



VFN PRAHA



NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE A POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ V PSYCHIATRII

Doc. MUDr. Lucie Kališová, PhD.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Nedobrovolné přijetí na psychiatrii

Autonomie nemocných

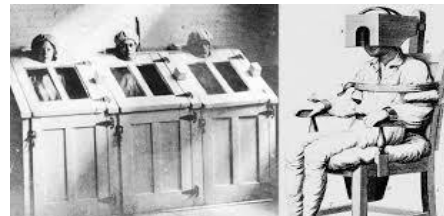


**Poskytování adekvátní
léčby a péče**

Ochrana společnosti

Nedobrovolné přijetí na psychiatrii

- Zásah do autonomie nemocných
- V některých situacích nezbytné, i když představuje stres pro pacienty i pro lékaře/personál
- Může ovlivňovat následující postoj nemocných k léčbě
- Může narušit vztah pacienta s lékařem i s jeho blízkými
- Cílem je, aby bylo co nejméně časté a co nejméně omezující
- Stigmatizace duševně nemocných i psychiatrie a psychiatrů



NEDOBROVOLNÝ VSTUP – legislativa ČR

- Přijetí bez souhlasu: Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně (96/2001), Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách
- Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České Republiky -Věstník MZČR, 20.4.2018
- Doporučené postupy psychiatrické péče - MZ, PS JEP úprava 2022

NEDOBROVOLNÝ VSTUP – legislativa ČR

- *Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách – paragraf 38*
- **Ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo**
- **Jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.**

NEDOBROVOLNÝ VSTUP – legislativa ČR

- ***Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách – paragraf 38***
- Pacientovi lze **bez souhlasu poskytnout jen neodkladnou péči** – pokud není schopen udělit souhlas /a nevyslovil přání dle paragrafu 36/ nebo pokud **jde o léčbu vážné duševní poruchy, kdy by v důsledku neléčení došlo k vážnému porušení zdraví pacienta.**
- Soud nařídí: ochrannou léčbu ústavní karanténu/izolaci vyšetření zdravotního stavu.
- Nezletilý nebo omezený ve svéprávnosti – k zajištění neodkladné péče, při podezření na zanedbávání a týrání.

Nedobrovolný vstup – procedura ČR

- Psychiatr po vyšetření pacienta rozhodne, zda je nutné jej hospitalizovat i proti jeho vůli.
- Podmínky držení duševně nemocných nebo intoxikovaných psychoaktivními látkami stanovuje zákon, schvaluje soud.
- Nutnost držení pacienta na oddělení se průběžně, v souladu s vývojem jeho stavu, přehodnocuje.
- **Cílem psychiatrů není nemocného omezit ev. poškodit, ale pomoci mu zlepšit jeho zdravotní stav a odvrátit případné nebezpečí pro něj samotného a pro jeho okolí.**

NEJČASTĚJŠÍ DŮVODY z klinické praxe

- **Akutní vzplanutí duševní nemoci** –když nemají své chování pod kontrolou a nemají náhled chorobnosti stavu...zejména psychózy, mánie – *způsobené vysazením medikace, stresem, užitím psychoaktivní drogy...*
- **Intoxikace psychoaktivní drogou** – psychostimulancia, halucinogeny, ale i těžká opilost a jiné
- **Sebevražedné tendence** */u různých duševních poruch, nejen deprese/*
- **Zmatenost** – demence, delirium

Nedobrovolné přijetí – mezinárodní pohled

- **Velká variabilita** – v rámci Evropy, i v rámci jednotlivých zemí (282/100 tis. v Rakousku vs 14.5/100 tis. v Itálii)
- **Incidence** nedobrovolných přijetí **v mnoha zemích narůstá**
- Vyšší incidence - země s vyšším GDP, s větším množstvím lůžek, s více přistěhovalci
- Méně v zemích s vybudovanou komunitní péčí – úspěšná deinstitutionalizace
- Důsledek trendu kratších hospitalizací a častějších rehospitalizací
- Přesun nedobrovolných hospitalizací do jiných sektorů (např. forenzní lůžka, soukromá chráněná bydlení bez dostatečného proškolení personálu v psychiatrické rehabilitaci)
- **Důvody legislativní** (např. Finsko – neúčastní se soudy (200/100 tis))

Mezinárodní srovnání – legislativa

EPA (2020, 40 zemí)

- Zákon o zdraví vs Zákon o duševním zdraví
- Rozhoduje lékař a soud kontroluje vs soud a role lékaře je upozaděna
- Nezávislé posouzení pacienta jiným specialistou (psychiatr z jiného zařízení, lékař z jiného oboru) /19 vs 19, 2 variabilně/
- Posuzování soudem – soud se účastní rozhodnutí (33), jen reviduje další detenci (6), UK variabilně (Skotsko ano, zbytek ne)
- Časový limit pro rozhodnutí soudem (24 h – 15 dní)
- Právní zástupce pacienta – ano (34), ne (4)
- Důvody – základní- Přítomnost duševní nemoci a Neschopnost udělit souhlas
- Nebezpečí pro sebe a ostatní vs Potřeba léčby
- Další vedlejší důvody Sebezanedbávání, Sociální selhávání, Neužívání medikace, Selhávání v ambulantní péči, závažné narušení majetku

Prediktory nedobrovolného přijetí

- Diagnóza schizofrenie, bipolární poruchy nebo organických duševních poruch
- Chybí náhled onemocnění
- Předchozí nedobrovolné přijetí
- Mladší věk
- Mužské pohlaví
- Nezaměstnanost, bezdomovectví
- Migranti
- Nižší vzdělání
- Abusus drog

(pozn. studie nejsou jednoznačné)

Zpětné hodnocení nedobrovolného přijetí

- 30-81% procent pacientů zpětně vnímají přijetí jako správné

Hustoft et al., 2022; Katsakou et al., 2012; Priebe et al. 2009

- *"Pokud dnes hodnotíte s odstupem, myslíte, že bylo správné, že jste byl přijat, nebo že to byla chyba?,"*

Tab. 1. Názory pacientů na správnost či nesprávnost nedobrovolného přijetí po 1 a 3 měsících od počátku hospitalizace

	ČR	EUNOMIA
Počet pacientů po 1 měsíci od přijetí	1 59	1 732
Průměrné skóre škály subjektivních pocitů	6,09	5,77
Směrodatná odchylka	3,54	3,63
% „nesprávných“	43	45
% „správných“	57	55
Počet pacientů po 3 měsících od přijetí	1 12	1 497
Průměrné skóre škály subjektivních pocitů	6,95	6,37
Směrodatná odchylka	3,04	3,43
% „nesprávných“	32	37
% „správných“	68	63

Raboch et al. 2010

Možnosti minimalizace nedobrovolného přijetí

- Vytváření **krizových individuálních plánů léčby a péče** (advance statements) a zapojování pacientů do léčby a péče
- Komunikace
- Informace
- Legislativa – nezávislé posouzení, nestigmatizující atd.
- Multidisciplinární tvorba doporučených postupů
- Program spolupráce složek účastnících se nedobrovolného přijetí
- Organizace zdravotní péče - spolupráce v komunitních týmech

OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY

Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách.

Metodické opatření MZ 4/2018.

Doporučené postupy péče PS JEP, 2022

- Omezení v pohybu
(kurty apod., izolační místnost)
- Podávání medikace proti vůli nemocného

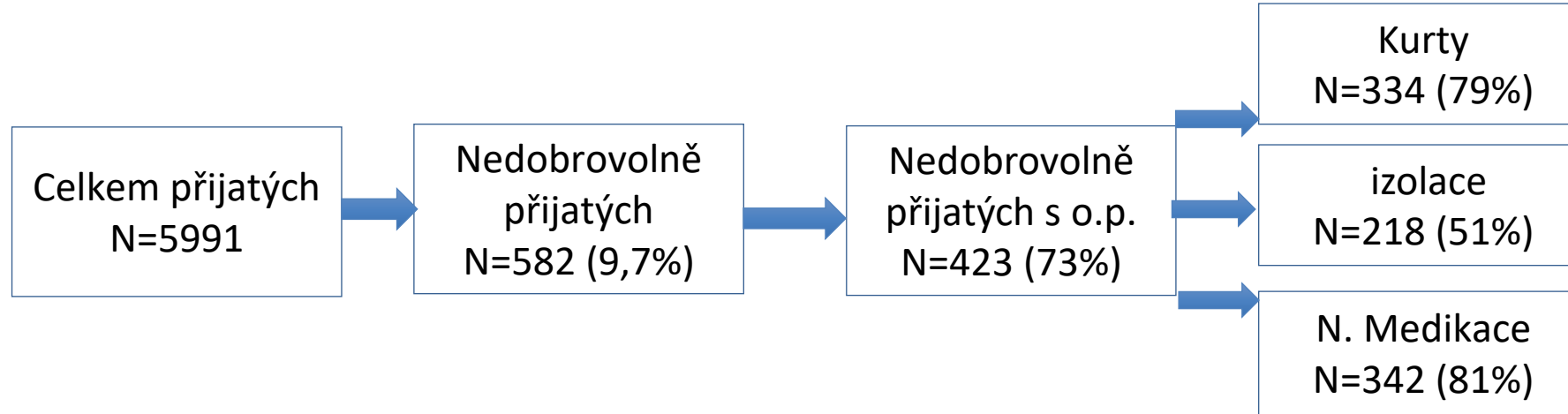


Použití: k odvrácení bezprostředního nebezpečí života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob. Pokud mírnější prostředky selhaly a zvolit ten nejméně omezující. Pouze po dobu, co trvá důvod.

Informovat soud do 24h /pokud nevyjádřil souhlas/, zahájit řízení o nedobrovolném vstupu.
Informovat o důvodech pacienta

Používání omezovacích prostředků

Psychiatrická klinika VFN v Praze 2016-2018



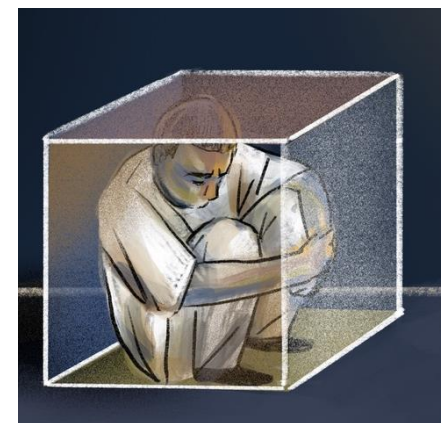
Omezovací prostředky použity u signifikantně mladších (41.5 ± 17.2 vs 51.7 ± 22.3)

Nejčastější diagnóza: psychóza (69% vs 64%)

U mužů častěji kurty, u žen izolace

Omezovací prostředky – mezinárodní pohled

- Bez omezovacích prostředků (o.p.) se v akutní psychiatrii dosud neobejdeme, je snaha o minimalizaci užívání a modernizaci
- **Velká variabilita** – v rámci Evropy, i v rámci jednotlivých zemí
- **Incidence** - (6-82% přijatých na akutní oddělení, 30-40% nedobrovolně přijatých)
- Rozdílná praxe (druh omezení)
- Rozdílná legislativa
- Obdobní nemocní ve všech zemích



Prediktory užití omezovacích prostředků

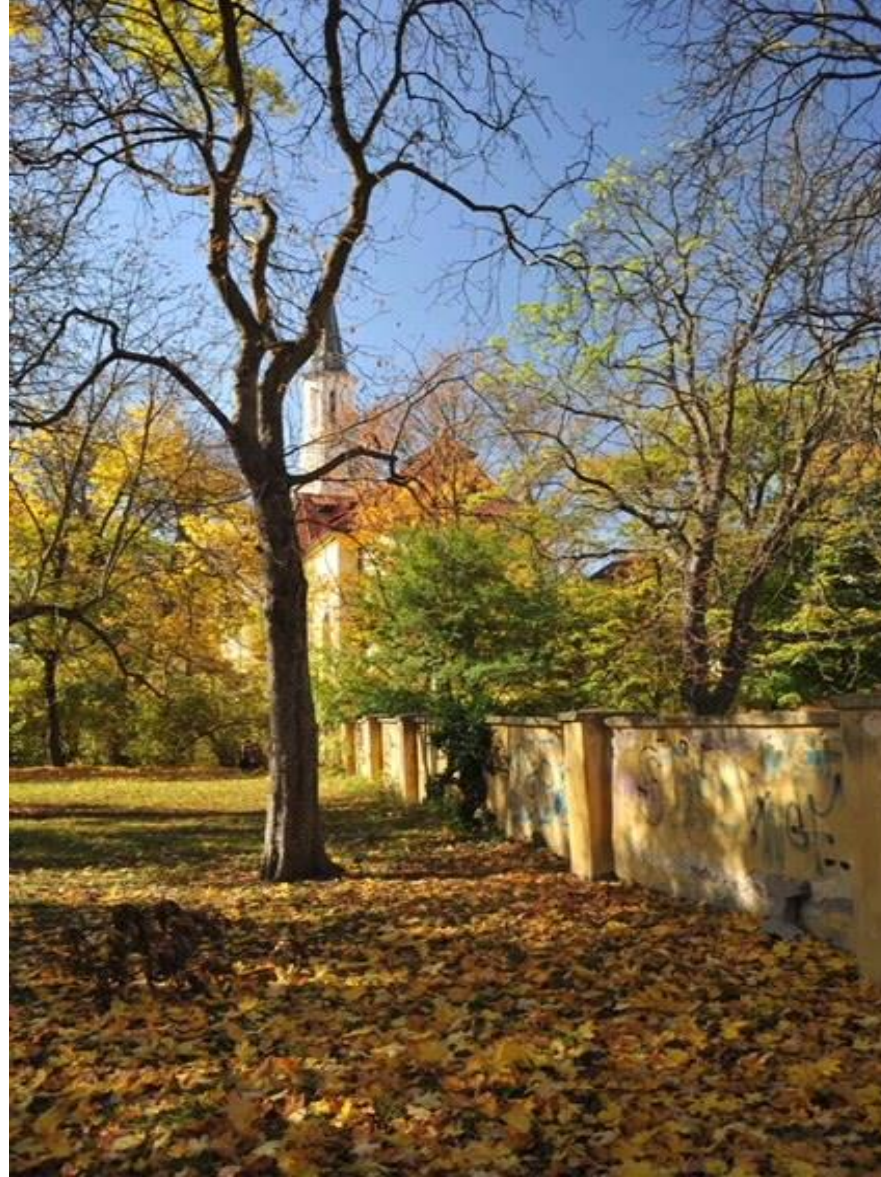
- Psychopatologie - pozitivní psychotické příznaky a hostilita
- Chybí náhled onemocnění
- Zhoršené psychosociální fungování před přijetím
- Nedobrovolný vstup
- Vnímání omezení při přijetí
- Muži, mladší
- Organizační aspekty oddělení – velikost, počet pacientů, personál (počet, proškolenost, odpočatost)

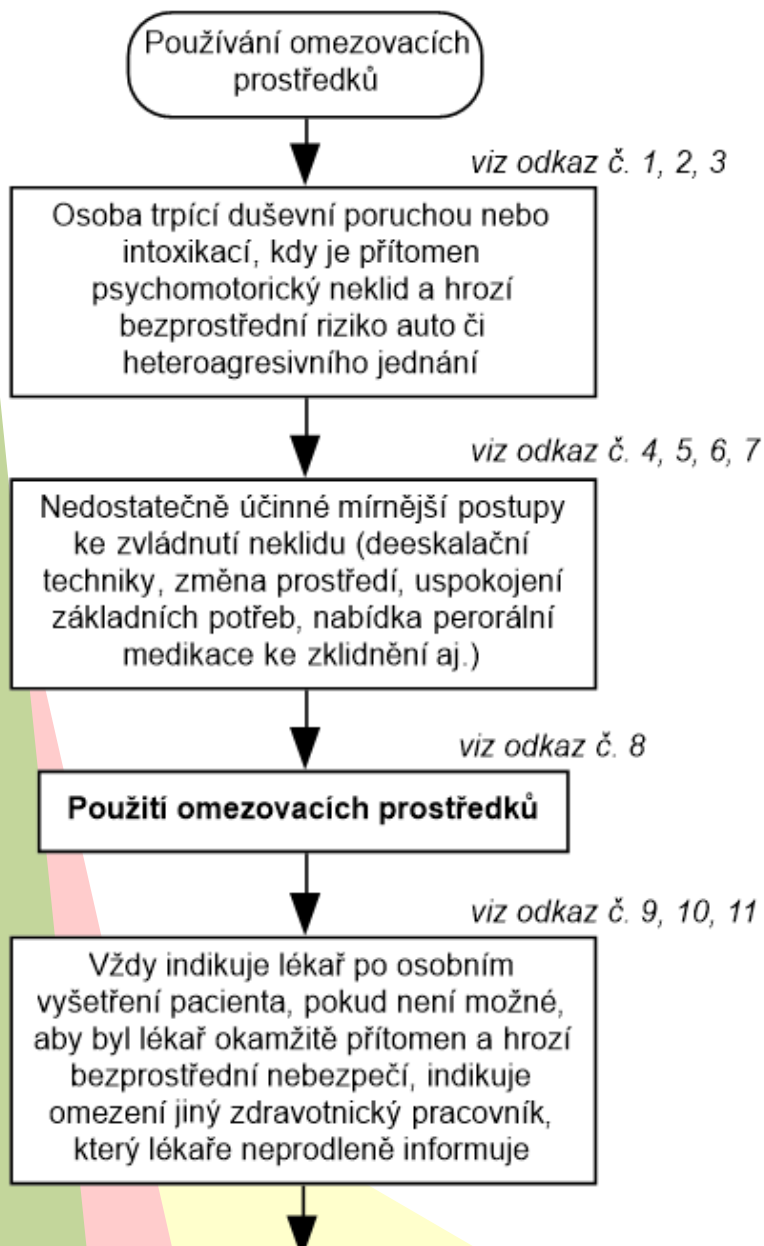
Možnosti minimalizace používání o.p.

- Školení personálu
- Organizace oddělení
- Vyhodnocování rizik
- Zlepšení prostředí, relaxační pomůcky
- Debriefing
- Psychoterapie
- Vytvoření “rizikových plánů”
- Většinou komplexní programy, např. Safewards, 6CS – tyto s efektem

- **Doporučené postupy, 2022** – expertní skupina (zdravotníci, psycholog, zástupce MZ, zástupci uživatelů péče a příbuzných)
- DP 1: Prevence, deeskalace a nezbytné použití omezovacích prostředků
- DP 2: Péče o pacienta v omezení
- Příloha 1 – Následný rozbor omezení
- Příloha 2 – Obecné principy přístupu a chování k neklidným nemocným
- **Doporučené postupy PS JEP 2022** – www.ceskapsychiatrie.cz

Děkuji za pozornost





1) **Neklid charakterizuje** psychomotorická hyperaktivita (bezcílná, dezorganizovaná, stereotypní), verbální aktivita (křik, pláč), vypjatá a labilní emotivita, pohovost k agresi. Neklid může provázet řadu duševních poruch – nejčastěji psychózy, intoxikace, mánie a delirantní stavy. Někdy se může rozvinout neklid pacienta na oddělení reaktivně – například pokud dojde v rámci režimu oddělení k nevyhovění požadavku pacienta, cítí se přehlížen nebo není srozumitelně informován, jaký je plán léčby a péče, tj. co se s ním děje a bude dít.

2) **Neklid má různé stupně** - vnitřní napětí, vzrušení, agitovanost, agrese. Existují určité prodromy, kdy lze nárůst neklidu předpokládat a vhodným přístupem jej deeskalovat. Patří mezi ně zvýšená dráždivost, verbální agrese, morozita, hostilita, postupné snižování kooperace s okolím a zrychlování psychomotoriky.

3) **Ovlivnitelné faktory snižující výskyt a míru neklidu** nemocných a jeho zvládnutí zahrnují: 1) personální vybavení oddělení - dostatečný počet proškoleného personálu; 2) technické vybavení oddělení – velikost, přehlednost, implementace bezpečnostních prvků snižujících riziko poškození života nebo zdraví pacientů v rámci ohrožujícího chování; 3) pravidla oddělení, která strukturují a vyjasňují vzájemná očekávání personálu a pacientů; 4) přítomnost aktivizačního a terapeutického programu.

4) Při jednání s potenciálně agresivním nemocným dodržujeme **obecné bezpečnostní zásady** (mít možnost úniku, nebýt s nemocným sami, odstranit z jeho dosahu nebezpečné předměty atd.). Prioritou je bezpečí zdravotníka i pacienta.

5) Pokusíme se vyloučit **zevní faktory, které neklid zhoršují** (přílišné množství podnětů, stísněný prostor, hluk atd.). Stejně tak se snažíme zlepšit vnitřní pohodu nemocného a uspokojit jeho biologické potřeby (žízeň, tišení bolesti, umožnit kontakt s blízkými atd.). Personál může mít k dispozici zklidňující pomůcky (antistresové míčky apod.), které může pacientovi nabídnout při podrážděnosti a hrozící eskalaci napětí.

6) Personál oddělení má být **vyškolený v deeskalačních technikách** a umět je používat. K deeskalaci používáme verbální i nonverbální techniky s cílem zklidnění nemocného. Patří mezi ně klidné jednání, nekonfrontující postoj, respektování osobního prostoru, srozumitelná komunikace, vyjádření empatie, nevymlouvání prožitků nemocného, nalezení shody, možnost volby atd. Je vhodné přistupovat k nemocnému pozitivně, vytvořit atmosféru bezpečí, vyjasnit problém a najít možné řešení.

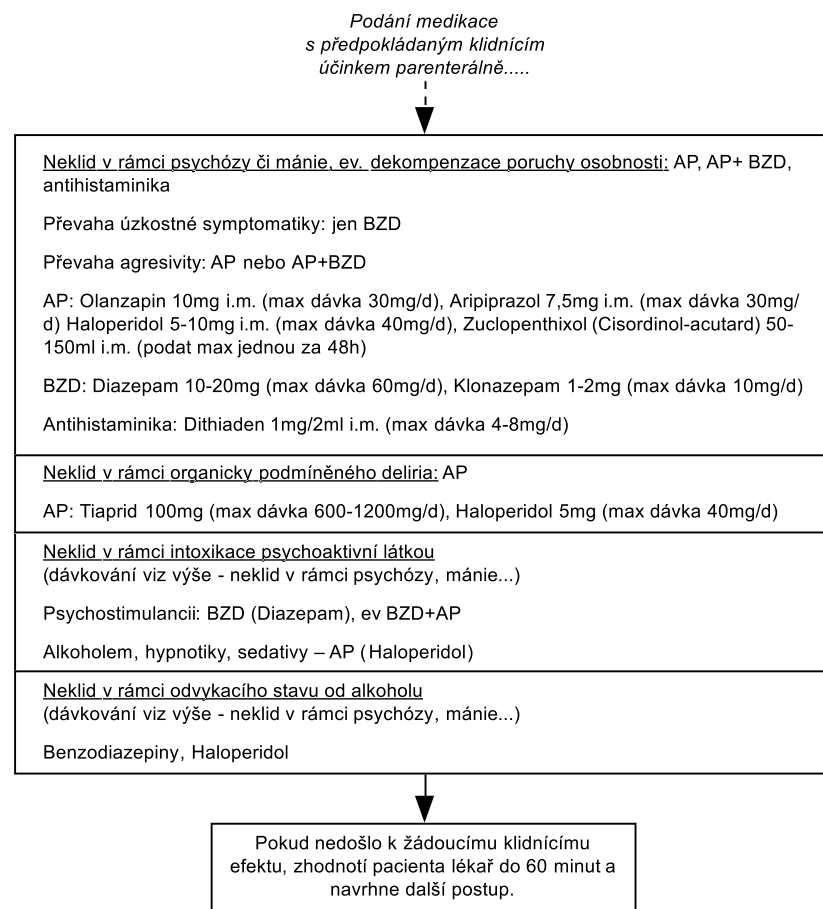
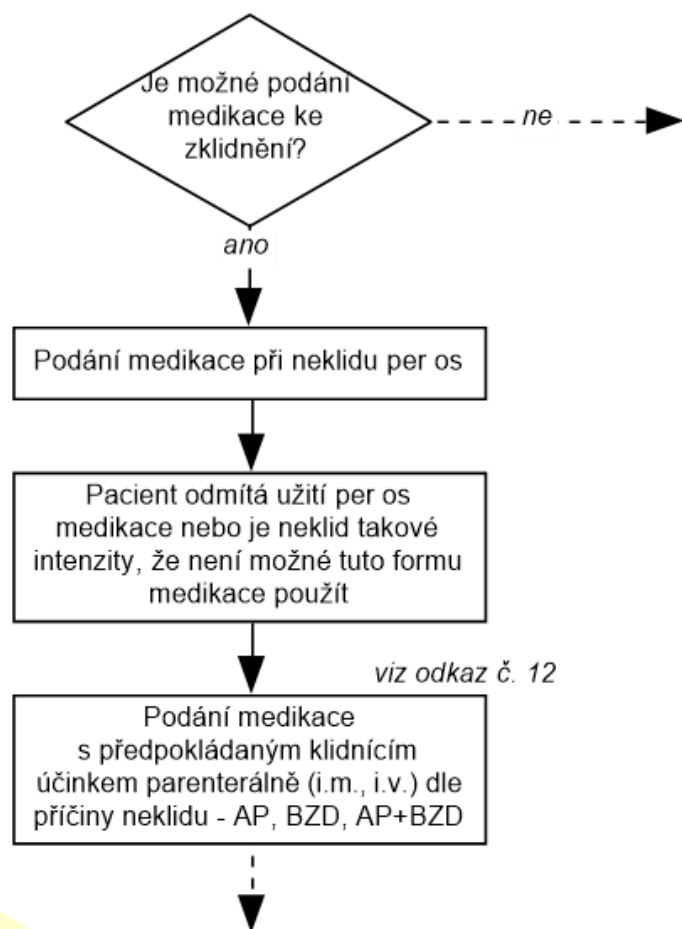
7) Poskytovatel lůžkové péče by měl mít zavedený systém **průběžného vzdělávání zaměstnanců** v prevenci vzniku konfliktu, využívání deeskalačních technik a vhodné komunikace, bezpečného použití omezovacích prostředků a péče o pacienta po použití omezovacího prostředku. Pracovníci všech profesních skupin v přímé péči by měli být proškoleni minimálně jednou ročně.

8) Omezovací prostředky použijeme jen v situacích, kdy nedokážeme jinými a mírnějšími prostředky zabránit bezprostředně hrozící újmě na zdraví pacienta nebo osob v jeho okolí, přičemž **omezující opatření musí být přiměřená** ve vztahu k tomuto cíli. Omezovací prostředky nelze použít jako formu trestu. Přínos použití musí být vždy větší než případná rizika. S výhodou je aplikovat omezovací prostředky bez přítomnosti dalších pacientů.

9) Snažíme se **vyloučit jinou příčinu neklidu** než psychogenní (úraz, infekce, organicita CNS). Naším cílem je také získat dostatečné anamnestické údaje a informace o situaci předcházející neklidu. Při podezření na somatickou příčinu neklidu provedeme potřebná vyšetření (laboratorní, zobrazovací, event. konziliární vyšetření jiných odborností). U podezření na intoxikaci léky nebo psychoaktivními látkami zvážíme toxikologické vyšetření.

10) Používání omezovacích prostředků a hospitalizace bez souhlasu nemocného regulují následující **legislativní normy** - Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicině, Zákon o zdravotních službách a jejich poskytování, Zákon č. 292/2013 Sb. o zvláštních řízeních soudních (nahradil Občanský soudní řád č. 99/1963 Sb.) a Metodický pokyn pro poskytovatele lůžkové péče v ČR k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta a Vyhlášky o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb.

11) Použití omezovacích prostředků musí být vždy vyhodnoceno **individuálně u konkrétního pacienta a s přihlédnutím k aktuální situaci**. Pokud má pacient již zkušenost s použitím omezovacích prostředků a máme k dispozici jím vytvořený preventivní krizový plán, snažíme se uplatňovat jeho individuální preference.



12) Při tlumení neklidu volíme **lék**, který měl v minulosti u pacienta efekt (při podobném incidentu v minulosti, injekční formu perorálně ambulantně podávaného léku). Vybíráme **lék s rychlým nástupem účinku**. U starších pacientů, pacientů polymorbidních, s organickou CNS volíme nižší dávky. Pozor na interakci s ostatní somatickou medikací. U benzodiazepinů upřednostňujeme preparáty s krátkým poločasem a bez aktivních metabolitů. Pozor, diazepam má nepredikovatelné vstřebávání i.m.

Je možné podání
medikace ke
zklidnění?

- .ne - -

K podání medikace je nutné pacienta
omezit v pohybu

viz odkaz č. 13

Použití mechanických omezovacích
prostředků – omezení pomocí
ochranných pásů, manuálním držením,
uzavřením v místnosti určené k
bezpečnému pohybu, použitím
ochranného kabátku

viz odkaz č. 14

APLIKUJE školený zdravotnický
personál v dostatečném počtu (jedná
klidně a zkušeně, zachovává
důstojnost, průběžně slovně klidní
nemocného, informuje ho o tom, co se
děje a z jakého důvodu)

Zdravotnický
personál aplikující
omezovací
prostředky

lékař

sestra

Hodnotí stav nemocného v omezení a
rozhoduje o nutnosti dalšího
pokračování omezení nebo o dalším
postupu.

minimálně 1x za 6 hodin (u nemocného
omezeného ochrannými pásy/kurty, v
ochranném kabátku); 1x za 12 hodin u
nemocného v bezpečné místnosti,
maximální délka manuálního držení
pacienta personálem je 20 minut

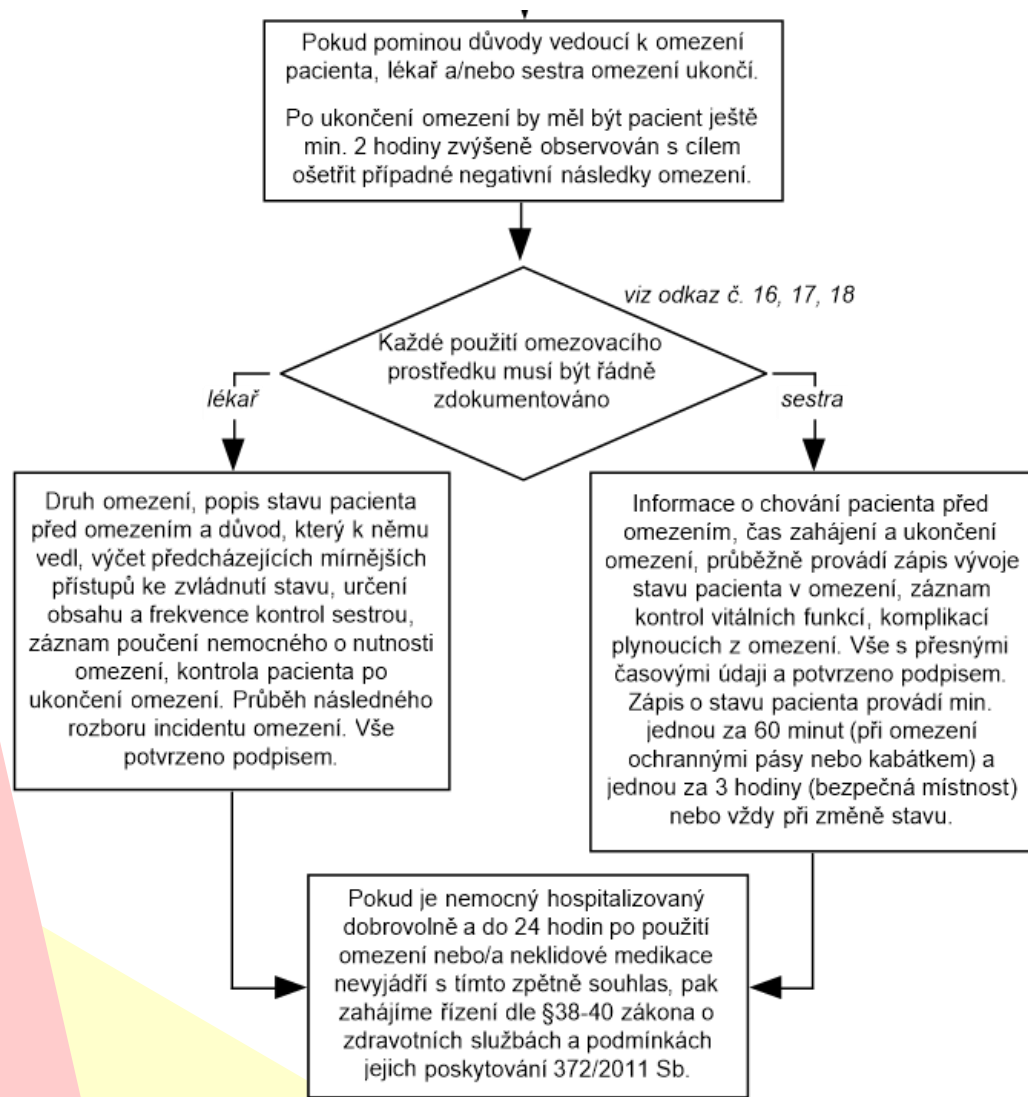
Poskytuje trvalý dohled přímo nebo
prostřednictvím kamerového systému.
Každých 30 minut sleduje prokrvení
končetin a příslušných částí těla,
projevy bolesti, stav hydratace a
vědomí. Dbá na hydrataci, příjem
potravy, hygienu, toaletu, prevenci
dekubitů a zajišťování tepelné a
světelné pohody. S nemocným
průběžně komunikuje a uklidňuje ho.
Další kontroly somatického stavu a
jejich frekvenci určuje lékař.

Každou změnu stavu hlásí lékaři.

13) **Policie ČR může asistovat** v rámci zákona o Policii ČR, paragraf 14, č. 283/2008 Sb. Policie se řídí pokyny zdravotnických pracovníků.

14) **Pacient musí být informován** během aplikace omezovacích prostředků o tom, co se s ním průběžně děje a po skončení omezení o důvodech a smyslu omezení. Volíme vhodné načasování i formu komunikace, která odpovídá zdravotnímu a kognitivnímu stavu pacienta. Nicméně dlouhodobě neuspokojivý stav neznamená, že pacient informován nebude.

15) **Návštěvy** u pacienta v omezení jsou možné, pokud s nimi pacient souhlasí a/nebo neurčí-li lékař jinak. Návštěva musí být lékařem nebo sestrou informována o důvodech omezení a musí být schopna akceptovat omezující opatření. Přítomnost peer konzultanta je, se souhlasem lékaře i pacienta možná, cílem je zmírnit nepříjemné prožitky omezeného pacienta.



16) Po ukončení omezení je důležité probrat situaci s nemocným i s personálem, který se omezení zúčastnil. Cílem je identifikovat faktory, jejichž podchycení minimalizuje výskyt použití omezovacích prostředků do budoucna a sníží traumatizující a emoční dopady pro všechny zúčastněné. Poskytujeme podporu. Za realizaci **zpětného rozboru incidentu** s pacientem je zodpovědný zdravotník (lékař, psycholog, ev. sestra). Pakliže s tím pacient souhlasí, může být k následnému rozboru přizván též peer konzultant.

17) **Provedení následného rozboru je potřeba dokumentovat** ve zdravotnické dokumentaci. Ze záznamu musí být zřejmé, jak následný rozbor probíhal a jakých závěrů bylo dosaženo. V opodstatněných případech je žádoucí, aby bylo záznamů o provedení následného rozboru využíváno k hledání systémových opatření, která mohou vést do budoucna k minimalizaci užití omezovacích prostředků.

18) **Zdravotnické zařízení eviduje použití jednotlivých omezovacích prostředků** do 60 dní od jejich aplikace. Údaje pacientů jsou anonymizované. Zaznamenává se druh prostředku, důvod použití a délka aplikace (s výjimkou omezení úchopem a aplikace (psycho)farmak proti vůli pacienta). V centrální evidenci se vedou souhrnné údaje za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť.

Osnova pro následný rozbor omezení s pacientem

Vysvětlete, že tento rozhovor bude zaznamenán do zdravotnické dokumentace jako názor pacienta na incident zahrnující omezení. Omezení znamená, že personál musí přemoci pacienta, aby mu zabránili ublížit sobě nebo druhým. U každé otázky zjišťujte, co pomáhalo a co ne.

Zaměstnanec:..... Pacient:..... Datum:.....

- 1) Pamatujete si na to, že jste byl/a omezen/a?
- 2) Mluvil s vámi někdo o tom, jak jste se při zásahu cítil?
- 3) Jak jste se cítil? Cítil jste se při zásahu bezpečně? Cítil jste se bezpečně poté?
- 4) Jak k tomu došlo? Jaké události vašemu omezení předcházely?
- 5) Myslíte, že omezení bylo tentokrát potřeba? Pokud ne, vysvětlete mi to, prosím.
- 6) Je něco, co jste vy nebo personál mohli udělat jinak, co mohlo pomoci? Co by to bylo?
- 7) Máte krizový plán, aby napříště u vás k omezení nedocházelo? Pokud ano, je třeba ho změnit? Co byste doplnil nebo odstranil?
- 8) Chcete, aby se členové personálu nad něčím zamysleli, co by vám mohlo pomoci do budoucna? Mluvil jste s členy personálu, kteří pomáhali s vaším omezením? Je třeba řešit nějaké problémy? Projděte své záznamy pacientovi, aby mohl ověřit, zda je to výstižné shrnutí toho, co vám sdělil, a mohli jste to zaznamenat do zdravotnické dokumentace.
- 9) 9) Mluvil jste se svým multidisciplinárním týmem o tom, jak se dívají na vaše omezení?

Osnova pro následný rozbor omezení s personálem

POCITY

Jak incident ovlivnil zaměstnance?

Jsou témata, která je třeba probrat na supervizi?

Je třeba další podpora od personálního oddělení / BOZP? Pokud ano, kontaktujte...

ANALÝZA

Bylo použito vhodné omezení?

Byly v průběhu omezení monitorovány vitální funkce?

Byly dodrženy další požadavky na monitorování v průběhu fyzického omezení? (zákon)

Pokud ne, bylo poskytnuto a zdokumentováno jasné racionále?

Postupovalo se podle krizového plánu / plánu péče?

OPATŘENÍ

Jak incident ovlivnil další uživatele služby?

Je třeba jakékoli záležitosti na straně jednotlivců nebo komunity oddělení? Informujte staniční sestru.

Mohl tento incident být řešen jiným způsobem?

Jaké změny je třeba provést v plánech, aby se podobným incidentům předešlo do budoucna

SPORNÉ BODY Z POHLEDU PSYCHIATRA

- 1) **BEZPROSTŘEDNÍ NEBEZPEČNOST** – *jak se prokáže? Přítomnost imperativních halucinací není častá....s podáním klidnicí medikace odezní agresivita, ale chování stále není pod dostatečnou kontrolou, pacient stále akutní, nenahlíží nutnost léčby a propuštění by vs vedlo k relapsu*
- 2) **SEBEVRAŽEDNOST** – *má vývoj a často je nutné předvídat*
- 3) **DELIRIUM** – *lucidní intervaly*
- 4) **INTOXIKACE** – *odeznění do 24 hodin, omezovací prostředky*
- 4) **NEMOCNÝ OMEZENÝ NA PÉČI** – *opatrovník se nemůže dostavit*
- 5) **VALIDITA SOUHLASU DÍTĚTE NAD 15 LET?**