

Psychiatrická praxe se někdy neobejde bez omezení pacienta na svobodě vč. omezení fyzického. Omezující prostředky, resp. jejich medializace, budí poměrně velkou pozornost. Zkušenosti odborníků i výsledky studií jsou v rozporu s laickými představami veřejnosti. Tento článek shrnuje vývoj použití omezujících prostředků u nás a ve světě, jejich provedení, důvody, oprávněnost, popř. zakotvení v legislativě jednotlivých zemí. Shrnuje výsledky studií, resp. poukazuje na jejich nedostatky. Přehledně jsou shrnuty mezinárodní standardy omezujících prostředků, současný metodický pokyn MZ ČR a připravovaná zákonná úprava.

OMEZUJÍCÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII

MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.

Psychiatrická léčebna Bohnice, IPVZ, Praha

Psychiat. pro Praxi 2008; 9(5): 243–245

V klinické psychiatrii jsou za omezující prostředky (angl. coercive measures or compulsive measures) pokládány:

- *mechanické omezení (angl. mechanical restraint, míněno kurtování),*
- *izolace (angl. seclusion),*
- *fyzické omezení (angl. physical restraint, míněno držení pacienta personálem a použití chvatů),*
- *ochranná lůžka (angl. protective beds, míněna síťová a klecová lůžka).*

V poslední době se k tomu přidružují pojmy jako nucená medikace či nedobrovolná hospitalizace, což komplikuje situaci, neboť jde o samostatné medicínsko-právní problémy, nikoli o omezující prostředky.

Agrese ve společnosti na bedrech psychiatrie

Společnost klade psychiatrii za úkol nejen diagnostiku, léčbu a prevenci duševních poruch (jak je tomu v jiných oborech), ale i ochranu společnosti před agresivními jedinci.

Např. v bohnické léčebně je tč. 75 pacientů v ochranném léčení ústavním, téměř 100 pacientů v ochranném léčení ambulantním sexuologickým, obvykle je zde několik desítek pacientů hospitalizovaných bez souhlasu (tedy z důvodu, že ohrožují sebe nebo okolí). Na základě smlouvy s Policií ČR ambulantně non-stop vyšetřujeme pachatele trestných činů, zda jsou schopni policejních úkonů a pobytu v CPZ. V případech, že nejsou, poskytujeme léčbu – obvykle jde o 2–3denní detoxifikaci od opiátů, nezděná takto začíná i léčba psychózy. Policie, RZS i kolegové z jiných zařízení si tak zvykli, že psychiatrická zařízení se postarají o agresivní jedince, zejména o osoby, které pod vlivem návykové látky nekontrolují své chování, ohrožují sebe nebo okolí, vzbuzují veřejné pohoršení. Takové osoby sice mají povinnost podrobit se ošetření a pobytu v záchytné

stanici podle § 17 zákona č. 379/2005 Sb. a samosprávné celky mají dle tohoto zákona povinnost zřídit záchytné stanice s dojezdovou vzdáleností do 45 minut (viz Psychiatrie pro praxi 3/2008 str. 149). V Praze ani okolních krajích ale taková záchytná stanice neexistuje. (Záchytná stanice ve FN Na Bulovce je výhradně protialkoholní.) V neposlední řadě musí psychiatrická zařízení zvládat řadu agresivních jedinců, kteří nejsou intoxikováni ani netrpí žádnou léčitelnou psychickou poruchou.

Z historie

Za demonizaci omezujících prostředků si častěji mohou psychiatrii sami: v české učebnici psychiatrie psal o omezujících prostředcích naposledy prof. Kuffner v roce 1897, současně učebnice existenci omezovacích prostředků studentům „tají“. Nebo zůstaly tyto prostředky utajeny autorům učebnic, kteří (na rozdíl od zahraničních učebnic) na agresi a psychomotorický neklid doporučují farmaka či krizovou intervenci? Teprve v r. 2006 se omezovací prostředky vrátili do popsaného psychiatrického arzenálu díky Baudišovým Doporučeným postupům psychiatrické péče. To nahraďovalo nejrozumnějším občanským sdružením, jejichž boj za lidská práva v psychiatrii je dotován stovkami milionů korun, zatímco na psychiatrii se v ČR vydá jedno z nejmenších procent HDP v Evropě.

V listopadu 2003 vyvrcholila v českých médiích antipsychiatrická kampaň organizace *Mental Disability Advocacy Center*. Ve většině českých periodik jsme se tehdy mohli dovědět, že po přijetí na psychiatrii je pacient obvykle zavřen do klece a tam ponechán několik týdnů. Nejen v novinách, ale i v Poslanecké sněmovně o tom hovořil „pacient Celetka“. V *British Medical Journal* byl uveřejněn článek *Psychiatřiční pacienti ve střední Evropě jsou zamčeni v klecích* (<http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/327/7426/1249-c?eaf>). Později se ukázalo (již bez zájmu médií), že se mu nic podobného ne-

stalo. Necenzurovaná debata v médiích svědčí spíše o svobodě projevu než o špatné situaci v psychiatrických léčebnách. Věřím, že tehdy otevřená diskuze a aktivní edukace médií mají podíl na tom, že když se v poslední době opět objevily záběry přestrojených „dokumentaristů“ ukazující postele s postranicemi v ústavech sociální péče s komentářem, že jde o klece, česká média zareagovala spíše zasvěceně (každý Čech strávil dětství v takovém klecovém lůžku).

Mezinárodní srovnání

V mnoha zemích se na různé omezující prostředky pohlíží jako na nehumánní, nicméně názory na to, co je více a co méně humánní, se značně liší nejen mezi zeměmi, ale i mezi nemocnicemi ve stejné zemi. V některých západoevropských zemích (např. Německo, Norsko, Švýcarsko) jsou pacienti často kurtováni, což je ale zase v *Anglii* jako nehumánní zakázáno (bez povolení soudu). V *Dánsku* je zase pro nehumánnost zakázána izolace. V *Německu* se používá kurtování ve všech psychiatrických zařízeních (v 8 % zařízení je upřednostňována izolace, zatímco v 54 % zařízení se izolace nikdy nepoužívá). Síťová lůžka se v Německu nepoužívají a perličkou je, že ve stejný čas, kdy v ČR probíhala kampaň proti „klecovým lůžkům“, uveřejnil jeden německý lékař v *Medical Tribune* svůj „vynález“ klecového lůžka pro demenční pacienty, pro něž má být jeho klecové lůžko méně nebezpečné a humánnější než kurtování, a snažil se tento vynález patentovat. V *Rakousku* se izolaci dává přednost ve 20 % zařízení, 40 % zařízení ji nikdy nepoužívá, stále jsou zde používána i síťová lůžka a lůžka se železnou ohrádkou (klecová). Ve *Švýcarsku* se izolaci dává přednost ve 2/3 zařízení a kurtování 1/3 zařízení nikdy nezvolila (je částečně zákonem zakázáno). V *Norsku* se dává přednost kurtování, ve *Švédsku* a v *Holandsku* izolaci. V *USA* se dává přednost izolaci před kurtováním. V odborné literatuře v USA probíhá na toto téma široká diskuze, ovšem „restrictive measures“ jsou v USA považovány za adekvátní

a nepostradatelné. **Prevalence:** V použití omezujících prostředků jsou USA na 1. místě se svými 25 % omezených psychiatrických pacientů! V Evropě zjišťovala např. německá studie prof. Steinerta, že ze 14 tisíc psychiatricky hospitalizovaných bylo 9 % kurtováno či izolováno.

Legislativní úprava: V některých zemích je použití omezujících prostředků upraveno zákonem; jinde je třeba použití těchto prostředků hlásit soudy. Tak je tomu i v **Anglii**, která je dávana za vzor, že to jde i bez kurtování či síťových lůžek. Povoleno je tu jen „fyzické omezení“ – anglický personál drží pacienta rukama, dokud se nezklidní, aplikuje se přitom medikace a následně je zmedikovaný pacient zavřen do izolace. Ovšem pacienta s deliriem tremens by bylo třeba držet několik dní – zde se používá samozřejmě kurtování, jediný rozdíl je v tom, že se zároveň žádá soud o povolení.

Internacionální rozdíly jsou patrné i v opatřeních, kterými se reaguje na agresi: např. v Holandsku následuje po téměř 50 % agresivních případech izolace, zatímco nucená medikace se volí zřídka. Zatímco v Anglii nebo ve Švédsku (a zřejmě i v Čechách) je tomu naopak: nucená medikace častá (až v 50 % případů) a izolace se volí zřídka.

Co se označí na „nehumánní“, záleží na faktorech jako ne/dostatek personálu, ne/dostatek výcviku personálu, ne/adekvátní filozofie personálu, to vše se odvíjí od ne/dostatečných financí pro psychiatrickou instituci.

Omezující prostředky v praxi

V české psychiatrii si o omezujících prostředcích předáváme zkušenosti z generace na generaci, když nám je učebnice zatajily. Agitovaní psychotici jsou obvykle indikováni ke krátkodobému příkurtování (řádově desítky minut), zatímco např. maničtí pacienti agresivně porušující nemocniční řád k delší izolaci; řádově se jedná o dny, neboť tak dlouho obvykle trvá akutní mánie. Pacient však není zcela izolován – může přijímat návštěvy, často si pod zvýšeným dohledem chodí zakouřit s ostatními pacienty, sledovat televizi apod.

Těžce mentálně retardované pacienty jsme po dobu agrese umísťovali v síťových lůžkách. Někteří jsou bohužel agresivní dlouhodobě. Neklidné a zmatené pacienty vyššího věku obvykle „fixujeme“ kvůli nutnosti infuzní terapie (fixací končetiny, popř. fixací horní poloviny těla – není omezujícím prostředkem).

Za nejnebezpečnější považujeme ošetřování delirií, zejm. deliria tremens, neboť tato porucha vědomí a zmatenost spojená s hrubým třesem, bezcílnou hyperaktivitou a ohrožením vitálních funkcí trvá obvykle několik dní. Delirantní stavy odborně nejsou indikovány do psychiatrických zařízení a dostávají

se sem často proto, že jiné obory nejsou schopny zvládnout omezení pacienta.

Síťová lůžka se používala v ČR nejen v psychiatrických zařízeních, ale i na odděleních gerontologických, neurochirurgických, JIP, na záchranných stanicích. V psychiatrických zařízeních bylo „před Rowlingovou“ asi 300 síťových lůžek s velkým rozptylem v počtu těchto lůžek v jednotlivých léčebnách (PL Dobřany 131, PL Bohnice 14 síťových lůžek).

Nezmapována byla síťová lůžka v ústavech sociální péče, tak byla jednoduše zakázána.

Který omezující prostředek použít?

Výhody použití omezujících prostředků před zklidňující medikací jsou v některých případech zřejmé. Medikace by musela být zvýšeně užívána v případě zákazu omezujících prostředků. Výhodou ochranných (síťových) lůžek proti kurtování je možnost pohybu (při fixaci pacient neodežene ani mouchu, natož spolupacienta!). Výhodou síťového lůžka proti izolaci je možnost stálé osobní komunikace s pacientem.

Legislativa přikazuje, standardy doporučují užití „co nejméně omezujících prostředků“. Který prostředek je ale nejméně omezující? Na kongresech jsou psychiatři opakovaně vyzýváni k hlasování, jakému omezujícímu prostředku by dali přednost, a psychiatři opakovaně volí síťová lůžka. Svědčí to o tom, že tento omezovací prostředek je nejméně omezující?

Evidence based medicine

Máme medicínské důkazy o indikacích a efektech těchto intervencí? Podle metaanalýzy 2155 článků o omezovacích prostředcích z Cochrane Review (2001) neexistují kontrolované studie hodnotící efekt těchto omezení u psychicky nemocných. Jednotlivé „studie“ referují např. o závažných negativních dopadech omezujících technik, nenabízejí však alternativní cesty zvládnání rozvíjející se agrese. Data o omezovacích prostředcích dlouhodobě shrmažduje **mezinárodní studie EUNOMIA** (<http://www.eunomia-study.net>), ale praxe omezovacích prostředků by měla být seriózně prozkoumána stejně jako např. léčiva, např. randomizovanými studiemi zobecnitelnými na rutinní praxi. Tím se racionálně zabývá prakticky jen The European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG, viz <http://www.liv.ac.uk/eviprg/>).

Prof. Steinert z EViPRG provádí randomizovanou studii, srovnávající kurtování s izolací v akutní psychiatrii: Pacienti indikováni k omezení jsou randomizováni (zda izolace či kurtování) a po odeznění psychopatie dotazováni na prožívání omezení svobody, komunikace, lidské důstojnosti;

hodnoceny jsou změny jejich psychopatie a medikace. Jedná se o světově první studii tohoto typu.

Omezující prostředky a psychiatrické diagnózy: Steinert analýzou dat v 6 německých psychiatrických léčebnách zjistil, že nejčastěji jsou omezováni pacienti s organickými poruchami (30 % pacientů s touto diagnózou prošlo omezením), dále pak bývá omezeno přes 10 % psychotických pacientů (často s komorbidní poruchou osobnosti). Hospitalizovaných psychotiků je ale absolutně více než poruch osobnosti. Dále musí být omezena asi 2 % pacientů s poruchami způsobenými návykovými látkami (těch je ale relativně nejvíce). Celková doba trvání donucovacích prostředků na postižený případ se pohybovala od 4 do 120 hodin.

Vyvrácení zakořeněných mýtů

1. **Omezující prostředky jsou nástrojem moci psychiatrie** a obyvatelstvo se staví vůči nim odmítavě. Zkoumáním veřejného mínění u 1848 osob ze 4 západoevropských zemí bylo zjištěno, že většina veřejnosti považuje za nutné ošetření zmatených či psychotických pacientů i proti jejich vůli za použití omezujících prostředků, přestože ještě neohrožují sebe ani své okolí! Nebyl významný rozdíl mezi odpověďmi odborníků, laiků ani pacientů! V praxi se setkáváme spíše s podivem veřejnosti a příbuzných pacientů, proč psychotiky nesouhlasící s hospitalizací nepřijímáme či předčasně propouštíme. Přesto „ochránci lidských práv“ dokážou vytvořit mediální obraz, že téměř zdraví jsou bezdůvodně zavřeni a mučeni v psychiatrických léčebnách (viz např. název komise EU „Committee for the Prevention of Torture“).
2. **Omezující prostředky nemají nic do činnosti s psychopatií pacienta, nýbrž jen usnadňují ošetřování.** Studie však prokázaly, že s rostoucím PANSS (skóre psychopatie) roste i počet pacientů, které bylo třeba omezit.
3. **Léčení proti vůli pacienta je stejně zbytečné.** To lze vyvrátit studií, kde nedobrovolní psychotičtí pacienti měli na začátku léčby horší PANSS než dobrovolní, ale při propuštění měli PANSS stejný jako dobrovolní pacienti. Zlepšení psychopatie bylo tedy u nedobrovolně přijatých pacientů větší.
4. **Násilí v psychiatrii stoupá díky používání omezujících prostředků.** Jde o záměnu příčin a následků – viz 1. odstavec. Bylo prokázáno, že agrese v psychiatrických zařízeních stoupá jak při extrémně velkém, tak při extrémně malém používání omezení. Nejnížší agresivitu tedy zajistíme optimálním používáním těchto prostředků.

Zásady použití omezujících prostředků dle mezinárodních standardů:

- Definovat jejich důvod (tím nesmí být usnadnění péče).
- Užívat jako krajní řešení pro ochranu pacientů a personálu po dobu co nejkratší.
- Použít co nejmírnější a nejhodnější omezovací prostředek.
- Pátrat po příčinách problémového chování (např. bolest, nepohodlí, vedlejší účinky léků, vztahy se zdravotníky, jiné onemocnění apod.).
- Omezený pacient mimo kontakt s ostatními pacienty.
- Užít pouze vyškolenými zdravotnickými pracovníky (současný konsenzus, že o užití rozhoduje zásadně lékař, není nezbytný – jde spíše o škodlivou formalitu, když lékař v okamžiku nutnosti omezení není přítomen, navíc mnohem více zkušeností má vyškolený zdravotnický personál).
- Pravidelné kontroly pacienta v předepsaných intervalech (např. v PL Bohnice je nutnost učinit zápis sestrou min. á 1 h a lékařem min. á 3h).
- Dokumentace obsahuje: kdo a kdy rozhodl o omezení, druh omezení, důvod, doba zahájení a ukončení, frekvence kontrol, popis tělesného a duševního stavu a vitálních funkcí.
- Zpracování těchto zápisů vedoucími pracovníky.
- Po zklidnění pacienta vysvětlit důvody omezení (popř. vyžádat dodatečný souhlas) a vysvětlit okolnosti, které mohou i v budoucnu vést k jejich užití.
- Zachovat kontakt a vztahy s okolím.
- Vytvoření vnitřních předpisů pro omezující prostředky.

Samožřejmostí jsou medicínské a ošetrovatelské náležitosti (hydratace, příjem potravy, péče o moč, stolici a hygiena, měření fyziologických funkcí...); každý omezující prostředek má svá specifika.

Metodický pokyn MZ ČR o používání omezujících prostředků z r. 2004

Rychle připravený pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR č. 31829/2004, o používání omezujících prostředků, je závazný pro přímo řízené organizace. Omezující prostředky jsou definovány jako:

- pobyt na uzavřeném oddělení,
- umístění pacienta v ochranném (síťovém) lůžku,

- umístění pacienta v izolační místnosti,
- omezení pacienta v pohybu (pásky, kurty, kazajky, připoutání),
- parenterální podání psychofarmak.

Pobyt na uzavřeném oddělení pochopitelně není šťastně zvolený termín – oddělení je zkrátka třeba uzavírat už proto, aby nebyla vykradena. Vhodnější by byl pojem „hospitalizace bez souhlasu“ (viz Psychiatrie pro praxi 2, 3/2008). Kdybychom ve zdravotnických zařízeních skutečně jako omezující prostředek (což je důvod zahájení soudního detenčního řízení) hlásili každý pobyt na uzavřeném oddělení nebo každé parenterální podání psychofarmak (což jsou i některá pravidelně podávaná antipsychotika či antidepressiva, pacientem vyžádaný i m. aplikovaný diazepam, tiaprid apod.), rozhodně by ani rekordní počet českých soudců nepostačoval ke zvládnutí detenčních řízení.

Dále pokyn uvádí, že důvodem nesmí být usnadnění péče či neklid pacienta – ale o několik řádků dále, že důvodem užití jsou různé typy neklidu pacienta. Již proto je dodržování takového pokynu nemožné. Další běžné zásady v pokynu (jako např. že omezený pacient je mimo přímý kontakt ostatních pacientů) pochopitelně také nelze použít na každý pobyt na uzavřeném oddělení nebo parenterální podání psychofarmak. Nicméně umístění fyzicky omezených pacientů mimo dosah ostatních pacientů pokládám za zcela zásadní požadavek, kterému není v ČR vždy vyhověno!

Omezovací prostředky v návrhu zákona o zdravotních službách

(Zákonodárci se na rozdíl od autora tohoto článku přiklonili k synonymu *omezovací*, nikoli *omezující*.) Ministerstvo zdravotnictví předkládá tento zákon s optimistickou perspektivou platnosti od 1. 1. 2009. Část návrhu zákona upravující použití omezovacích prostředků pokládám za vynikající, neboť je jednoduchá, praktická, akceptovatelná:

- Omezovacími prostředky se rozumí:
- držení pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem,
- omezení pacienta v pohybu ochrannými pásky nebo kurty,
- umístění pacienta v síťovém lůžku,
- umístění pacienta v izolační místnosti.

Těchto prostředků lze použít bez souhlasu pacienta, pouze je-li jejich účelem zabránění bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob nebo majetku. O jejich

použití rozhoduje lékař. Není-li lékař přítomen, může o použití omezovacího prostředku rozhodnout i jiný zdravotnický pracovník; o jeho použití neprodleně informuje lékaře. Po dobu použití omezovacího prostředku je povinnost zajistit dohled zdravotnickými pracovníky odpovídající závažnosti zdravotního stavu pacienta. Musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození jeho zdraví. Při déletrvajícím použití omezujícího prostředku, pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, je povinnost umožnit provedení osobní hygieny pacienta mimo omezovací prostředek, který by bránil jejímu řádnému provedení. Omezovací prostředky mohou být použity pouze po dobu, kdy trvají důvody jejich použití. Každé použití omezovacího prostředku musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. O použití omezovacích prostředků se vede i evidence, která není součástí zdravotnické dokumentace a která obsahuje datum a čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku, druh omezovacího prostředku, důvod použití omezovacího prostředku, jméno, popřípadě jména a příjmení osoby, která rozhodla o použití omezovacího prostředku. Dále zákon upravuje, podobně jako je tomu dnes, že je třeba oznámit soudu do 24 hodin omezení ve volném pohybu omezovacími prostředky, jestliže toto omezení trvá nepřetržitě déle než 24 hodin.

Perspektivy

Bez omezovacích prostředků se zvláště v psychiatrii neobejdeme. K redukcí omezovacích prostředků na nejnižší možnou míru (úplné vymizení by zvýšilo násilí) je třeba vymezit přesná pravidla jejich použití, dokumentace a kontroly. Je třeba je evidovat, seriózně studovat, mezinárodně srovnávat zkušenosti, implementovat výsledky. Ideální by bylo automatické vyhodnocování rizik v elektronických chorobopisech, vypracování specifických indikací k užití různých omezujících prostředků (k čemuž je třeba konsenzu). Měl by existovat manuál školící zdravotníky v deeskalaci nebezpečných situací. Školení personálu by mělo být založeno na jednotné akceptované koncepci pro všechny profesionály v psychiatrii (zdravotnictví).

V článku čerpám z přednášek prof. Tilmána Steinerta a MUDr. Pavla Baudiše, CSc., kterým děkuji.

MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.
Psychiatrická léčebna Bohnice IPVZ
Ústavní 91, 180 03 Praha
e-mail: svarc@plbohnice.cz