
Obecná praxe užívání omezovacích opatření – monitorování situace v České republice

Kališová L., Raboch J., Kitzlerová E., Novotná I.¹

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,

přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha,

ředitel MUDr. Z. Bašný¹

Souhrn

Autoři prezentují výsledky jednoduché dotazníkové studie mapující praxi s omezovacími opatřeními v České republice. Cílem projektu bylo zjistit, zda existují rozdíly mezi jednotlivými psychiatrickými zařízeními. Do začátku roku 2005 neexistovala v České republice jednotná směrnice vymezující vhodný postup užití omezovacích prostředků. Z výsledků naší práce vyplývá, že praxe se v jednotlivých lůžkových psychiatrických zařízeních liší. Postup užití omezovacích opatření se řídí převážně zkušenostmi zařízení, případně lokálními směrnicemi. Jako hlavní problém shledávají zařízení nedostatek personálu, což limituje možnosti používání omezovacích opatření. Vytvoření společného postupu v České republice se jeví jako velmi vhodné.

Klíčová slova: omezovací opatření, nedobrovolný vstup, kurtování.

Summary

Kališová L., Raboch J., Kitzlerová E., Novotná I.: General Practice in Using Coercive Measures – Monitoring Conditions in the Czech Republic

The authors present the results of a simple questionnaire monitoring general praxis of the use of coercive measures in the Czech Republic. The aim of the study was to find out whether there were some differences among psychiatric wards or hospitals. Until the beginning of the year 2005 there has not existed any unique guideline of national praxis concerning coercive measures. According to our results, the use of coercive measures follows largely local experiences or local guidelines. The main problem shows to be a lack of medical staff, which limits possibilities of carrying out these measures. It seems to be really usefull to create a unique guideline of best national praxis.

Key words: coercive measures, involuntary admission, restraint.

Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, No. 6, pp. 303–307.

ÚVOD

Užívání omezovacích opatření v psychiatrii bylo vždy kontroverzním tématem. Veřejnost na ně často nahlíží velmi negativně. Psychiatrii a zdravotnický personál na psychiatrii se však bez nich v některých případech neobejdou. Lze tedy konstatovat, že omezovací opatření mají v psychiatrii své nezastupitelné a nezbytné místo. Jsou totiž obecně praktikována ve prospěch nemocných a na jejich ochranu [3].

V posledních letech je všeobecná snaha o vytvoření postupů užívání omezovacích opatření, které by minimalizovaly subjektivně nepříjemné pocity omezení.

Přestože je umístění osoby s akutní duševní poruchou dáno zákonem o zdraví lidu a Občanským soudním řádem, provedení se v jednotlivých psychiatrických zařízeních liší. Užívání ostatních omezovacích opatření (omezení v pohybu – kurto-

vání, medikace proti vůli pacienta, terapeutická izolace) není ukotveno v zákoně a do letošního roku nebyl v České republice k dispozici žádný obecný doporučený postup jejich užití. Většina zařízení se v této problematice řídí vlastními směrnicemi nebo zkušenostmi.

V České republice probíhá v posledním roce několik projektů týkajících se omezovacích opatření. Jedním z nich je mezinárodní projekt EUNOMIE [4]. Projekt mapuje praxi s omezovacími opatřeními ve 12 zemích Evropy. V ČR se ho účastní Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze ve spolupráci s Psychiatrickou léčebnou v Praze-Bohnicích. Protože nám údaje týkající se praxe pouze v uvedených dvou zařízeních připadaly jako nedostatečně popisné pro celou republiku a také zčásti proto, že jsme považovali za přínosné zjistit, jestli se skutečně způsoby použití liší, rozhodli jsme se vytvořit dotazník mapující situaci v rámci celé České republiky. Obsahem dotazníku bylo několik otázek zjišťujících obecnou praxi

s nedobrovolným přijetím a dalšími omezovacími prostředky.

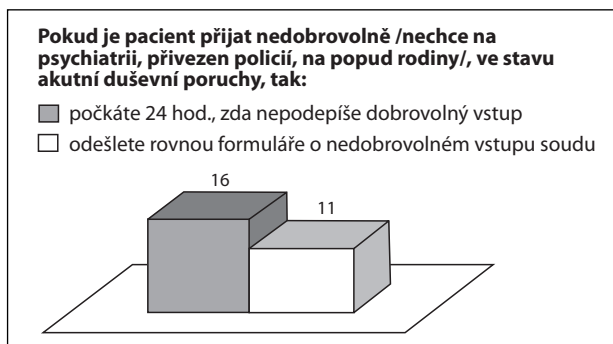
METODA

Dotazník obecné praxe byl vytvořen členy výzkumného týmu projektu EUNOMIA. Skládal se z několika jednoduchých otázek. Byl rozeslán v roce 2004 padesáti lůžkovým psychiatrickým zařízením pro dospělé v České republice, jejichž seznam jsme získali z internetových zdrojů. Adresát, většinou primář zařízení či vedoucí lékař daného uzavřeného oddělení, dotazník vyplnil a odeslal zpět.

V první otázce bylo zařízení požádáno o uvedení procenta nedobrovolných hospitalizací v roce 2003. Další dvě otázky se týkaly praxe nedobrovolného přijetí na psychiatrii. Předmětem dotazu bylo zkoumání, jak probíhá oznámení o nedobrovolném umístění pacienta s akutní duševní poruchou, který je přijat bez svého souhlasu. Zda se čeká 24 hodin, jestli pacient podpisem vysloví souhlas s přijetím nebo jestli se odesílá formulář o nedobrovolném vstupu příslušnému soudu hned po přijetí. Dále jsme se ptali, zda mají v daném zařízení nedobrovolně hospitalizovaní pacienti povolené vycházky. Obsahem následujících otázek bylo šetření, zda existuje v rámci psychiatrických zařízení nějaká směrnice či doporučený postup, jak zacházet s omezovacími opatřeními. Poté, jestli existuje formulář nebo razítko, které se užije při aplikaci omezovacích opatření. V dalších otázkách jsme se věnovali omezení v pohybu a neklidové medikaci. Ptali jsme se také na existenci terapeutické izolace. V závěru se dotazovaní mohli volně vyjádřit, které problémy týkající se užití omezovacích opatření se jim jeví jako nejpalčivější. Zařízení byla také požádána o přiložení užívaných směrnic a formulářů.

VÝSLEDKY

S potěšením musíme konstatovat, že jsme obdrželi více než 90 % vyplněných dotazníků. Z obdrže-



Graf 1. Postup při přijetí pacienta s akutní duševní poruchou bez jeho souhlasu.

ných odpovědí bylo 27 z psychiatrických zařízení, která mají zkušenost s nedobrovolnými vstupy (11 z nich byly léčebny). Byla ale zahrnuta část odpovědí dalších šesti zařízení, která neprovádějí nedobrovolné hospitalizace, ale užívají některá z ostatních omezovacích opatření (omezení v pohybu a/nebo medikaci proti vůli pacienta/event. medikaci podanou při neklidu).

Průměrné procento nedobrovolných hospitalizací v hodnocených zařízeních (N=27) bylo v rozmezí 0,2 % až 37,6 %, (S.D. = 10,18).

Graf 1 znázorňuje odpověď na otázku týkající se procedury nedobrovolného přijetí. 16 zařízení (z 27) uvedlo, že počká 24 hodin, zda se pacient přece jen nerozhodne podepsat dobrovolný vstup, 11 zařízení uvedlo, že v dané situaci odesílá rovnou formulář o nedobrovolném vstupu soudu (pozn. v grafu je vždy uvedeno detailní znění otázky).

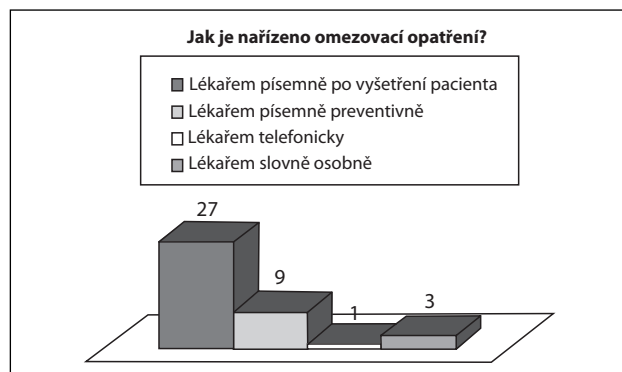
Tabulka 1 ukazuje, že ve 12 zařízeních (ze 27) mají nedobrovolně hospitalizovaní pacienti povolené vycházky v nějaké formě, v 15 zařízeních nejsou vycházky u nedobrovolně přijatých pacientů možné. Dále 14 (nyní ze všech 33) zařízení disponuje určitou směrnicí jak zacházet s omezovacími opatřeními, ostatních 19 zařízení žádnou směrnicí nebo písemný doporučený postup nemá. Ve třetím řádku tabulky vidíme, že pouhých osm z dotazovaných zařízení užívá nějaký jednotný formulář nebo razítko při aplikaci omezovacího opatření. Ve 21 zařízeních jsou pacienti omezeni v pohybu kontinuálně dle individuálních situací, ve 12 zařízeních existuje určitá daná doba, po které jsou kurty uvolňovány.

Tab. 1. Odpovědi dotazovaných psychiatrických zařízení na jednotlivé otázky.

OTÁZKA	ODPOVĚĎ	
	„ANO“	„NE“
Mají nedobrovolně hospitalizovaní pacienti ve vašem zařízení povolené vycházky?	15	12
Existuje ve vašem zařízení nějaká směrnice jak zacházet s omezovacími prostředky?	14	19
Existuje ve vašem zařízení jednotné razítko nebo formulář, který se užije při aplikaci omezovacího opatření?	8	25
Je ve vašem zařízení definovaná doba, po kterou mohou být pacienti kontinuálně omezeni a jak často „kurty“ uvolňovat?	12	21

Čísla dokumentují počet zařízení, která odpověděla na danou otázku ano či ne.

Graf 2 znázorňuje, že ve 21 zařízeních je omezo-
vací opatření vždy nařízeno písemně lékařem po
individuálním vyšetření pacienta. Pět zařízení
 uvedlo, že někdy lékař nařídí písemně užití opat-
ření po aktuálním vyšetření pacienta a jindy to
nařídí písemně preventivně, čtyři zařízení nařizu-
jí omezení převážně preventivně (provede střední
zdravotnický personál dle situace). Ve dvou zaříze-
ních nařizuje lékař aplikaci omezovacích opatření
slovně (bez písemného zaznamenání). Jedno zaří-
zení užívá všechny uvedené eventuality podle situ-
ace (graf znázorňuje celkový počet odpovědí na
dané alternativy).



Graf 2. Nařízení omezovacích opatření.

V tabulce 2 vidíme výčet podávané neklidové
medikace. Nejčastěji byl zmíněn tiserцин, poté halo-
peridol, apaurin/benzodiazepiny a cisordinol, aty-
pická antipsychotika jsou podávána méně často.

Tabulka 3 popisuje údaje získané z psychiatric-
kých léčeben, znázorňuje tedy podrobněji srovnat-
elná zařízení.

Tab. 2. Medikace nejčastěji užívaná při tišení neklidu.

Pořadí	Název léku
1	Tiserцин
2	Haloperidol
3	Apaurin/Diazepam
4	Cisordinol
5	Zeldox
6	Tiapridal
7	Rivotril

Tab. 3. Srovnání zařízení léčebenského typu.

PL	% NV	Odeslání NV	Vycházky	Směrnice	Problémy (hlavní)
1	7,8	Počkat 24 h	ano	ano	Personál
2	37,6	Odeslat hned	ne	ano	Personál
3	13,7	Odeslat hned	ano	ano	Administrativní
4	17,4	Počkat 24 h	ano	ano	Legislativní praxe
5	24,0	Odeslat hned	ano	ano	Personál
6	30,0	Počkat 24 h	ne	ne	Činnost soudů
7	15,7	Odeslat hned	ano	ano	Neuvedeno
8	17,0	Odeslat hned	ano	ano	Neuvedeno
9	20,0	Odeslat hned	ano	ano	Personál
10	25,0	Počkat 24 h	ano	ano	Neuvedeno
11	20,0	Odeslat hned	ne	ano	Personál

Pouze v sedmi zařízeních z uvedených je přítom-
na terapeutická izolace.

Nejčastějším problémem byl zmíněn nedostatek
personálu.

DISKUSE

V České republice neexistuje specifický zákon
týkající se pouze duševně nemocných. Nedobrovol-
ný vstup je posuzován podle zákona o zdraví lidu
(zákon ČNR 86/1992, § 23 a § 24) a procedura při-
jetí je zakotvena v Občanském soudním řádu
(zákon 240/1993b., § 191 a–g). Samozřejmě
nesmíme zapomenout zmínit nadřazenou Listinu
práv a svobod a Úmluvu o lidských právech a bio-
medicině (ETS 164, v ČR č. 96/2001 Sb.).

Pro psychiatrickou indikaci platí celkem 3 důvo-
dy k přijetí nemocného s duševní poruchou do psy-
chiatrického zařízení bez jeho souhlasu: 1. Jde
o osobu jevící známky duševní choroby nebo into-
xikace, která ohrožuje sebe nebo své okolí; 2. není
možné vyžádat si vzhledem ke zdravotnímu stavu
nemocného jeho souhlas a jde o neodkladné výko-
ny nutné k záchraně života či zdraví; 3. jde o výko-
ny nezbytné k záchraně života a zdraví osoby zba-
vené způsobilosti a opatrovník nedal souhlas.

Vzhledem k neexistenci jednotného výkladu pří-
slušných právních předpisů, je jejich aplikace v kaž-
dém sledovaném zařízení individuální. Některá
zařízení vyčkávají s odesláním nedobrovolného
vstupu 24 hodin. Někdy se v tomto kontextu setká-
váme s postupem, kdy psychiatr vytváří určitou
formu nátlaku na pacienta, aby podpisem stvrdil
souhlas s přijetím, byť je zřejmé, že pacient není
schopen vzhledem ke svému onemocnění chápat
plně situaci. Lze dovozovat, že může jít o určitou
snahu vyhnout se administrativním krokům s pro-
blematikou nedobrovolného vstupu. Formulář ode-
sílají hned převážně zařízení léčebenského typu.

Procedura nedobrovolného vstupu může mít
v praxi řadu úskalí. Samotné pravidlo, že je potře-
ba hodnotit ohrožení jako zjevné a bezprostřední
se nezdá být příliš vhodné. Velmi problematické
vidíme také nedostatečně funkční jednání soudů.
Běžně se setkáváme s tím, že celou situaci nedob-

rovolného přijetí
řeší pouze soudní
čekatel převážně
na základě infor-
mací od ošetřující-
ho lékaře. Další
důkazy týkající se
okolností přijetí pa-
cienta nejsou pro-
váděny (informace
od příbuzných, po-
licie apod.) Soud-
ní čekatelé nejsou

školení v práci s duševně nemocným, nedokáží s nemocným komunikovat a často jej nedostatečně informují o právní podstatě nedobrovolného přijetí. Soudce pouze podepíše správnost úkonu, aniž by byl se situací blíže obeznámen. Soudní čekatel se poté zcela nesmyslně stane opatrovníkem pro řízení o nedobrovolném přijetí. Navíc soudní čekatelé docházejí až těsně před vypršením lhůty 7 dnů, protože jsou zahlceni administrativou a nápor nezvládají. Soudy se také brání pro personální nedostatečnost zvyšování procenta nedobrovolných hospitalizací. Na druhé straně je pozitivním faktem, že většinou je situace hodnocena stejně lékařem a právníkem. Většina (nebo všichni) nesouhlasících nemocných je totiž léčena ve prospěch svého zdravotního stavu. I nedobrovolné léčení je třeba chápat jako dobrodíní a nikoli jako trest, pokud jsou zachovávána ostatní práva nemocného (Baudiš, Pfeiffer, 1994) V dnešní době se zneužitím úkonu nedobrovolného vstupu snad nesetkáme. Navíc zhruba polovina pacientů během 7 dnů s hospitalizací souhlasí.

Jako velmi odlišný se podle našich výsledků jeví pohled na možnost vycházek nedobrovolně léčených pacientů. Existují zařízení, kde je vyloučeno, aby takový pacient měl vycházky. Argumentuje se přetrvávající nebezpečností a nepředvídatelností jednání pacienta, za kterého se cítí zařízení zodpovědné. V jiných zařízeních na druhou stranu nedobrovolně přijatí pacienti vycházky (v doprovodu) mají. Jde opravdu o individuální praxi jednotlivých oddělení. Rozdílnost přístupu k této otázce je nicméně překvapující.

Pravidla pro omezení v pohybu, případně pro medikaci bez souhlasu pacienta, jsou obdobná jako pro nedobrovolný vstup. Vždy by měla být přítomna nebezpečnost sobě samému či ostatním. Podle metodického opatření MZ z roku 2005 je každé omezení pacienta podnětem k oznámení soudu a změně dobrovolného vstupu na nedobrovolný v zákonné lhůtě 24 hodin. Existují pracoviště, kde používání restriktivních opatření podléhá přísnému režimu vymezenému směrnicemi a standardy ošetrovatelské péče, ale také pracoviště, kde je péče o pacienta v omezení stále ještě značně podceňována. V době odesílání dotazníků mělo směrnicí méně než polovina zařízení, většinou ji měly léčebny. Určitou roli při vytváření směrnic mohla sehrát i přítomnost kontrolních komisí EU, které v posledních letech navštívily několik psychiatrických léčen. Důvodem může být také to, že frekvence užití omezovacích prostředků je v léčebnách vyšší. Dle statistiky z PL Bohnice užije personál na akutním koedukovaném oddělení pro 30 pacientů metodu omezení v lůžku až 6x denně (!) [9].

Fyzické omezení můžeme rozdělit na mechanické (kurty, různé druhy fixace pomůckami jako jsou pásy) a manuální omezení. V letošním roce publikovaná kniha „Intenzivní péče v psychiatrii“ jednoznačně vyjadřuje nesouhlas s mechanickým

omezením formou kurtů apod. Například ve Velké Británii je zakázáno úplně. V situaci akutního neklidu tam většinou užijí manuální omezení pro aplikaci zklidňujícího léku a poté pacienta drží, než nastoupí efekt léku. (1). Manuální omezení, resp. držení personálem, vyžaduje přítomnost nejméně 4 osob po dobu než dojde ke zklidnění pacienta (pozn. např. několik desítek minut). Podobný postup je v našich zařízeních nereálný. Vždyt teoretický požadavek 5 osob vyškoleného personálu na provedení fixace (pozn. cca max 10 min. výkon) pacienta je v mnoha zařízeních v ČR pouhou utopií (10).

Ve většině dotazovaných zařízeních je omezovací opatření nařízeno písemně lékařem. Jeho rozhodnutí by mělo záviset na znalostech o aktuálním stavu pacienta, zhodnocení rizika pro něho, osoby kolem něj či majetek. Písemná forma nařízení se nám jeví jako nezbytná. Zároveň si ale dokážeme představit situaci, kdy má lékař na starosti několik desítek pacientů a není možné být u každého jednotlivého incidentu. Rozhodně je více než vhodné vše správně dokumentovat v dekurzu. Pomocí by mohly být například jednotné formuláře nebo razítka, jak to praktikují některá psychiatrická zařízení.

Vzhledem k tomu, že omezení v pohybu (kurtování apod.) může zapříčinit zdravotní komplikace jako jsou poruchy cirkulace končetin, proleženiny, porušení kůže aj., je nezbytné pacienta kontrolovat a zajišťovat mu za daných podmínek co největší komfort. Končetiny je vhodné uvolňovat. Ač jsme přesvědčeni o tom, že uvedené kontroly probíhají nepochybně ve všech zařízeních, 12 zařízení má jednoznačně danou dobu, za jakou se musí končetiny uvolnit.

V současnosti je podle našeho průzkumu nejčastěji ke zklidnění užíván levopromazin v kombinaci s benzodiazepiny. V poslední době se dostávají do praxe atypická antipsychotika s rychlým klidícím účinkem. Tato zatím nejsou plošně rozšířena a nejsou s nimi takové zkušenosti.

V závěrečné části dotazníku se jednotliví zástupci psychiatrických zařízení vyjádřili, co cítí jako hlavní problém týkající se omezovacích opatření v ČR. Jednoznačně dominovaly stížnosti na zoufalý nedostatek personálu, hlavně mužského pohlaví, nebo fyzicky vybaveného. Chybí také specializovaný výcvik či proškolení pro personál akutních oddělení.

Objevil se názor, že oddělení jsou často nepřilíš velká a příliš zaplněná, a tak je možné aplikovat omezovací opatření často jen za přítomnosti ostatních pacientů z oddělení. Většina dotazovatelů také obhajovala jednoznačnou potřebnost používání omezovacích opatření. Psychiatrii se obávají trvalé snahy o minimalizaci omezovacích opatření hlavně ze strany organizací hájících lidská práva, které však leckdy mají na situaci značně laický náhled. Opomenuta nezůstala síťová lůžka

v návaznosti na kampaň za jejich zrušení, která proběhla v posledních měsících. Byla odstartována červnovým článkem v britském časopise *The Sunday Times*, který popisoval utrpení dětí v klecích v ústavu pro mentálně postižené v Rábech na Pardubicku a dále protestním dopisem britské autorky knih o Harry Potterovi, spisovatelky Joan Rowlingové, adresovaným prezidentovi a vládě ČR. Následkem byl zákaz bývalého ministra zdravotnictví používat klecová lůžka a omezení síťových lůžek ve zdravotnických zařízeních, za což si vysloužil kritiku odborné veřejnosti i prezidenta republiky. Řada psychiatrů je proti rušení síťových lůžek, se kterými měli dobré zkušenosti a vidí je v určitých situacích méně ohrožující pacienta a humánnější než kurtování nebo zvýšení neklidové medikace. V síťovém lůžku pacient neublíží sám sobě, ostatním pacientům ani personálu, přitom má dostatek prostoru pro sebe, může měnit svou polohu, může sám přijímat potravu. Poskytuje mu tedy více osobní svobody než jiná restriktivní opatření [12]. Doposud neexistují kontrolované studie, které by vyhodnotily a porovnály jednotlivé omezovací metody u pacientů se závažnými duševními poruchami, nemůžeme tedy na základě evidence-based medicine zatím tvrdit, že některé metody jsou lepší a jiné horší [11].

Objevily se také stížnosti na nedostatečnou dokumentaci důvodů vedoucích k nedobrovolné

hospitalizaci pracovníky Rychlé záchranné služby, event. odesílajícími psychiatry. Několik zařízení si stěžovalo na problémy administrativního charakteru, včetně nedostatečné a špatné spolupráce se soudy. Zmíněna byla také nekooperativnost policie, pokud je zařízení žádají o pomoc s pacifikací agresivního pacienta.

ZÁVĚR

Z jednoduchého dotazníkového průzkumu je zřejmé, že přestože léčíme stejné pacienty, postup užívání omezovacích prostředků se mezi jednotlivými zařízeními liší. Odvíjí se od vlastních zkušeností jednotlivého psychiatrického zařízení, eventuálně se někdy drží stanovených směrnic či léčebných postupů. Prvním krokem ke standardizaci péče o pacienty s akutní duševní poruchou je metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR z letošního roku. Jde o citlivou tematiku ostře sledovanou veřejností, proto je vhodné postup sjednotit.

Děkujeme všem psychiatrickým zařízením, která poskytla své údaje.

Grant pátého rámcového programu Evropské unie č. QLG4-CT-2002-01036.

LITERATURA

1. **Beer, M. D., Pereira, S. M., Paton, C.:** Intenzivní péče v psychiatrii. Grada, Praha, 2005, s. 135–142.
2. **Baštecký, J.:** Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného. In: Psychiatrie, právo a společnost. Galén, Praha, 1997, s. 97–111.
3. **Baudiš, P.:** Práva pacientů a zákroky prováděné bez souhlasu nemocného v psychiatrii. *Prakt. Léč.*, 74, 1994, s. 560–564.
4. **Kališová, L., Raboch, J., Novotná, I., Černý, M., Victorínová, K., Kitzlerová, E., Nawka, A., Chudárek, F.:** Užití omezovacích opatření a prostředků v psychiatrii – mezinárodní projekt EUNOMIA. *Čes a slov Psychiat*, 100, 2004, s. 420–427.
5. **Kramářová, N.:** Úvaha nad zákonnou úpravou převzetí pacienta do ústavní péče bez jeho souhlasu. *ČS Psychiat*, 91, 1995, Suppl. 1, p. 26–31.
6. **Mach, J.:** Nedostatky současné právní úpravy vztahů ve zdravotnictví. *ZdN*, 1, 1999, s. 4–5.
7. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. *Věstník MZ č. 1/2005*.
8. **Petr, T.:** Restriktivní metody v psychiatrii – zkušenosti z PLB. *Sestra*, 9, 2004, s. 10–11.
9. **Petr, T., Mikláš, T.:** Restriktivní metody v psychiatrii. Standardizace ošetrovatelské péče. Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004, Praha, 40 s.
10. **Poskočilová, K.:** Ochranné omezovací prostředky v psychiatrických léčebnách. *Sestra*, 9, 2004, s. 12–13.
11. **Sailas, E., Fenton, M.:** Seclusion and restraint for people with serious mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000*, Issue 1. Art. No.: CD001163. DOI: 10.1002/14651858. CD001163.
12. www.Alzheimer.cz

Dodáno redakci: 14. 4. 2005

Po skončení recenzního řízení: 24. 5. 2005

*MUDr. Lucie Kališová
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 00 Praha 2*