiatric facilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(1), 11.
- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423.

- Sequeira, H., & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: 'When I go home, it's then that I think about it'. *The British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3-15.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., ... & Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(9), 889-897.
- Van Der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203-215.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(3), 188-200.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2017). Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International journal of mental health nursing*, 26(5), 500-512.
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 124-144.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII

Souhrnná zpráva, část 4.

Shrnutí dat z evidence omezovacích opatření

Tomáš Petr



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

1. Úvod

Na základě šetření probíhajícího v rámci projektu Deinstitutionalizace jsme získali data z povinné evidence omezovacích opatření od psychiatrických nemocnic/léčeben a psychiatrických oddělení přímo řízených MZČR. Shromáždili jsme informace z **15 psychiatrických nemocnic/léčeben (z toho 3 dětské psychiatrické nemocnice) a ze 7 psychiatrických oddělení fakultních nemocnic (včetně NUDZ).**

Získaná data jsou za období od 1. 1. 2018 do 30. 6. 2018.

Oslovená zdravotnická zařízení vedou evidenci omezovacích opatření a byla schopna poskytnout vyžádané informace.

Vzhledem k tomu, že se jednotlivá zdravotnická zařízení navzájem velmi liší např. strukturou cílové skupiny, celkovým počtem lůžek, návazností na další psychiatrické služby nebo také přístupem ke sběru dat, jsme se v interpretaci dat snažili vyvarovat srovnávání jednotlivých pracovišť. To by dle našeho názoru bylo zavádějící a nepřesné. Některé hlavní odlišnosti jsme se však pokusili pojmenovat, aby mohly sloužit pro další diskusi.

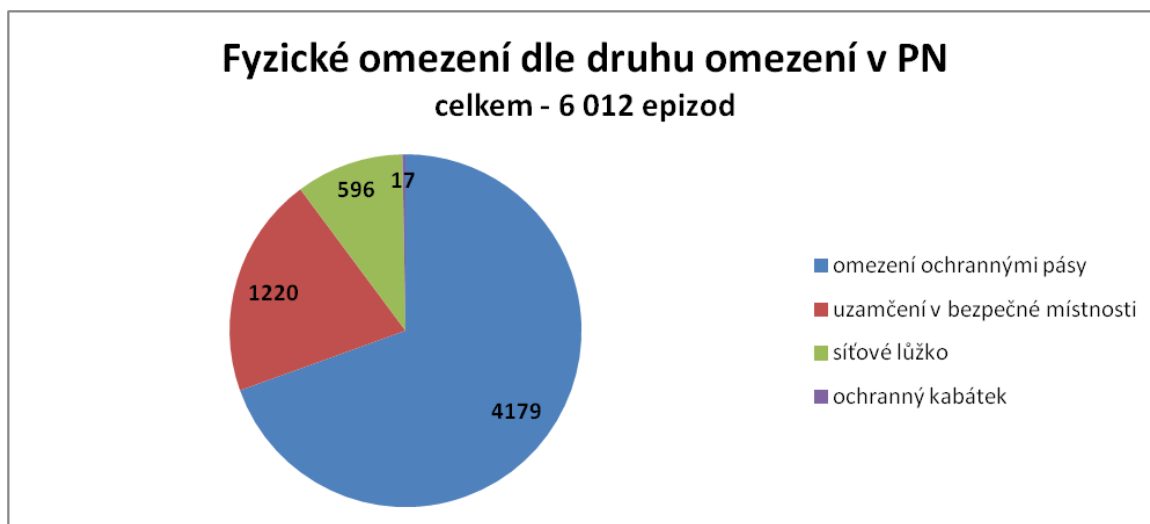
Zkušenost s nějakou formou omezení mělo v období sledovaných 6 měsíců **2 616 pacientů**, což dokládá, že nejde o marginální téma, ale naopak problematiku, které je potřeba věnovat cílenou a trvalou pozornost.

2. Psychiatrické nemocnice/léčebny (15 pracovišť)

Omezovací prostředky byly použity ve všech PN s výjimkou jedné (specializované na léčbu závislostí). Všechny PN evidovaly používání omezení v lůžku, uzamčení v bezpečné místnosti a použití síťového lůžka. 6 psychiatrických nemocnic neevidovalo podávání psychofarmak jako omezovací opatření. To lze interpretovat tak, že v těchto zařízeních k podávání léčiv proti vůli pacienta nedochází nebo takováto podání nevnímají jako omezovací opatření a tudíž je neevidují. Vzhledem k tomu, že se v těchto PN běžně používaly fyzické omezovací prostředky, předpokládáme, že jejich použití bylo provázeno také podáním psychofarmak. Proto se domníváme, že jde spíše o nedostatečnou evidenci než absenci podávání psychofarmak proti vůli pacienta. Používání ochranného kabátku bylo evidováno pouze ve dvou psychiatrických nemocnicích (celkem v 17 případech). Používání úchopů bylo evidováno pouze na jednom pracovišti, přestože k jejich používání pravděpodobně dochází i v ostatních nemocnicích.

Ve sledovaném období bylo zaznamenáno celkem **6 012 epizod fyzického omezení**. Nejčastějším druhem omezení je omezení za použití popruhů, následuje uzamčení v bezpečné místnosti a omezení v síťovém lůžku.

- omezení v lůžku: 70%
- uzamčení v bezpečné místnosti: 20%
- síťové lůžko: 10%



Výše uvedené epizody fyzického omezení se týkaly 1 759 pacientů. Z dat vyplývá, že u části pacientů dochází k opakovaným epizodám omezení. Nejčastěji dochází k 1-2 epizodám omezení na jednoho pacienta. Byly však zaznamenány také případy, kdy byli pacienti omezováni opakovaně více než 20x.

Ze získaných dat jsou zřejmé rozdíly v preferenci druhů používaných omezovacích opatření v jednotlivých PN. Síťová lůžka se používají pouze v 5 psychiatrických nemocnicích. Uzamčení v bezpečné místnosti bylo evidováno ve 12 PN, omezení v lůžku pak využívaly ve všech PN (s výjimkou jedné, kde se omezovací prostředky nepoužívají vůbec). Je zřejmé, že některá pracoviště upřednostňují omezení pacienta uzamčením v bezpečné místnosti, zatímco jiná spíše preferují používání omezovacích popruhů. Jedním z důvodů přirozeně může být nedostupnost izolační místnosti, často se však jedná o určité zvyklosti a návyky typické pro daná pracoviště. Skutečnost, že se většina PN obejde bez síťových lůžek a ochranných kabátků, vyvolává otázku, zda je jejich používání nadále nezbytné.

Podrobnější analýza dat z jednotlivých pracovišť ukázala, že nejčastěji jsou fyzické omezovací prostředky používány na akutních/příjmových odděleních PN. Tam se odehrálo více než 70% všech epizod omezení. K dalším typům oddělení, kde jsou omezovací opatření používány častěji, patří gerontopsychiatrická pracoviště, detoxifikační oddělení a pak některá specifická oddělení pro chronické pacienty.

Index omezení = počet epizod fyzického omezení/ celkový počet lůžek PN. Tento index ukazuje, jak je omezování časté v poměru k velikosti zařízení. Může poukazovat např. na vyšší míru akutnosti poskytované péče v daném zařízení. Rozmezí indexu se pohybovalo od 0,01 do 0,86 (průměr – 0,36). Výjimkou je pracoviště, kde index omezení dosáhl hodnoty 6,0.¹

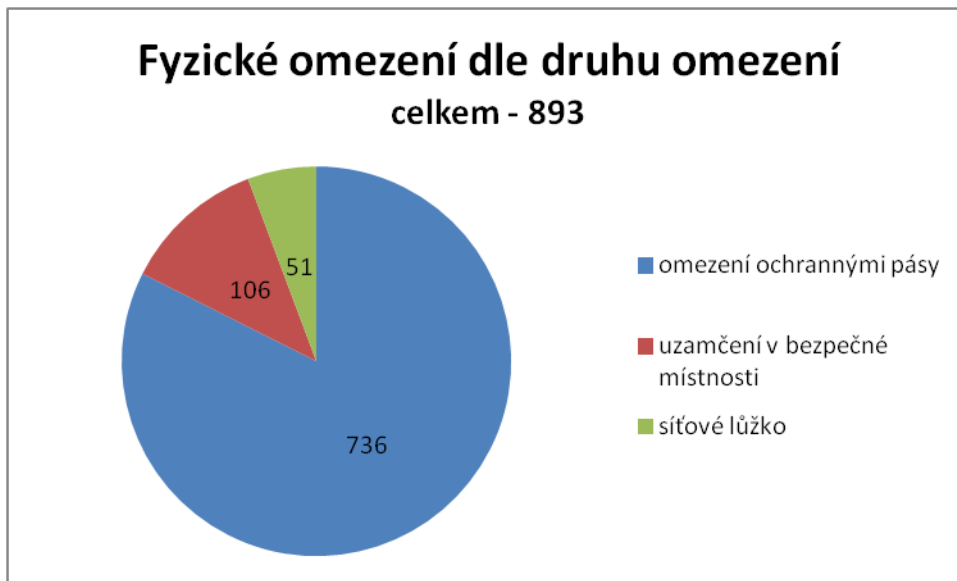
¹ Jedna PN se významně statisticky odlišovala od ostatních pracovišť. Počet epizod fyzického omezení v tomto konkrétním zařízení tvoří 52 % z omezení evidovaných ve všech zařízeních dohromady a mnohonásobně převyšuje průměr na jedno zařízení. PN se srovnatelným počtem lůžek a skladbou pacientů mají až 10x nižší výskyt epizod omezení. U 135 pacientů v této PN došlo celkem k 3 116 epizodám omezení (v průměru 23 omezení na pacienta). Index omezení dosáhl hodnoty 6,0. Důvody těchto odlišností nejsou z dostupných dat zřejmé. Telefonátem do dané PN bylo zjištěno, že vysoký počet evidovaných omezení se týká opakovaného omezování gerontopsychiatrických pacientů břišním pásem (prevence pádu).

3. Psychiatrická oddělení (7 pracovišť)

Omezovací prostředky jsou používány na všech pracovištích s výjimkou jednoho pedopsychiatrického oddělení.

Ve sledovaném období bylo zaznamenáno celkem **893 epizod fyzického omezení**.

- omezení v lůžku: 82%
- uzamčení v bezpečné místnosti: 12%
- síťové lůžko²: 6%



Index omezení byl vyšší než v PN. Pohyboval se v rozmezí 0,02 – 3,53 (průměr - 1,42), což naznačuje očekávanou vyšší koncentraci pacientů v akutním stavu na těchto pracovištích.

4. Hlavní zjištění

1. Používání omezovacích prostředků bylo za 6 sledovaných měsíců použito u více než 2 600 pacientů. Přibližně 70% všech omezení v PN se odehraje na akutních/příjmových odděleních. Nejvíce využíváno je omezení pomocí kurtů, následuje uzamčení v bezpečné místnosti, síťové lůžko a ochranný kabátek.
2. V tom, jaké omezovací prostředky jsou používány, jsou v jednotlivých zařízeních značné rozdíly. Roli zřejmě hraje materiálně technické vybavení a zvyklosti jednotlivých nemocnic/oddělení.

Tato omezení poctivě evidují, což má za následek jejich vysoké počty. Otázkou je, zdali je praxe na obdobných gerontopsychiatrických odděleních odlišná nebo zdali se liší způsob evidence těchto opatření. Tyto výsledky by zasloužily bližší šetření a seznámení se s praxí s používáním omezovacích opatření v této PN.

² Síťová lůžka se používají na 3 pracovištích, umístění pacienta v uzamčené místnosti rovněž evidovali ve 3 zařízeních. Omezovací popruhy byly používány ve všech s výjimkou jednoho pracoviště.

3. Ve vykazování použití omezovacích prostředků jsou zjevně odlišné praxe. Rozdíly mezi jednotlivými zařízeními tedy mohou odrážet odlišné postupy, ale do určité míry právě i odlišný přístup k vedení evidence. Parenterální podávání psychofarmak za účelem zklidnění pacienta patří dle zákona č. 372/2011 Sb. mezi omezovací opatření. Ze získaných dat vyplývá, že evidence tohoto omezovací opatření není v mnoha zdravotnických zařízeních vedena.
4. Předložená data jsou prvním pokusem o využití této statistiky na centrální úrovni. V případě, že Ministerstvo zdravotnictví stanoví strategické cíle v oblasti používání omezovacích prostředků, mohou sloužit jako „baseline údaje“, které umožní hodnotit změny.