



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“<sup>1</sup>; 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).*

---

<sup>1</sup> 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 trošku 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 popsáných 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 víkendu 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 píchli 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. deeskalční 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 přerušování 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. Některí 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 pípu<sup>2</sup> 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).*

---

<sup>2</sup> 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 vnější, 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 nenakurtovanéj, 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 rozkourá“ (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 medikaci<sup>3</sup>, 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.“*

---

<sup>3</sup> 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 vešel 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 dobrýho“ (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.