

Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby

Mgr. Hana Dohnalová

Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Zdravotničtí pracovníci se ve své praxi v soukromých ordinacích, ve zdravotnických zařízeních i v institucích poskytujících sociální služby setkávají se situacemi, kdy je nutné vůči pacientovi použít restriktivní metody a omezit ho tak ve volném pohybu. Při používání omezovacích prostředků je nutné zajistit bezpečnost nemocného a kvalitní ošetrovatelskou péči. Jelikož se užitím restrikce vážně zasahuje do osobní svobody pacienta, je bezpodmínečně nutné jednat v souladu se základními občanskými právy člověka a příslušnými právními normami přesně definujícími stavy, pro které lze aplikaci omezovacích prostředků indikovat. Nezbytnou součástí užívání omezovacích prostředků je výstižná, přehledně a chronologicky vedená dokumentace. Neméně důležité je však i zajištění co možná nejvyšší informovanosti zdravotníků o povaze, příčinách, průběhu a důsledcích chování neklidných, agresivních a duševně nemocných lidí.

Klíčová slova: omezovací prostředek, ošetrovatelská péče, pacient, práva pacienta, ošetrovatelský standard.

The use of containment methods in health care facilities and in social service institutions

Violence has become a common part of our lives and increasing numbers of people have direct experience with violence or aggression. It is also frequently encountered by health care workers in private practices, health care facilities and social service institutions. Although the advancement of modern science has allowed successful treatment of increasingly more patients, it seems as if the time has stopped in the field of care for agitated, aggressive and mentally ill patients, particularly in terms of the continuing use of containment methods. One may often come across statements about outdated, unscientific and inhuman approaches which, from the point of view of not only lay but also the non-uniform expert public, are represented by the containment methods. Lack of awareness on the use of containment methods also plays a role, resulting in many myths and fictions. As a consequence, a negative attitude towards all the containment methods and measures used in practice is reinforced. However, it is the practical experience which shows that, despite ongoing progress, these unpopular methods cannot be dispensed with.

Key words: restrictive measure, nursing care, patient, patient's rights, standards of nursing care.

Med. Pro Praxi 2011; 8(2): 86–88

Omezovacími prostředky se rozumí terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta, tzn. pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu nemocného, umístění pacienta v ochranném (síťovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, fyzické omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy), připoutání nemocného k lůžku, užití ochranných prostředků (ochranný kabátek) a parenterální podání psychofarmak bez souhlasu nemocného.

Použití jakýchkoli omezovacích prostředků je považováno za krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, jsou-li ostatní možnosti vyčerpány. Vždy je bezpodmínečně nutné definovat důvod, pro který bylo omezení indikováno a omezovací prostředky aplikovat pouze v případech, kdy hrozí bezprostřední ohrožení zdraví pacienta a je vysoce pravděpodobné, že dojde ke zhoršení jeho zdravotního stavu, nebude-li omezovacích prostředků užito.

Aby mohla být poskytována kvalitní ošetrovatelská péče a zajištěna bezpečnost nemoc-

ného i při používání omezovacích prostředků, je nezbytné stanovení profesní úrovně kvality, neboli zavedení ošetrovatelského standardu ve všech typech zařízení, kde se restriktivní opatření užívají. Neméně důležité je vědět, jakým způsobem lze užívání restriktivních metod předcházet, jak se k potenciálně agresivním pacientům chovat a jak s nimi jednat. Stejně důležité je však i zajištění co možná nejvyšší informovanosti zdravotníků a pracovníků v sociálních službách o povaze, příčinách, průběhu a důsledcích chování neklidných, agresivních a duševně nemocných lidí.

Užívání restriktivních opatření je velmi kontroverzní oblastí ošetrovatelské péče a klinické praxe vůbec, neboť významně zasahuje do lidských práv a důstojnosti člověka, proto se při jejich aplikaci vychází z dokumentů shrnujících základní občanská práva a z příslušných právních norem přesně definujících stavy, pro které lze přikročit k nedobrovolné hospitalizaci či aplikaci omezovacích prostředků. Duševně nemocní si

však svých práv nejsou vždy zcela vědomi, nebo je nechápou vůbec, a/nebo je nedokážou sami uplatňovat ani realizovat. Obrany práv nemocných duševními poruchami se dotýká několik dokumentů: Deklarace lidských práv duševně nemocných, Deklarace lidských práv a duševního zdraví a Zásady práv osob trpících duševní poruchou.

Je-li restrikce užito, odpovídá za vlastní provedení omezení i za zajištění ošetrovatelské péče sestra. Po celou dobu omezení musí být pacientovi věnována zvláštní pozornost a zvýšená ošetrovatelská péče, včetně sledování základních fyziologických funkcí v pravidelných intervalech. Součástí komplexní péče je podrobné vedení zdravotnické dokumentace, která musí obsahovat veškeré údaje týkající se aplikace omezovacího prostředku a záznam o všech provedených ošetrovatelských intervencích.

Do roku 2005 neexistovala v České republice směrnice vymezující jednotný postup při užití omezovacích prostředků. Na počátku roku 2005

vešlo v platnost metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR pro užití omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních, které platilo až do 30. 9. 2009, kdy vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR nový věstník č. 5/2009 upravující zásady používání restriktivních opatření v zájmu zajištění obdobných postupů ve zdravotnických zařízeních ČR realizujících jejich aplikaci.

Problematickou omezování pohybu uživatelů v zařízení sociálních služeb se zabývá Ministerstvo práce a sociálních věcí. Konceptně jsou však restriktivní opatření v sociálních ústavech řešena od r. 2002, kdy byla zveřejněna zpráva o stavu lidských práv v ČR Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému a ponižujícímu zacházení nebo trestání. Zpráva mimo jiné poukazovala na zneužívání klecových lůžek s mříží či sítí v zařízeních sociální péče v ČR a upozorňovala na absenci kontroly a neexistence pravidel a standardů. V současné době problematiku užívání omezovacího opatření u uživatelů sociálních služeb upravuje § 89 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

S problematikou ošetřování a zvládnání pacientů s poruchami duševního zdraví se můžeme setkat v jakémkoli typu zdravotnického nebo sociálního zařízení. V těchto situacích platí, že před použitím omezovacího prostředku musí být nejdříve učiněn pokus zklidnit pacienta využitím jiné, mírnější metody, než je užití omezovacího prostředku. Pracovníci těchto institucí by proto měli znát základní pravidla přístupu k rizikovým pacientům – jak se chovat, jak s nimi jednat a jak postupovat v situacích, kdy je nutné přikročit k užití omezovacího prostředku.

U dementních pacientů vykazujících známky bizarního a iracionálního chování, trpícími poruchami poznávání, spánku, nočními zmátlostmi a neklidem, vztahováním a poruchami s bludy, halucinacemi apod., je nutný zejména vstřícný, laskavý a ujišťující přístup. V momentě, kdy pacient přestává rozumět ostatním, snižuje se jeho schopnost komunikace a řeč přestává být hlavním dorozumívacím prostředkem, je nutné jako hlavní prostředek používat úsměv, gesta, dotečky, často opakovat informace o čase a místě kde se nachází, zavádět hovory o aktuální roční době a vzpomínat na okamžiky jeho života, které mu přinášely radost. Velmi důležitou a účinnou metodou komunikace s dementním člověkem je tzv. zrcadlení. Pro pacienta, který není schopen pochopit význam toho co mu říkáme, a který vnímá pouze naše emoční naladění, není ani tak důležité co mu říkáme, jako jak to říkáme. Chování nemocného pak funguje jako zrcadlo, neboť jeho chování odráží námi

vyjadřované pocity. Tímto přístupem lze předejít řadě nepříjemných konfliktů.

V případě psychiatricky nemocných pacientů je nutné postupovat obdobným způsobem. Při neklidu či riziku agrese u duševně nemocných však dochází k situacím, kdy vyjednávání a jakékoli další snahy o dohodu s pacientem, aby se předešlo použití restrikce, bývají velmi často neúspěšné a k omezení se musí přikročit. Málokdy lze dosáhnout zklidnění pacienta jen pouhým držením nemocného zdravotnickými pracovníky, jak je běžné např. v Anglii, kde je zakázáno používání síťových lůžek, kurtování i všechny další jiné způsoby imobilizace pacienta. Ke zklidňování pacientů bývá v evropských zemích vůbec nejčastěji využívána verbální i neverbální komunikace, vyjednávání, rychlé medikamentózní zklidnění, fyzické ovládnutí a omezení zdravotnickými pracovníky. V zahraničí je tento způsob pečování možný zejména zajištěním vysokého počtu personálu a odpovídajícím materiálním vybavením, jak uvádějí Baudiš a Bašný (2005) ve své zprávě z poznávací cesty po Anglii. Stejně komfortní je index zdravotnického personálu na jedno lůžko například v Itálii, kde činí 2,0 zdravotnického pracovníka na jedno lůžko, kdežto u nás je to 0,6 pracovníka.

U psychiatricky nemocných pacientů, se kterými se však nesetkáváme pouze v psychiatrických zdravotnických zařízeních, ale velmi často na úrovni primární – komunitní péče a v ústavech poskytujících sociální služby, je žádoucí mít alespoň základní vědomosti o právní problematice, která se vztahuje k hospitalizaci nemocného bez jeho souhlasu a k užívání omezovacích prostředků. Problematika nedobrovolného zadržení pacienta je ovšem často vztažena již na období před příchodem nemocného do zdravotnického zařízení, kdy je nutné vstoupit do bytu pacienta nebo ho zadržet v ordinaci lékaře mnohdy za asistence policie. Stejný problém představuje i technika a způsob převozu nemocného, neboť tyto situace nejsou dosud legislativně přesně upraveny. Bezpodmínečně nutné však je přistoupit k transportu nemocného a následné nedobrovolné hospitalizaci až po vyčerpání všech dostupných možností ve snaze získat pacienta ke spolupráci. Využívá se dohody s příbuznými a přáteli a apeluje se na zbytek úsudku nemocného, aby se přesvědčil o potřebě léčby.

Indikace použití omezovacího opatření je v kompetenci lékaře, avšak věstník MZ č. 5 částka 7/2009 o Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České

republiky připouští, že o použití omezovacího prostředku a jeho druhu může rozhodnout i jiný zdravotnický pracovník k tomu způsobilý dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů a o jeho použití informuje bez zbytečného odkladu lékaře. Věstník dále doporučuje zdravotnickým zařízením vypracovat standard, který stanovuje jednotlivé kroky popisující jak co nejrychleji zvládnout situaci s agitovaným pacientem, za současné minimalizace rizika poškození zdraví nemocného i personálu.

Povinnost vypracovat standard kvality péče vyplývá ze zákona o sociálních službách i pro zařízení poskytující sociální služby a zároveň užívající restriktivní metody. Klíčovým materiálem pro tvorbu standardů kvality sociálních služeb je příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění a vyhláška č. 166/2007 Sb., které doporučují konkrétní obsah standardů péče.

Nezbytnou součástí užívání omezovacích prostředků je výstižná, přehledně a chronologicky vedená dokumentace. Zápisy musí být srozumitelné, čitelné, popisné, konkrétní a vždy opatřené datem, časem a podpisem osoby, která zápis provedla. Na odděleních zdravotnických zařízení a v institucích poskytujících sociální služby, kde se omezovací prostředky používají, by měl být personál alespoň jedenkrát ročně proškolen v problematice restriktivních opatření a v péči o nemocného v omezení.

Užívání restriktivních opatření má i významný etický rozměr. Při jejich aplikaci je nutné mít stále na paměti, že omezovací prostředek má zajistit bezpečnost pacienta, nikoli usnadnit práci personálu nebo potrestat pacienta. Rozhodnutí, zdali omezovací prostředek použít či ne, by měla předcházet důkladná rozvaha založená především na respektu k osobnosti pacienta a při každém jejich užití by mělo být zvažováno, nejsou-li základní etické principy v rozporu s naším konáním. V souvislosti s tím vyvstává otázka, zdali není tato praxe v rozporu s tím, co by sestry a ostatní ošetřovatelský personál učinil, mohl-li by se svobodně řídit svými osobními hodnotami a nikoli odbornými standardy. Je proto důležité, aby se zdravotnický personál vzdělával a měl znalosti o základních lidských právech a právech pacientů a dodržoval společenská pravidla i etické normy tak, aby byla za každých okolností respektována individualita pacienta. Současně by měl mít osvojené co nejméně omezující způsoby přístupu k neklidným pacientům, jež by měl umět vhodně využívat. Neméně důležité je však umožnit pečujícím

o svých zkušenostech a prožitcích z práce s neklidnými a nespolupracujícími pacienty hovořit, protože ventilace negativních prožitků má značný vliv nejen na korekci přístupu k jednotlivým pacientům, ale i z hlediska prevence syndromu vyhoření.

Problematika užívání omezovacích prostředků se týká všech věkových kategorií nemocných i všech úseků zdravotní péče, tedy nejen psychiatrických oddělení, ale i léčeben dlouhodobě nemocných, ústavů sociální péče, akutních nemocničních oddělení a stejně tak domácí péče. Téma restriktivních opatření je, a patrně vždy bude, oblastí diskutovanou, a to jak mezi laiky, tak v odborné veřejnosti. Bohužel, doposud neexistují kontrolované studie, které by vyhodnotily a porovnaly jednotlivé omezovací metody, proto nelze zatím ani tvrdit, že některé metody jsou lepší a jiné horší. Navzdory mnohým rozporům a nedostatkům, které specifika tohoto typu

péče skýtají, mají přesto omezovací prostředky v péči o neklidné, agresivní a duševně nemocné své nezastupitelné místo a činnosti spojené s ošetrovatelskou péčí o pacienty v omezení se mohou zcela jistě stát nevyčerpatelným zdrojem podnětů k zamyšlení nebo dalšímu zpracování této tematiky.

Literatura

1. Bašný Z. Sítě v psychiatrii a psychiatrie v síti. Česká a slovenská psychiatrie. Praha: Galén, 2004; 100(8): 471.
2. Baštecký J. Psychiatrie, právo a společnost. 1. vyd. Praha: Galén, 1997: 218 s.
3. Baudiš P, Bašný Z. Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii. Česká a slovenská psychiatrie. Praha: Galén, 2005; 101(4): 228–230.
4. Benešová V. Léčba poruch chování u pacientů s demencí. 1. vyd. Praha: Galén, 2001: 20 s.
5. Doležal T, Doležal A. Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Linde, 2007: 144 s.
6. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002: 895 s.

7. Jankovský J. Etika pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Triton, 2003: 219 s.

8. Janosiková EH, Daviesová JL. Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost. 1. vyd. Martin: Osveta, s. r. o., 1999: 551 s.

9. Marková E, Venglářová M, Babiaková M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2006: 352 s.

10. Raboch J, Anders M, Praško J, Hellerová P. Psychiatrie – doporučené postupy psychiatrické péče II. 1. vyd. Praha: Infopharm, a. s., 2006: 204 s.

11. Problematika restriktivních opatření. [on-line]. [cit: 2010–10–06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1087>.

12. Věstník MZ ČR č. 5/2009, částka 7. Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky. [on-line], 02–10–2009. [cit: 2010–03–06]. Dostupné z: <http://szscb.wz.cz/archiv/pdf/szs-06-07.pdf>.

Mgr. Hana Dohnalová

Psychiatrické oddělení
Nemocnice České Budějovice, a. s.
B. Němcové 585/54,
370 01 České Budějovice
psychiatrie@nemcb.cz

