



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Použití omezovacích prostředků v psychiatrické péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lenka Palátová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Použití omezovacích prostředků v psychiatrické péči*“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2021

.....

Lenka Palátová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, ochotu a účinnou komunikaci.

Použití omezovacích prostředků v psychiatrické péči

Abstrakt

Práce s názvem Použití omezovacích prostředků v psychiatrické péči je prací teoretickou. Nabízí náhled do používání omezovacích prostředků, které jsou veřejností vnímány jako omezování lidské svobody, a do kompetencí sester na psychiatrických odděleních, které pečují o pacienty s duševním onemocněním nejen v případě omezení volného pohybu pacienta. Práce je vhodná nejen pro nelékařské zdravotnické pracovníky, ale i pro studenty zdravotnických oborů a laickou veřejnost. Na základě stanovených cílů byly formulovány dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Jaké jsou rozdíly v používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích Evropské unie? Druhá výzkumná otázka: Jaké jsou kompetence sester při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích Evropské unie?

Bakalářská práce vychází z českých i zahraničních publikací, internetových zdrojů, odborné databáze PubMed, ošetrovatelských standardů a vybraných zákonů pojednávajících o psychiatrické péči v jednotlivých zemích. Pro práci bylo zvoleno 6 vyspělých zemí napříč Evropskou unií, konkrétně Česká republika, Finsko, Švédsko, Dánsko, Nizozemí a Itálie.

Trendem v těchto zmíněných zemích je postupné snižování počtu lůžek na psychiatrických odděleních nebo alespoň zkrácení doby hospitalizace a postupné směřování péče o duševně nemocné do center duševního zdraví a péče na komunitní úrovni. Ve všech zemích je také snaha snížit používání omezovacích prostředků a jejich používání se ve vybraných zemích trochu odlišuje. O omezení pacienta může výjimečně rozhodnout i nelékařský zdravotnický pracovník, musí ale o této skutečnosti neprodleně informovat lékaře. Kompetence sester pečujících o pacienta s duševním onemocněním jsou specifické ve srovnání s péčí o pacienty na standardním oddělení. V případě omezení pacienta v pohybu sestra provádí běžné ošetrovatelské intervence a často kontroluje pacienta.

Z výsledků je patrné, že použití omezovacích prostředků je napříč vybranými zeměmi mírně rozdílné, ale ve všech zemích zůstává až jako poslední možnost, kdy jiné metody selhaly a hrozí zranění pacienta nebo pracovníků oddělení. Kompetence jsou také trochu odlišné, nicméně vždy sestra provádí kontrolu použitého omezovacího prostředku, zajišťuje bezpečí pacientovi a provádí základní ošetrovatelské intervence.

Klíčová slova

kompetence sestry; omezovací prostředky; psychiatrická péče; sestra na psychiatrii; země Evropské unie

Use of Restraints in Psychiatric Care

Abstract

The thesis with the name Use of Restraints in Psychiatric Care is theoretical thesis. It offers insight into the use of restraints which are perceived by the public as restriction of human freedom, and to competences of nurses at psychiatric wards which care for patients with mental illness not only in case of restriction of free movement of a patient. The thesis is suitable not only for non-physician health professionals but also for medical students and lay public. Based on the set objectives, two research questions were formulated. First research question: What are the differences in use of restraints in psychiatric care in the chosen countries of the European Union? The second research question: What are the competences of nurses in the use of restraints in psychiatric care in the chosen countries of the European Union?

The thesis is based on both Czech and foreign publications, internet sources, professional database PubMed, standards of nursing and chosen laws dealing with psychiatric care in the individual countries. 6 countries in the European Union were chosen for purposes of the thesis, specifically the Czech Republic, Finland, Sweden, Denmark, the Netherlands and Italy.

Trend in the mentioned countries is gradual decrease in number of beds at psychiatric wards or at least shortening the hospital stay and gradual shifting of care for mentally ill to mental health centers and care at the community level. In all countries is also effort to lower the use of restraints and their use is slightly different in every country. Exceptionally, a non-physician health care staff can decide to restrain a patient but he must inform a doctor about it immediately. Competitions of nurses caring for patient with mental illness are specific in comparison with care for patient at a standard department. In case of restriction of movement of a patient, the nurse performs routine nursing interventions and frequently checks the patient.

It is apparent from the results that use of restraints slightly differs across the chosen countries but in every one of them, it remains only as a last resort where all other methods failed and there is a risk of injury of patient or ward staff. Competencies are slightly different, but the nurse always inspects the used restraint, ensures safety of a patient and performs basic nursing interventions.

Key words

competences of a nurse; restraints; psychiatric care; nurse at psychiatric ward; countries of the European Union

Obsah

Úvod.....	10
1 Cíle práce a výzkumné otázky.....	11
1.1 Cíle práce	11
1.2 Výzkumné otázky.....	11
1.3 Operacionalizace pojmů.....	11
2 Metodika.....	12
3 Současný stav	13
3.1 Historie psychiatrie	13
3.2 Struktura psychiatrické péče v České republice.....	14
3.3 Použití omezovacích prostředků v České republice.....	16
3.3.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči.....	19
4 Psychiatrická péče ve Finsku.....	21
4.1 Použití omezovacích prostředků ve Finsku.....	22
4.1.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve Finsku	24
5 Psychiatrická péče ve Švédsku	25
5.1 Použití omezovacích prostředků ve Švédsku	27
5.1.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve Švédsku.....	28
6 Psychiatrická péče v Dánsku	30
6.1 Použití omezovacích prostředků v Dánsku	32
6.1.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči v Dánsku.....	33
7 Psychiatrická péče v Nizozemí.....	35
7.1 Použití omezovacích prostředků v Nizozemí.....	37

7.1.1	Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči v Nizozemí	38
8	Psychiatrická péče v Itálii.....	40
8.1	Omezovací prostředky v psychiatrické péči v Itálii.....	42
8.1.1	Kompetence sestry při použití omezovacích prostředků v Itálii.....	43
9	Diskuze	45
	Závěr	51
	Seznam literatury	53
	Seznam příloh	60
	Seznam zkratk	61

Úvod

Tématem této bakalářské práce je použití omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích Evropské unie. Do práce jsme zvolili Českou republiku, Finsko, Švédsko, Dánsko, Nizozemí a Itálii. V dnešní době dochází k rozvoji a reformám v oblasti psychiatrické péče. V péči o pacienty s duševním onemocněním jsou na sestry kladeny větší nároky. Podle Markové (2014) jsou duševní poruchy nejčastějším důvodem pracovní neschopnosti, předčasného odchodu do důchodu a invalidity. Na psychiatrickém oddělení musí být zajištěna bezpečnost jak pacientů, tak i pečujících zdravotnických pracovníků. Bezpečnost pacientů je zajištěna různými prvky jako uzamčením oddělení, kamerovým dohledem, farmakoterapií a různými deeskalačními technikami. V případě agresivity pacientů, kteří ohrožují sebe a své okolí, lze přistoupit k použití omezovacích prostředků.

Toto téma jsem si vybrala, protože použití omezovacích prostředků je ve světě stále diskutovaným tématem, neboť jde o zásah do pacientova soukromí. V práci budeme zjišťovat, jaké omezovací prostředky se používají ve vybraných zemích Evropské unie ve srovnání s Českou republikou. Bakalářská práce je prací teoretickou, bude se krátce zabývat historií psychiatrické péče celosvětově, strukturou psychiatrické péče, použitím omezovacích prostředků, kompetencemi sester při použití omezovacích prostředků ve vybraných zemích Evropské unie.

Práce bude rozdělena podle jednotlivých vybraných zemí. V každé z nich se budeme blíže zabývat druhy omezovacích prostředků, které jsou používány v péči o duševně nemocné pacienty, a kompetencemi sester při jejich použití. S omezením pacienta úzce souvisí zajištění základní ošetrovatelské péče. V práci bude také přiblížena struktura psychiatrické péče v jednotlivých zemích.

Cílem této práce bude zmapovat, zda je použití omezovacích prostředků v zemích EU jednotné a jaké kompetence mají sestry při jejich používání.

1 Cíle práce a výzkumné otázky

Prvním cílem je zmapovat používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích Evropské unie. Druhým cílem je zjistit, jaké jsou kompetence sester při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči. Práce je teoretická.

1.1 Cíle práce

1. Zmapovat používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích EU.
2. Zjistit kompetence sester při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích EU.

1.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů jsme zvolili tyto výzkumné otázky:

1. Jaké jsou rozdíly v používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích EU?
2. Jaké jsou kompetence sester při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích EU?

1.3 Operacionalizace pojmů

Agrese: Lovaš (2019, s. 202) popisuje agresi „*jako chování, které má za následek ublížení, poškození, nebo k němu vede, směřuje*“.

Deinstitucionalizace: Juříčková (2014, s. 32–33) „*doporučuje deinstitucionalizaci služeb v oblasti duševního zdraví neboli redukci velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradu službami, které jsou bližší přirozenému prostředí pacientů*“.

Omezovací prostředky: zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, říká, že „*omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití*“.

2 Metodika

Pro zpracování teoretické práce byla použita obsahová analýza odborných pramenů, odborných článků a publikací. Byla provedena srovnávací studie o použití omezovacích prostředků ve vybraných zemích EU. Do práce byla vybrána Česká republika, Finsko, Švédsko, Dánsko, Nizozemí a Itálie. Práce byla vytvořena na základě prostudovaných zákonů v oblasti duševního zdraví, odborných článků a publikací.

Rešerše byla pořízena na základě vyhledané literatury, která obsahovala literaturu odbornou jak z domácích zdrojů, tak i ze zahraničních. Obsahovala také články z odborných časopisů a organizací zaměřených na duševní zdraví a psychiatrickou péči. Vyhledávání odborných informací zahraničních zdrojů souvisejících s tématem práce bylo náročnější, a to především z důvodu jazykové bariéry vybraných zemí. Pro vypracování rešerše byla využita Akademická knihovna v Českých Budějovicích, kde bylo čerpáno z tištěných publikací, a to především ze zákonů vybraných zemí, pojednávajících o duševním zdraví. Na internetu byly vyhledávány zdroje za pomoci klíčových slov, jako jsou např. omezovací prostředky, psychiatrická péče nebo kompetence psychiatrické sestry. Vyhledávání byly i cizojazyčné prameny s přihlédnutím k úřednímu jazyku vybraných států.

Kombinace klíčových slov ve finštině: Mielenterveyslaki, pakkokeinot, psykiatrinen hoito, psykiatrisen sairaanhoitajan pätevyys.

Kombinace klíčových slov ve švédštině: Begränsningar i psykiatri, Mental Health Act, psykiatrisk sjuksköterska, psykiatrisk vård, tvångsåtgärder inom psykiatri.

Kombinace klíčových slov v dánštině: Begrænsninger inden for psykiatri, lov om mental sundhed, psykiatrisk sygeplejerske, psykiatrisk pleje, tvangsforanstaltninger i psykiatrien.

Kombinace klíčových slov v angličtině: Coercive measures in psychiatry, mental health law, psychiatric nurse, psychiatric care, Restrictions in psychiatry.

Kombinace klíčových slov v holandštině: Mental Health Act, Psychiatrische zorg, Psychiatrisch verpleegkundige, Dwangmaatregelen in de psychiatrie.

Kombinace klíčových slov v italštině: Competenza di un infermiere in psichiatria, infermieristica psichiatrica, Legge sulla salute mentale, restrizioni in psichiatria.

3 Současný stav

3.1 Historie psychiatrie

Pojem „psychiatrie“ jako název pro samostatný medicínský obor byl poprvé použit německým lékařem Johanem Christianem Reilem v roce 1808. Pojmenování, léčba či výklad duševních onemocnění procházely změnami, které byly spojeny s chápáním onemocnění a s postavením člověka ve společnosti (Libiger, 2015). Na historii v péči o duševně nemocné lze nahlížet jak z medicínského hlediska, tak i z pohledu společenského, kdy se postoj k duševně nemocným postupně utvářel (Petr, 2014).

V řecké civilizaci byla podle Libigera (2015) léčba nemocí v rukou boha Asklépia. Dcerou boha Asklépia byla Hygeia, patronka zdravého života, která byla rovněž patronkou svatyní nazývaných Asklepiony. Ty sloužily jako chrámová a lékařská zařízení v péči o tělesné a duševní zdraví. Pacient podstupoval obecně posilující procedury, kombinace psychoterapeutické a duchovní péče. V těchto zařízeních se pravděpodobně zrodily počátky přírodovědné medicíny.

Petr (2014) uvádí, že již ve starém Egyptě a v Babylonii lze dohledat zmínky o péči o duševně nemocné. Za příčinu onemocnění, včetně duševních chorob byl v tomto období považován hněv a zloba nadpřirozených mocností. Péče o nemocné spočívala v nošení amuletů a v rituálních obřadech, jejichž úkolem bylo vyhnat z těla nemocného zlé demony. Věřilo se, že vyléčení lze dosáhnout modlitbami či zařikáváním těchto duchů na posvátných místech. Jiným způsobem léčby bylo využívání bylin a přírodních produktů.

Ve středověku začaly vznikat při kláštorech tzv. hospitály, kde lékařsky vzdělaní mniši poskytovali léčebnou péči (Raboch, 2013). V tomto období hrozilo, že duševní nemoci budou vykládány jako hřích či posedlost. Při neklidném chování převažovalo použití omezení pacienta. V rámci léčby duševně nemocných se užívaly tresty a rituály exorcismu. V 16. století vrcholil „hon na čarodějnice“. Po církevním procesu byl nemocný odsouzen a upálen. Duševně nemocným bez peněz a podpory rodiny byly nabízeny charitativní útulky, kde trávili noci a přes den pracovali v rodinách občanů města (Libiger, 2015). Podle Rabocha (2013) nebyli ve středověku lidé, kteří trpěli duševní chorobou, považováni za nemocné, ale za posedlé demony.

V novověku se pro lidi s duševním onemocněním začínaly zakládat ústavy. Snahy vyústily v naprostou izolaci těchto nemocných, takže ústavy byly spíše vězením než místem pro nemocné (Ocisková a Praško 2015). Zlom v psychiatrické péči nastal v období Francouzské revoluce. Francouzský lékař Philippe Pinel nechal duševně nemocným odstranit pouta, domníval se totiž, že právě omezení je zdrojem jejich násilí a neklidu. Přístup Pinela je někdy označován za revoluci v psychiatrii. Vznikaly azylové ústavy, kde bylo o duševně nemocné postaráno, protože je měly chránit před společností. Ve Spojených státech amerických se o konec omezování duševně nemocných zasloužil lékař Benjamin Rush (Libiger, 2015). V 18. století se psychiatrie začala prosazovat jako jedna ze základních oblastí medicíny. Phillipe Pinel také popsal několik stavů – hysterii, mánií bez bludů i s bludy, melancholii a obsedantně kompulzivní poruchu. Byl vzorem pro vznik psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení jako součástí nemocnic, čímž se vytvářel základ pro další vývoj disciplíny. V 19. století se psychiatrie stala lékařským oborem (Raboch, 2013). V Evropě vznikaly azylové ústavy. Vzrůstala potřeba lůžek, protože některé chronicky duševně nemocné již péče a léčba do běžného života vrátit nedokázala (Libiger, 2015). Pro rozvoj psychiatrie jako medicínského oboru bylo zásadní 20. století, které přispělo kvalitními terapeutickými metodami. V období padesátých let 20. století byla v praxi použita neuroleptika (léčiva tlumící neklid), později antidepressiva (Slezáková a kol., 2013). O přínos do psychiatrie se zasloužil také Sigmund Freud, který vytvořil a rozvinul psychoanalýzu, jež vycházela z teorie nevědomé přítomnosti prožitků z dětství. Pacient nepříjemné zážitky z dětství potlačoval či vytěsňoval, ačkoli měly pro jeho budoucnost velký význam, a to pro jeho odolnost, zvládání zátěže a při řešení konfliktů (Libiger, 2015).

3.2 *Struktura psychiatrické péče v České republice*

Psychiatrická péče v České republice je poskytována ambulantní a lůžkovou péčí a rozvíjí se komunitní péče. Dostupnost péče v oblasti psychiatrie je neuspokojivá a dlouhodobě nedostatečně financovaná a její rozvoj je ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie opožděn. Od 90. let 20. století neprošla psychiatrická péče v České republice žádnou zásadní systémovou změnou, to je důvodem reformy psychiatrické péče, která si klade za cíl zlepšit kvalitu života lidem s narušeným duševním zdravím. Strategie reformy psychiatrické péče je dlouholetý proces schválený Ministerstvem zdravotnictví ČR. V první etapě reformy, která má trvat do roku 2021, mají být zahájeny systémové změny

a vytvořeny předpoklady pro následné pokračování. V rámci systémových změn je kladen důraz na základní zdravotnickou a psychiatrickou péči, tak aby byla zajištěna včasná diagnostika a léčba duševních poruch. Pro kladný výsledek strategie je potřeba navýšit počet lékařů, sester, sociálních pracovníků a psychologů, a to obzvláště v ambulancích a terénních službách (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017). Mezi základní pilíře reformy psychiatrické péče v České republice patří vznik a rozvoj center duševního zdraví, vybudování nových psychiatrických oddělení jako součásti všeobecných nemocnic a podpora ambulantních pracovišť (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013).

Primární psychiatrická péče je zajišťována klinicko-psychologickými a psychiatrickými ambulancemi. Odborná péče je určena především pacientům, kteří do ambulančí docházejí, a je poskytována soukromými subjekty, majícími smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Tato péče je hrazena z velké části z veřejného zdravotního pojištění. Součástí ambulančí jsou samostatné ambulance psychologa, jsou dobře dostupné a nízkoprahové a představují vstupní bránu do psychiatrické péče. Mezi poskytované ambulantní služby patří například dětská a dorostová psychiatrie, poruchy příjmu potravy, sexuologie a mnoho dalších (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013).

Některé psychické poruchy a stavy hospitalizaci nevyžadují, léčba a diagnostika je pouze ambulantní. Psychiatrické ambulance poskytují služby, které umožňují pravidelné kontroly stavu, sledování komplikací či úpravu léků (Orel et al., 2012).

Přímo navazující sociální službou jsou nová centra duševního zdraví, je to komplex vzájemně propojených služeb, který zajišťuje služby osobám s vážným psychickým onemocněním v daném regionu. Cílem je maximálně podpořit klienty při začlenění do jejich sociálního života či poskytnutí psychiatrických, zdravotnických a navazujících sociálních služeb (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). V první fázi mají být vytvořena centra pro dospělé pacienty s vážným duševním onemocněním. Tito pacienti trpí těžkým průběhem schizofrenie a bipolární afektivní poruchou, jsou tedy nejvíce ohroženi vyloučením ze společnosti. Další cílovou skupinou jsou lidé s raným výskytem psychiatrického onemocnění (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017).

Akutní lůžková psychiatrická péče je poskytována okamžitě po vzniku nebo zhoršení psychické poruchy, jež vyžaduje hospitalizaci osob. Tyto osoby buď s péčí a hospitalizací souhlasí, nebo jsou hospitalizovány a péče jim je poskytnuta bez souhlasu, ale za zákonu

stanovených podmínek (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Počet akutních lůžek se bude postupně navyšovat, ubývat bude kapacita následné lůžkové péče, která současně často zastupuje akutní lůžkovou péči. Následná lůžková péče slouží pro středně dlouhé a dlouhodobé hospitalizace (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017).

Lůžková péče je v České republice poskytována na psychiatrických odděleních a v psychiatrických nemocnicích. Mezi poskytované služby patří akutní lůžková péče a denní doléčovací či specializované stacionáře (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Psychiatrická oddělení bývají většinou součástí všeobecných nemocnic. Jejich hlavním úkolem je akutní psychiatrická péče, provedení komplexní diagnostiky a tím i zajištění včasné léčby. Většina oddělení není schopna akutní péči poskytovat kvůli chybějícímu personálu a technickému vybavení a specializuje se pouze na určité spektrum pacientů. Psychiatrická oddělení fakultních nemocnic mají statut kliniky, která spolupracuje s lékařskou fakultou. Poskytují zdravotní služby, výuku vysokoškolským studentům a zabývají se postgraduálními výzkumy (Petr, 2014). Psychiatrické nemocnice poskytují péči následnou, dlouhodobou, specializovanou, s omezením i akutní. Lůžková péče je zaměřena na psychiatrickou rehabilitaci (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). V některých regionech plní psychiatrické nemocnice úlohu psychiatrických oddělení, a to tam, kde psychiatrická oddělení chybí nebo není dostatečná lůžková kapacita. Průměrné ošetřování pacienta trvá asi 85 dnů (Petr, 2014).

3.3 Použití omezovacích prostředků v České republice

V zájmu zajištění postupu při omezování volného pohybu pacienta v lůžkové péči při poskytování zdravotnických služeb a užívání omezovacích prostředků bylo vydáno metodické doporučení, a to v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění. Omezení pacienta se používá za účelem odvrácení poškození zdraví, života či bezpečnosti pacienta nebo osob v okolí. Omezení pacienta omezovacími prostředky by se mělo zvážit až jako krajní řešení. Omezovací prostředky se nesmí používat preventivně či jako sankční opatření, a to ani v nevyhovující provozní situaci, jako je např. nedostatek personálu. Lze je použít v tom případě, pokud pacient ohrožuje svým chováním sebe i své okolí. Volba druhu omezovacího prostředku musí být přiměřená hrozící újmě. K použití omezovacích prostředků lze přistoupit až tehdy, kdy byl neúspěšný mírnější postup, za nějž se považují slovní zklidnění, úprava okolí nebo podání léků na zklidnění, pokud s tím pacient souhlasí. Výjimkou jsou případy, kdy

mírnější postupy nevedou k odvrácení hrozící újmy na zdraví a životě pacienta a okolí. V těchto případech se volí nejméně omezující prostředek (Věstník MZ, 2018). O omezení pacienta rozhoduje lékař vždy tak, aby byl zvolen vhodný omezovací prostředek dle projevů chování pacienta. Pokud lékař není přítomen, může o použití omezovacích prostředků rozhodnout nelékařský zdravotní pracovník, poté informuje lékaře, který potvrdí odůvodnění a rozhodne o dalším postupu, či ukončení omezení. Pacienta je nutné informovat o důvodech jeho omezení. Je doporučeno podávat informace pacientovi průběžně, pokud to není možné, doporučuje se pacientovi podat informace po ukončení jeho omezení formou terapeutického rozhovoru. Při použití omezovacích prostředků je poskytovatel povinen to nahlásit opatrovníkovi či zákonnému zástupci. Pokud pacient nemá zákonného zástupce či opatrovníka, podávají se informace osobě, která je uvedena v dokumentaci a jíž lze podávat informace o zdravotním stavu pacienta. Žádost pacienta o informování osoby jím určené o použití omezovacích prostředků se zaznamenává do zdravotnické dokumentace. V záznamu o omezení pacienta se uvádí datum, jméno osoby, které se podávají informace, její vztah k pacientovi, způsob podání informace a druh omezovacího prostředku. Záznam podepisují zdravotnický pracovník a zákonný zástupce/opatrovník/osoba určený/á pacientem (Věstník MZ, 2018).

K omezení volného pohybu pacienta lze použít – úchop, kurty, síťové lůžko, izolovanou místnost, ochranný kabátek a parenterálně podávané léky (mimo trávicí trakt) (Švarc, 2015). Pacienta lze omezit i kombinací uvedených omezovacích prostředků (Věstník MZ, 2018). Síťové lůžko nelze použít v případě záchytné služby (zákon 372/2011, Sb.). Do omezení volného pohybu pacienta spadá také pobyt na uzavřeném psychiatrickém oddělení (Palečková, 2021).

Hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu lze provést, pokud mu bylo soudem nařízeno léčení v podobě lůžkové péče, jestliže je nařízena izolace, léčení nebo karanténa, pokud je podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních soudních řízeních nutno provést zdravotní vyšetření. Hospitalizaci bez souhlasu lze provést, pokud pacient bezprostředně ohrožuje sebe a své okolí a jsou na něm viditelné známky duševního onemocnění nebo je pod vlivem návykové látky. Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat, pokud jeho stav vyžaduje neodkladnou péči a není schopen souhlas vyslovit. Nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností lze hospitalizovat bez souhlasu zákonného zástupce v případě podezření z týrání, zneužívání nebo zanedbání (zákon č. 372/2011, Sb.).

Postup „uchopení pacienta“ není v České republice příliš rozšířený. Zdravotník svým úchopem brání pacientovi v pohybu s následným podáním medikace na uklidnění. Zdravotník musí mít speciální výcvik, kde si osvojí hmaty, které znemožní pacientovi pohyb a nezpůsobí mu žádné zranění. Způsob omezení pacienta za pomoci úchopu je rozšířený ve Velké Británii (Petr, 2006).

Ke krátkodobému omezení pacienta v lůžku se používají kurty na horní i dolní končetiny. Pacient by měl být umístěn v pokoji bez přítomnosti ostatních pacientů, kteří by mohli pacienta omezeného kurty napadnout. Při prvním omezení se obvykle nepodaří kurty vypodložit, v průběhu omezení je ale možné je pro pohodlí pacienta postupně upravit (Petr, 2014).

K omezení volného pohybu pacienta slouží také terapeutická izolace. Do místnosti nemají přístup ostatní pacienti. Důvodem indikace terapeutické místnosti je nevhodné chování pacienta, jež narušuje terapii a ruší ostatní pacienty na oddělení. K využití izolace může dojít v případech zvládnutí psychomotorického neklidu, pokud je zhodnocena jako vhodnější varianta oproti pouhému omezení v lůžku. Pacient může být v terapeutické izolaci také na vlastní žádost. V místnosti jsou eliminovány faktory, které mohou pacienta poranit, pro personál je k dispozici kukátko na dveřích a kamerový systém, který je vyveden do pracovny sester. Pacient zde musí mít zajištěn jak tepelný, tak i světelný komfort a možnost přivolání pomoci (Petr, 2014).

Sít'ové lůžko je speciální uzamykatelné lůžko určené k omezení volného pohybu pacienta a opatřené ze všech stran sítí (Marková, 2006). Důvodem použití sít'ového lůžka bývají opakované, farmakologicky neovlivnitelné projevy psychomotorického neklidu. Pacienty omezené v sít'ovém lůžku je třeba pravidelně pouštět z lůžka ven za účelem hygieny, stravy či procházky. Je důležité pobyt mimo sít'ové lůžko co nejvíce prodloužit (Dušek, 2015). Standard CPT striktně odmítá používání klecových a sít'ových lůžek (Lukasová, 2019).

Pro zklidnění pacienta pomocí léků je nutné zvolit vhodnou formu jejich podání. Pro zachování důvěry mezi pacientem a zdravotníkem je důležité ponechat pacientovi jistou míru svobody při volbě formy léku, a to i ve fázi zvládnutí neklidu. Pacient tímto krokem získá pocit, že je součástí své léčby. Při léčbě psychomotorického neklidu je zapotřebí pacientův stav neustále hodnotit a eventuálně změnit medikaci (Petr, 2014). Psychofarmaka se užívají pro rychlé zklidnění stavu pacienta proti jeho vůli. Léky

podávané parenterálně (mimo trávicí trakt) slouží k omezení volného pohybu pacienta, pokud se nejedná o léčbu psychické poruchy na žádost pacienta. Tyto přípravky se podávají za účelem celkového zklidnění projevů chování, kterými pacient ohrožuje sebe a své okolí (Věstník MZ, 2018).

3.3.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči

Pro práci sestry na psychiatrickém oddělení má česká legislativa specializovanou způsobilost – sestra pro péči v psychiatrii, kterou lze získat absolvováním specializačního vzdělávání. Pro práci sestry na psychiatrii není specializovaná způsobilost, ale pro specifická oddělení je způsobilost žádoucí (Novotná, 2014).

Při restrikci pacienta omezovacími prostředky je sestra pro péči v psychiatrii koordinátorkou a supervizorem celého ošetrovatelského týmu při péči o pacienta. Musí být schopna zhodnotit situaci, kdy je nezbytné použít omezovací prostředek, řídí postupy pracovníků a následnou ošetrovatelskou péči (Novotná, 2014).

Zdravotničtí pracovníci dohlíží na pacienta po celou dobu použití omezovacích prostředků. Po dobu omezení musí být zajištěna dostatečná hydratace, strava, možnost vyprazdňování, tepelný a světelný komfort. Pokud to dovolí zdravotní stav, lze pacientovi umožnit osobní hygienu a jiné potřeby mimo omezovací prostředky (Věstník MZ, 2018). Na začátku omezení se každou hodinu měří pacientův krevní tlak a pulz, kontrolují se vypodložená místa, stav fixovaných končetin, dýchací cesty, místa vzniku dekubitů a provádí se prevence jejich vzniku (Dušek, 2015).

Použití omezovacích prostředků se zaznamenává do dokumentace pacienta, včetně důvodu jejich použití. Podle vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, musí záznam obsahovat druh, důvod a účel omezení, stanovené intervaly kontrol, čas zahájení a konec omezení, průběžné posouzení trvání důvodů omezení a průběžné hodnocení zdravotního stavu pacienta při použití omezovacích prostředků, záznam komplikací při jejich vzniku a jméno/jména a příjmení zdravotníka, který indikoval použití omezovacího prostředku bez přítomnosti lékaře. Do dokumentace se také zaznamenává jméno a příjmení lékaře, který byl o indikaci omezovacího prostředku informován. Lékař, který nebyl přítomen omezení, provede záznam omezení, a to včetně času, kdy omezení potvrdil. Dokumentace musí obsahovat informaci o tom, že zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta byl náležitě informován o použití omezovacího prostředku.

Doporučuje se, aby dokumentace obsahovala také seznam mírnějších postupů, které byly použity před omezením, a důvod, proč nebylo možné využít mírnějšího postupu. Zaznamenává se časová posloupnost a odůvodnění v případě použití kombinace omezovacích prostředků, zapisuje se krevní tlak, puls, stav vědomí, chování pacienta a komplikace z důvodu omezení. Pacient musí být informován o nutnosti použití daného postupu a musí to být uvedeno v jeho dokumentaci. Použití omezovacích prostředků se zaznamenává do centrální evidence (Věstník MZ, 2018). Během každé kontroly pacienta sestrou je důležité zhodnotit, zda je použití omezovacích prostředků i nadále nutné (Palečková, 2021).

Poskytovatelé péče nemají povinnost přijímat potřebná opatření ke snížení používání omezovacích prostředků. Pravidlo, že omezovací prostředky lze použít až jako krajní řešení, ztrácí na síle. Při poskytování péče je důležité zaměřit se na preventivní postupy ke snížení nebezpečných situací, které by se daly řešit jinak než za použití omezovacích prostředků. Z důvodu nedostatku personálu, materiálně-technického a odborného zajištění péče je však někdy zcela nevyhnutelné je použít (Lukasová, 2019).

4 Psychiatrická péče ve Finsku

Služby sociální a zdravotní péče jsou prováděny obcemi s vládní podporou, které jsou zodpovědné za prevenci, diagnostiku, léčbu a rehabilitaci poruch duševního zdraví. Struktura služeb v oblasti péče o duševní zdraví je v zemi s 5,5 miliony obyvatel náročná, Finsko je geograficky rozsáhlé a řídko osídlené (Välimäki, 2019). Péči o duševní zdraví poskytují také nemocnice, soukromí poskytovatelé služeb a různé druhy organizací. To znamená, že lidé s duševními problémy mohou hledat pomoc ve zdravotních střediscích, na soukromých klinikách, u soukromých psychoterapeutů, církví a organizací, které poskytují služby v oblasti péče o duševní zdraví. Služby v péči o duševní zdraví se v různých městech liší vzhledem k jejich velikosti. Ve větších městech je síť poskytovatelů těchto služeb výrazně větší než v městech menších (Mental health services). Obce financují a organizují poskytování primární péče a vytvářejí 20 nemocničních okresů k financování a poskytování nemocniční péče (OECD, 2017).

Nezbytnost léčby u pacienta obvykle vyhodnotí lékař primární péče ve zdravotnickém centru. Pokud je třeba, odkáže pacienta na specializovanou psychiatrickou polikliniku. Ve většině obcí se pojem „psychiatrická poliklinika“ neužívá, jsou označeny jako střediska duševního zdraví. V některých obcích si lze domluvit schůzku přímo s psychiatrickým lékařem, ale většinou je potřeba doporučení ze zdravotnického střediska nebo od pracovního lékaře. Ve zdravotním středisku jsou zaměstnány také tzv. „krizové sestry“, které nabízejí konverzační pomoc. V rámci specializované péče má pacient možnost diskutovat s psychiatrem, psychologem, sociálním pracovníkem či psychiatrickou sestrou. Kromě konverzační léčby lze využít např. skupinovou psychoterapii, léky či rehabilitaci. Psychiatrické polikliniky nejsou schopny nabídnout dlouhodobou psychoterapii, pacienti mají tedy možnost zaplatit si soukromé psychoterapeuty. Pokud odborný pracovník vydal prohlášení o nutnosti psychoterapie, může pacient zažádat o finanční podporu (Mental health services, 2014).

Lidé s dlouhodobými a závažnějšími psychiatrickými problémy jsou často léčeni ambulantně, pacienti tedy nemusí strávit jedinou noc jako hospitalizovaní a do nemocnice docházejí několikrát týdně nebo i měsíc kvůli léčbě. Poruchy duševního zdraví jsou léčeny kombinací léků a rozhovorů nebo různými druhy skupinových terapií. Ambulantní péče nabízí také podpůrné služby – různé rehabilitační denní aktivity, mezi něž patří například vaření, cvičení nebo táboření, jejich účelem je zlepšit kvalitu života. Pokud

nejdou ambulantní služby dostačující, jsou pacienti posouzeni jako příslušející na jednotku psychiatrické péče (Mental health services, 2014). Organizace neboli tzv. Pomocné služby jsou financovány s podporou finské asociace hracích automatů a pro uživatele jsou zdarma. Lidé se mohou stát například součástí dobrovolného podpůrného personálu. Organizace také nabízejí pomoc ve formě online pomoci, vzájemné podpory či rehabilitačních kurzů (Mental health services, 2014).

Míra deinstitucionalizace psychiatrických služeb patří ve Finsku k nejvyšším v celé Evropě. V období mezi lety 1993–2011 se snížil počet psychiatrických lůžek o 50 %. Změny v léčebném režimu poskytly nové příležitosti pro reformovanou ambulantní péči a sociální účast pacientů. Počet ambulantních období se zvýšil až 12× oproti léčebným obdobím v nemocniční péči. Navzdory změnám ve službách duševního zdraví se v psychiatrických léčebnách používá izolace, omezování a nucené léky (Välimäki, 2019).

Finská asociace pro duševní zdraví je nejstarší organizací duševního zdraví na světě. Asociace je veřejnou zdravotnickou a občanskou organizací s více než 115letou historií, která slouží jako inovátor a inspirátor v oblasti duševního zdraví. Organizace má po celém Finsku 54 místních asociací, které poskytují celou řadu služeb pro podporu duševní pohody a k prevenci problémů spojených s duševními problémy (Mental Health Finland, 2021c). Organizace vydává také časopisy a komunikuje o svých činnostech online. Místní krizová centra fungují na různých místech po celém Finsku. Síť krizových center nabízí organizace prostřednictvím krizového centra. Organizace poskytuje také krizovou pomoc s cílem předcházet problémům duševního zdraví a sebevraždám. Pomoc a poradenství poskytují krizoví pracovníci a vyškolené podpůrné osoby. Například „Helpline“ nabízí telefonické poradenství pro osoby nacházející se v krizové situaci. „Tukinet“ nabízí pomoc při akutní krizi a jiných životních problémech online informační služby nebo diskusní skupiny (Mental Health Finland, 2021b).

4.1 *Použití omezovacích prostředků ve Finsku*

Pacientovi může být zakázáno opouštět prostory nemocnice nebo pečovatelské jednotky. Pokud nemocnici opustí nebo se nevrátí zpět poté, co dostal povolení ji opustit, bude přiveden zpět. V zabránění opuštění nemocnice nebo volného pohybu pacienta mohou pracovníci pečovatelské jednotky používat donucovací prostředky. O omezení svobody pacienta rozhoduje vždy lékař. Při posuzování použití donucovacích prostředků musí lékař zvážit důvod hospitalizace pacienta, zda svým chováním ohrožuje sebe a své okolí.

V akutních případech může použít donucovací prostředky i nelékařský zdravotní pracovník, ale musí o tomto kroku neprodleně informovat lékaře (Mental Health Act, 1990).

Pacient může být od ostatních pacientů izolován v samostatné místnosti proti své vůli, pokud může svým chováním ublížit sobě nebo ostatním pacientům, způsobit škody na majetku nebo je izolován z terapeutických důvodů. Po dobu izolace je mu poskytnuto vhodné oblečení. Izolace nebo jiné omezení pacienta je ukončeno lékařem po zhodnocení stavu během izolace. Pacient v izolaci má přiřazenu psychiatrickou sestru, která o něj po celou dobu pečuje, zajistí adekvátní léčbu a péči a možnost diskutovat se zdravotnickým personálem. Pokud je pacient izolován déle než 20 hodin, musí být o jeho stavu informován jeho zástupce (Mental Health Act, 1990).

Pacient může být také omezen ve volném pohybu za pomoci úchopu nebo kurty. Postupy lékaře a zdravotníků jsou stejné jako u izolace pacienta v samostatné místnosti. Indikace k omezení pohybu za pomoci kurtů jsou stejné jako u izolace. Pokud je pacient omezen kurty, musí být neustále sledován, personál s ním musí udržovat oční nebo sluchový kontakt. Pokud je jimi omezen víc než 8 hodin, je nutno o jeho stavu informovat jeho zástupce. Jakékoli omezení pacienta se musí hlásit na regionálním státním úřadě, a to ve dvoutýdenních intervalech. Oznámení musí obsahovat identifikační údaje pacienta, opatření a důvody omezení jeho volného pohybu a jméno lékaře, který je indikoval. Identifikační údaje pacienta se ničí každé 2 roky. Zadržování, izolace nebo omezování pacienta by mělo být zrušeno, jakmile to již není nutné. Ošetřující lékař musí posoudit stav izolovaného nebo svázaného pacienta, kontrolovat ho musí tak často, jak to vyžaduje zdravotní stav pacienta. Podle posouzení se lékař rozhodne, jestli v postupu pokračovat, nebo ho přerušit (Mental health Act, 1990).

Farmakoterapie je klíčovým prostředkem k léčbě duševních onemocnění. Léky by měly být dohodnuty s pacientem, jenž musí být informován o dávce, době trvání, působení a případných vedlejších účincích. Léky lze použít ke zmírnění, prevenci a léčbě různých příznaků duševních onemocnění. Vysazovány by neměly být bez vědomí lékaře (Mental Health Finland, 2021a).

4.1.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve Finsku

Úlohou sestry je podpora zdraví, prevence nemoci, péče a rehabilitace. Sestra plánuje a provádí ošetrovatelskou péči, podává léky, monitoruje pacienta, informuje a podporuje jak pacienty, tak i rodinu. Měla by respektovat autonomii a sebeurčení pacienta, dát mu možnost rozhodovat se o vlastní péči. Sestra si musí uvědomit, že všechny informace, které pacient poskytne, jsou důvěrné a měla by posoudit, jak je sdílet s ostatními členy ošetrovatelského týmu. S pacientem by mělo být zacházeno jako s rovnoprávným člověkem, musí mu být nasloucháno a sestra by měla být schopna vcítit se do jeho stavu. Vztah pacienta a sestry by měl být založen na otevřené interakci a vzájemné důvěře (The Changing Face of Psychiatric Nursing, 2007).

Jakmile je pacientovi lékařem nařízena restrikce nebo izolace od ostatních, musí mu být přidělen pečovatel, který musí zajistit, aby mu byla během omezení zajištěna odpovídající péče, pozornost a možnost rozhovoru. Stav pacienta by měl být neustále sledován, zdravotnický personál by měl být s pacientem v neustálém vizuálním a sluchovém kontaktu. Pokud je pacient na základě svého chování nebezpečný sobě a svému okolí, může zdravotnický personál použít omezovací prostředky nutné k jeho izolaci bez přítomnosti lékaře. Posléze je nutné okamžitě informovat lékaře. Sestra, která je pacientovi v průběhu izolace přiřazena, mu poskytuje odpovídající péči, ošetrovatelskou péči a možnosti mluvit s ošetřujícím personálem (Mental Health Act, 1990).

Organizace CPT navštívila nemocnici Niuvanniemi. Všichni pacienti na psychiatrickém oddělení mají vypracovány osobní plány péče a zaměstnanci pracují v multidisciplinárním terapeutickém týmu. Lékařské záznamy jsou podrobné a dobře udržované. Zvýšením počtu zaměstnanců v nemocnici se snížil počet krizových situací (CPT, 2014). Pacienti, u kterých je nařízeno omezení nebo izolace, jsou určeni lékařem. Sestra je přítomna po celou dobu omezení, pozorování pacienta musejí být kontrolována a zapsána do dokumentace (Mental Health Act, 1990).

5 Psychiatrická péče ve Švédsku

Švédsko má vynikající systém veřejného zdraví, který se postará o všechny potřeby pacienta v oblasti zdravotní péče. Základem švédské zdravotní péče je primární péče. Zákonem o zdravotní péči je primární péče definována jako zdravotní péče, která je poskytována všem bez rozdílu onemocnění, věku či skupin pacientů. Primární péče je odpovědná za základní lékařské ošetření, ošetřovatelství, preventivní kontroly a rehabilitace, které nevyžadují technické vybavení nemocnice. Tato péče je zajišťována pomocí více než 1000 zdravotnických středisek, okresních sester, domácích i rodinných lékařských klinik. Podle zákona o zdravotní péči jsou regiony povinny zajistit systémy zdravotní péče, aby si občané mohli vybrat poskytovatele primární péče. Pokud pacientovi není poskytnuto správné ošetření či určení diagnózy ve zdravotnickém centru, je mu doporučena návštěva odborné péče (The Swedish Healthcare System, 2017). Péče o duševní zdraví je nedílnou součástí systému zdravotní péče a podléhá stejným právním předpisům a poplatkům jako ostatní zdravotnické služby. Lidé s malými problémy jsou v rámci duševního zdraví obvykle ošetřováni v zařízeních primární péče, a to buď praktickým lékařem, psychologem, nebo psychoterapeutem. Lékaři a okresní sestry jsou obvykle pro pacienty prvním kontaktním místem. Tým primární péče se skládá z praktických lékařů, sester, porodních asistentek, fyzioterapeutů, psychologů a gynekologů. Pacienti s vážnými psychickými problémy jsou podrobeni specializované psychiatrické péči v nemocnicích. Dospělí, děti a adolescenti mají možnost specializované lůžkové a ambulantní psychiatrické péče, včetně péče související s poruchami užívání návykových látek (Tikkanen, 2020). Předpisy opravňují lékaře primární zdravotní péče k předepisování psychoterapeutických léků, ale Ministerstvo zdravotnictví nepovoluje sestřám pečujícím v primární péči, aby předepisovaly nebo pokračovaly v předepisování psychoterapeutických léků. Podobně neumožňuje oficiální politika psychiatrickým sestřám primární péče samostatně diagnostikovat a léčit duševní poruchy v systému primární péče (Mental Health Atlas 2011).

Dalším krokem ve zdravotní péči je zdravotní péče jednotlivých okresů. Ve Švédsku je více než 20 okresních nemocnic a asi 40 menších okresních nemocnic. V okresních nemocnicích je již k dispozici potřebné lékařské vybavení pokrývající většinu oblastí nemocí. Menší okresní nemocnice nemají všechny druhy odborných oddělení. Velká část činnosti nemocnice je uzavřená, to znamená, že pacienti jsou přijímáni na oddělení na

jeden den nebo více dní. Nabízena je zde také ambulantní péče (The Swedish Healthcare System, 2017). Regionální zdravotní péče je ve Švédsku zajišťována v sedmi univerzitních nemocnicích. Jsou zde léčeny všechny vzácné a komplikované nemoci a poranění. Univerzitní nemocnice úzce spolupracují s lékařskými univerzitami a vysokými školami. Švédsko je rozděleno na šest zdravotnických oblastí a v každé by měla být alespoň jedna univerzitní nemocnice. Regiony, které nemají univerzitní nemocnici, mají dohodu s okolními oblastmi, které mohou specializovanou péči pacientům nabídnout (The Swedish Healthcare System, 2017).

Posledním krokem v nabídce ve Švédsku je národní specializovaná lékařská péče, která je ve zdravotním zákoně definovaná jako zdravotní péče poskytovaná regionem a koordinovaná státem. To znamená, že vysoce specializovaná péče je centralizovaná do jedné nebo dvou nemocnic, aby se docílilo vyšší kvality a lepšího využití zdrojů. Národní a sociální výbor zkoumá a rozhoduje, co jaká péče bude poskytována jako národní zdravotní péče a který region ji bude poskytovat (The Swedish Healthcare System, 2017).

V souladu se zákonem o povinné psychiatrické péči z roku 1991 může být pacientovi poskytnuta povinná péče, pokud pacient trpí duševním onemocněním. Povinnou péči lze poskytnout, jestliže pacient splňuje tři kritéria, pokud trpí vážnou duševní poruchou, je potřeba lůžkové péče vzhledem k duševnímu stavu pacienta na psychiatrické klinice, a pokud péči odmítá, nebo se nemůže sám rozhodnout. Při posuzování potřebné péče je nutno zvážit, zda pacient není nebezpečný svému okolí. Rozhodnutí o přijetí do zdravotnického zařízení pro povinnou péči nesmí být učiněno bez lékařského potvrzení, které uvádí, že jsou důvody pro povinnou péči o pacienta. Pacienta přijímá hlavní lékař oddělení psychiatrické péče. Pacient může být léčen po dobu 4 týdnů, pro prodloužení péče je nutný příkaz od krajského soudu. Pokud je potřeba péče delší než 4 týdny, pošle hlavní lékař před koncem čtyřtýdenní péče žádost ke správnímu soudu. Pokud soud žádost schválí, péče může pokračovat maximálně 4 měsíce. Pacient, který je na psychiatrickém oddělení léčen dobrovolně, může být ošetřujícím lékařem převeden do povinné péče, pokud splňuje kritéria pro povinnou péči. Pro schválení povinné péče musí hlavní lékař do čtyř dnů požádat soud o schválení, poté lze v léčbě pokračovat po dobu čtyř měsíců (Lag, 1991:1128).

V zákoně z roku 1991 o forenzní psychiatrii je zločinci poskytnuta povinná psychiatrická péče zločinci. Tento typ psychiatrické péče je použit u osob, které jsou jako zločinci sankcionovány, zatčeny nebo jsou zadrženy ve vězeňském zařízení. Každý, kdo trpí vážnou duševní poruchou a dopustil se trestného činu, může být předán do forenzní psychiatrické péče. Pacient musí být přijat do zdravotnického zařízení pro psychiatrickou péči, které je spojeno se zbavením svobody. Švédská vězeňská a probační rada mohou rozhodovat o určitých omezeních, například v přijímání a odesílání pošty, přijímání návštěv nebo telefonování s cizími lidmi. Postupy při ukončení či prodlužování pobytu pacienta ve forenzní psychiatrické péči je stejný jako u psychiatrické povinné péče. Forenzní psychiatrická péče je poskytována ve zdravotnickém zařízení provozovaném krajem. Každý, kdo dostane otevřenou forenzní psychiatrickou péči, může pobývat i mimo takové zdravotnické zařízení (Lag, 1991:1129).

5.1 Použití omezovacích prostředků ve Švédsku

Pokud není možné se v nouzových situacích dostat k lékaři, jsou ochranná opatření v souladu s trestním zákoníkem, kde jsou sepsána jako nouzová pravidla. Odpovědný lékař musí být vždy okamžitě informován. Nouzová pravidla jsou sepsána tak, aby při mimořádných událostech neměl člověk možnost spáchat čin, který je obvykle považován za nezákonný a trestný. Nouzová ochrana je součástí nouzových předpisů, což znamená, že je přípustné zastavit osobu při napadení osoby nebo majetku. Osoba, která se rozhodne poskytnout nouzovou ochranu, nese za situaci osobní odpovědnost. Pokud je pacient přijat do zdravotnického zařízení platí nouzová ochrana, když by vznikla nouzová situace. Pokud pacient požaduje umístění do pohotovostní místnosti, může být odmítnut, pokud lékař nerozhodne jinak. V nouzových situacích může být rozhodnutí o omezení pacienta učiněno také telefonicky, v dalším případě je však potřeba již osvědčení o péči (Wallsten, 2013).

Personál se nesmí uchýlit k většímu násilí, než je zapotřebí. Pokud pacient ohrožuje svým chováním personál, pacienty na oddělení nebo ničí majetek, může personál poskytnout pohotovostní ochranu sevřením. Je důležité si uvědomit, že právo na nouzovou ochranu zaniká ve chvíli, kdy se sevření ukončí. Zdravotnický personál také smí pacienta fyzicky držet, když se pacient snaží vzdálit ze zdravotnického zařízení. Lékaři by měli být co nejdříve kontaktováni a měli by rozhodnout o dalším postupu. Po rozhodnutí lékaře o zachování a udržení stavu pacienta je prvním krokem získání kontroly nad situací, a to

za pomoci ochranného pásu s přezkou (Inspektionen för vård och omsorg, 2020). Pokud existuje bezprostřední nebezpečí, že se pacient vážně zraní, může být krátce připevněn pásem nebo podobným zařízením. Zdravotní personál by měl být u pacienta přítomen po celou dobu omezení. Pokud existují důvody, může být rozhodnuto, že bude pacient připoután po delší dobu. O omezení pacienta ochrannými pásy rozhoduje hlavní lékař. V případě, že je pacient mladší 18 let a utrpí vážné zranění a jiná opatření nejsou dostatečná, může být pacient omezen pásem. O omezení pacienta mladšího 18 let rozhoduje také hlavní lékař a platné je po dobu 1 hodiny (Lag, 1991:1129).

Pacient může být udržován také odděleně od ostatních pacientů, a to pouze v případě, je-li to nezbytné, protože zhoršuje péči o ostatní pacienty agresivním nebo narušujícím chováním. Rozhodnutí o oddělení pacienta od ostatních je platné nanejvýš 8 hodin. V novém rozhodnutí může být doba omezení prodloužena maximálně o 8 hodin. O odloučení od ostatních pacientů rozhoduje hlavní lékař. Pokud je pacient držen odděleně déle než 8 hodin, musí to být oznámeno inspektorátu pro zdraví a péči. Pacient musí být po dobu omezení pod neustálým dohledem zdravotníků. V případě, že je mladší 18 let, může být izolován od ostatních maximálně na dobu 2 hodin a doba izolace může být prodloužena nanejvýš o 2 hodiny (Lag, 1991:1129).

5.1.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve Švédsku

Ošetřovatelství je specifická kompetence legitimní sestry. Sestra je samostatně odpovědná za klinická rozhodnutí, která lidem nabízejí větší příležitosti ke zlepšení, udržení nebo opětovnému získání jejich zdraví, řízení zdraví při problémech, nemoci nebo postižení a dosažení nejlepší možné pohody a nalezení kvality života. Registrovaná sestra by měla mít znalosti lékařské a behaviorální vědy o poskytování péče o pacienty a měla by rozumět udržitelnému rozvoji ve zdravotnictví a zdravotní péči. Práce musí být provedena v souladu s platnými zákony, předpisy a dalšími dokumenty (Svensk Sjuksköterskeförning, 2017). Sestra se specializací na psychiatrickou péči je zodpovědná jak za kvalitu, tak za to, aby tvorba a implementace péče a ošetřovatelství probíhala ve spolupráci s pacientem a jeho příbuznými. V profesní praxi je za to zodpovědná sestra, která řídí a koordinuje ošetřovatelskou péči. Odpovědnost sestry zahrnuje hodnocení a aplikaci nových znalostí, a to od ošetřovatelství až po lékařské a společenské vědy (Kompetensbeskrivning, 2014).

Pověřená sestra společně s lékařem a dalším ošetřujícím personálem jsou zodpovědní za to, aby byly při použití donucovacího opatření provedeny následující kroky. Před použitím donucovacích opatření má zjistit, zda byly vyzkoušeny i jiné alternativy. Během zásahu musí někdo s pacientem mluvit a poslouchat jej. Je potřeba pacientovi poskytovat individuální podporu, aby mohl získat zpět kontrolu nad svým chováním. Někdo z personálu musí řídit danou situaci, aby nevznikl chaos, poté je třeba projít samotnou událost a nechat pacienta mluvit o vlastních reakcích. Je potřeba dát mu možnost pohovořit si s někým z personálu a ujistit se, zda má někdo dohled nad ostatními pacienty (Wallsten, 2013).

O donucovacích opatřeních rozhodují specializovaní lékaři psychiatrie na jednotce, kde je o pacienta pečováno. O léky se stará licencovaná sestra. Psychiatrická sestra by měla provádět opatření obratně a profesionálně a zároveň by měla mít s pacientem vytvořen kladný vztah založený na důvěře, což je důležitější, pokud se jedná o provádění donucovacích opatření, protože pak je pacient zranitelnější. Povinná opatření se použijí pouze tehdy, pokud nebyla ostatní opatření dostatečná. Během omezení pacienta se sleduje celkový stav pacienta jako barvu kůže, známky hydratace nebo třeba úroveň vědomí. Rozhodnutí o tom, jaké kroky je třeba podniknout, přijímá hlavní lékař, za skutečný výkon je odpovědná sestra jako vedoucího týmu, od níž se vyžadují dostatečné znalosti o stavu pacienta a o jeho nemoci (Wallsten, 2013).

6 Psychiatrická péče v Dánsku

Celková odpovědnost za poskytování psychiatrické péče v Dánsku leží na regionech a obcích. Regiony jsou odpovědné za psychiatrické léčebné služby a za místní psychiatrická centra. Obce jsou odpovědné za poskytování sociálních služeb a za léčbu zneužívání alkoholu a drog. Místní psychiatrická centra jsou otevřena všem lidem s psychiatrickými problémy a poskytují ambulantní léčbu a rozsáhlou podporu v krizových situacích. Pacienti nejsou přijímáni na psychiatrické oddělení jako takové, ale mohou zůstat v místním psychiatrickém středisku, dokud se necítí lépe nebo dokud jim není diagnostikována psychiatrická porucha. Z péče a podpory v místním psychiatrickém středisku mohou mít prospěch i pacienti, kteří byli propuštěni z psychiatrické léčebny (Healthcare in Denmark, 2017). Péče o duševní zdraví prošla v posledních letech značnými změnami, což se projevilo zvýšením ambulantní léčby a snížením počtu nemocničních lůžek. Komunitní centra duševního zdraví poskytují ambulantní léčbu a rozsáhlou krizovou podporu (Schmidt, 2019).

System zdravotní péče je v současné době organizován do tří administrativních úrovní: na národní úrovni (stát), regionální úrovni (5 regionů) a místní úrovni (98 obcí). Vláda v čele s ministerstvem zdravotnictví odpovídá za vymezení rámce dánského systému zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví vydává zdravotní předpisy, národní směrnice, chrání práva pacientů, provádí audity a sleduje zdravotnické pracovníky, nemocnice a lékárny. Regiony řídí primární a sekundární zdravotnické služby poskytované praktickými lékaři, nemocnicemi a specialisty v soukromé praxi. Veřejné nemocnice (somatické i psychiatrické) a místní komunitní centra duševního zdraví jsou ve vlastnictví krajů. Obce poskytují zdravotní služby pro znevýhodněné skupiny obyvatel, jako jsou příjemci sociálních dávek a starší lidé. Obce jsou odpovědné za sociální a komunitní péči, domácí péči, péči o seniory, bydlení pro mentálně postižené a bezdomovce, péči o duševně nebo tělesně postižené. Zodpovídají za zdravé prostředí a činnost zařízení, která podporují pohodu a předcházejí nemocem (Schmidt, 2019).

Dánsko má podle WHO celkově velmi dobrou úroveň zdravotní péče a v současné době prochází procesem zlepšování duševní péče ve všech regionech. Například v Kodani se odhaduje, že se na péči o pacienty podílí přibližně 4000 zdravotnických pracovníků s více než 1000 lůžky pro pacienty s duševním onemocněním a 13 týmy pracujícími v oblasti komunitního duševního zdraví. Nemocnice Region Hovedstadens Psykiatriske má osm

středisek duševního zdraví, která zajišťují péči od ústavní po pomocné týmy a specializované kliniky. Psychiatrická léčebna Hovedstadens poskytuje léčbu například v oblastech schizofrenie, poruch příjmu potravy, deprese, obsedantně kompulzivních poruch, geriatrické psychiatrie, forenzní psychiatrie, mentální retardace a mnoha dalších. Stejně jako péči konvenční propaguje Dánsko také další alternativní způsoby, které pomáhají lidem s duševním onemocněním, jako je například koncept „kulturních vitamínů“. Lidé se spojují v malých skupinách, kde provádějí různé činnosti. Například četbu příběhů, procházky u moře, návštěvy muzeí či koncertů, podle WHO mají tyto skupiny slibné výsledky (ExpatFocus, 2021).

V květnu 2015 byl novelizován zákon o duševním zdraví s cílem zlepšit léčbu lidem s duševním onemocněním a zajištěním snížení používání donucovacích opatření. Aby se snížilo celkové používání donucovacích opatření, je velmi důležité rozšířit kapacitu v psychiatrické péči, ale také poskytnout lepší prostředí a vhodnější zařízení, která sníží násilné chování mezi pacienty. V srpnu 2015 byla otevřena nová psychiatrická léčebna ve městě Slagelse v regionu Zealand. Nemocnice se 194 lůžky využívá novou technologii, inovativní architekturu s využitím přírody a světla, dohromady představuje nový způsob pojetí psychiatrické péče. Skládá se z několika budov se střešními okny, úzké zahrady vytvářejí prostor pro společenské aktivity, zařízení také zahrnuje wellness centrum, lázně, sportovní a cvičební aktivity, a to jak pro pacienty, tak pro příbuzné. Pro podporu přirozeného cyklu den-noc využívá nemocnice jedinečný systém osvětlení měnícího barvu v průběhu dne, protože několik studií ukázalo, že světlo je důležitým prvkem v léčbě a vede ke kratším časům přijetí a rychlejšímu zotavení. Všechny tyto prvky mají snížit léčbu pacientů léky, omezit používání donucovacích prostředků a poskytnout příjemné prostředí, fyzické cvičení a multi-stimulační místnosti (The Ministry of Health, 2017).

Od roku 2015 je v Dánsku zavedena internetová psychiatrie, která nabízí internetovou léčbu panické úzkosti, sociální úzkostné poruchy, jednotlivých fobií nebo mírné až střední deprese za pomoci internetu. Léčba byla vyvinuta v oblasti jižního Dánska. Účinek internetové psychologické léčby úzkostných poruch a deprese se neliší od účinků tradiční terapie, kde se fyzicky setkáváte s psychologem. Dánské regiony se proto rozhodly rozšířit internetovou psychiatrii na celostátní úroveň. Internetová psychiatrie je založena na práci psychologů, odborných psychologů, praktikantů psychologie a administrativního personálu a provozuje ji Telepsychiatrické centrum (Telepsykiatrisk Center, 2020).

6.1 Použití omezovacích prostředků v Dánsku

Jako prostředek k nucenému upevnění pacienta lze použít pouze pásy a pásky na ruce a nohy. Násilné upevnění lze použít pouze krátce, ve chvíli, kdy pacient svým chováním ohrožuje sám sebe a své okolí na zdraví a pokud pronásleduje nebo obtěžuje spoluobčany nebo ničí majetek ve svém okolí. Pacient přijatý na psychiatrické oddělení může být zadržen a v případě potřeby může být veden násilím na jiné místo pobytu v nemocnici. U pacientů, kteří jsou zbaveni svobody, lze využít potřebné síly k zajištění jejich přítomnosti na oddělení. Pokud je nezbytné zlepšit stav velmi problémového pacienta, může lékař nařídit použití sedativ (LBK nr, 936, 2019).

Nucená fixace znamená, že pacient není připoután k lůžku. O nucené fixaci rozhoduje vždy vedoucí lékař, který dohlíží na pacienta. Pokud je u pacienta nutná fixace a není přítomen lékař, může oprávněná psychiatrická sestra rozhodnout o fixaci za pomoci pásu. Poté musí být lékař zavolán a musí rozhodnout o použití omezovacího prostředku. Ochrannou fixací se rozumí použití jakéhokoli oprávněného prostředku použitého k prevenci zranění pacienta (LBK nr, 936, 2019).

Vzestupná vynucená fixace se provádí pomocí pásů, upevňovacích popruhů, popruhů na ruce a nohy. V praxi se popruhy aplikují, když pacient leží na lůžku nebo sedí na židli. Pacient je držen na pažích pomocí popruhů na zápěstí, nohy se drží při použití popruhů na kotníky. Tyto řemeny jsou spojeny přes břišní pás. Lékař musí požádat zdravotní pojišťovnu o povolení povinné fixace pro pacienta. Musí být splněno alespoň jedno ze dvou kritérií. Pacient musí prokazovat špatný celkový duševní, fyzický a sociální stav v důsledku prodloužené izolace na pokoji, nebo vynucené fixace na lůžku. O použití fixace rozhoduje Národní rada zdraví na základě doporučení rady odborníků zřízené Evropskou unií (Oppegående tvangsfiksering, 2014).

Osobní poplachové systémy a speciální zámky dveří lze použít například u pacienta trpícího demencí. Ty mu zabraňují opustit psychiatrické oddělení, kde vystavuje sebe i ostatní riziku zranění. Použity mohou být pouze po kontrole pacienta lékařem. Rozhodnutí o použití speciálních zámků dveří musí být schváleno lékařem a pacienti na oddělení musí být informováni (LBK nr, 936, 2019).

Uzamčení místnosti pro pacienty lze použít u pacientů, kteří jsou umístěni na bezpečnostním oddělení forenzní psychiatrie. Uzamčení místnosti může být použito pro léčebné účely a chrání pacienta před množstvím okolních podnětů. Může být také využito k odvrácení bezprostředního poškození zdraví pacientů a proti vandalismu. Z bezpečnostních důvodů lze místnosti uzamknout v noci, během týdenní a denní léčebné konference (LBK nr, 936, 2019).

6.1.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči v Dánsku

Psychiatrické sestry mají všeobecné ošetrovatelské vzdělání a mají zvláštní kompetence vycházející ze zkušeností z práce na psychiatrii a také z dalšího vzdělávání a kurzů. Sestry jako profesní skupina tvoří velkou část skupiny zaměstnanců na psychiatrických odděleních. S psychiatrickými sestrami se pacient nebo jeho příbuzný můžou setkat na odděleních psychiatrie a v ambulantních službách klinik a okresních psychiatrií. Sestry spolupracují s dalšími profesními skupinami na psychiatrické péči, hodnocení a léčbě. Pokud je pacientovi přiřazena kontaktní osoba, často to bývá sestra, která koordinuje úsilí, zapojuje kompetence ostatních profesních skupin a přispívá k celkové léčbě. Nejdůležitějším nástrojem psychiatrické sestry je rozhovor a vztah k jednotlivci. To je rozdíl od klasické sestry, která léčí fyzické onemocnění, rozhovor je pro ni také důležitým nástrojem, ale obvykle je léčba fyzického onemocnění středem vztahu. Sestry nepředepisují léky, ale pozorují jejich účinek a sledují lékařská ošetření. Mohou také pacientovi poradit, jak se vyhnout vedlejším účinkům léků nebo je zmírnit. Vedou ho k zotavení z duševního onemocnění, radí, jaké kroky musí mít na paměti při prevenci nebo případnému návratu nemoci. Mohou to být informace týkající se zdravé stravy, spánku, cvičení, závislosti na tabáku či návykových látkách a další (Hvad laver en psykiatrisk sygeplejerske, 2018). Pole psychiatrie patří mezi speciální vzdělávání pro sestry. Má intenzivnější zaměření na zvýšení kompetencí sester v oblasti psychopatologie, diagnostiky a hodnocení. Specializovaná sestra provádí psychiatrické ošetrovatelství na základě znalostí založených na výzkumu. V oblasti nových výzev prokazují odborné sestry schopnosti jak v oblastech lůžkové, tak i v pohotovostní a ambulantní péči, kde se úkoly mohou lišit. Společná výzva spočívá v používání donucovacích opatření, předpokládá se široká škála vztahové a eskalační kompetence. Zvýšená znalost psychopatologie a léků, schopnost budovat důvěru a navázat vztah

s pacientem, zvládnutí komunikace můžou předcházet situacím, kdy je zapotřebí použít omezovací prostředky (Specialuddannelsen for sygeplejersker, 2018). Pacient, u kterého jsou použity omezovací prostředky, musí mít přidělenou pevnou ochranu. Stálou ochranou je pověřená sestra nebo jiní kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci, kteří nemají jiný úkol než péči o fixační pás. Účelem přiřazení stálé ochrany je snížení traumatického účinku fixace (Basse, Kristensen, 2019).

Za použití omezovacích prostředků u pacienta je zodpovědný hlavní lékař. Je na jeho zodpovědnosti, že existuje neustálý dohled při použití síly, a v této souvislosti je nutno zajistit, aby byl pracovní postup organizován. Pacient musí obdržet před použitím omezovacích prostředků písemné i ústní oznámení. Lékař je zodpovědný za vytvoření plánu léčby (Basse, Kristensen, 2019).

7 Psychiatrická péče v Nizozemí

Při problémech v oblasti duševního zdraví lze v Nizozemsku získat podporu online od praktického nebo firemního lékaře. Mohou poskytnout samotnou léčbu nebo odkázat na jiné odborníky v oblasti duševního zdraví, a to v závislosti na povaze problémů a jejich složitosti. Pokud si je pacient jist, že jeho problémy nejsou somatické (fyzické), může navštívit pracovníky sociální péče, kteří obvykle sídlí ve zdravotnických střediscích, komunitních centrech nebo v ordinacích praktického lékaře. Mírné problémy s duševním zdravím může léčit praktický lékař často ve spolupráci s pracovníkem v oblasti duševního zdraví. Lékař může také nabídnout online poradenství. Pokud má pacient krizi duševního zdraví, dochází k selhání mechanismů zvládnání každodenního života, může to být způsobeno stresem po těžkých životních událostech. Pacient v akutní krizi může trpět depresí, bludy, záchvaty paniky nebo sebevražednými sklony, vůči ostatním se může chovat násilně. Při takovém chování by mělo okolí kontaktovat praktického lékaře, který se může spojit s krizovým zásahovým týmem, jenž je neustále k dispozici (Government of the Netherlands, 2020).

Online podpora duševního zdraví může pomoci, pokud jde o mírné duševní nebo sociální problémy, například depresi, úzkostné stavy, problémy ve vztahu, v práci nebo ve škole. Online podporu lze získat i anonymně, protože mnoho lidí má potíže s přiznáním svých problémů v oblasti duševního zdraví (Government of the Netherlands, 2020).

Praktický lékař a pracovník v oblasti duševního zdraví mohou jedince odkázat na poskytovatele primární péče nebo přímo na sekundární péči o duševní zdraví, pokud považují problémy za příliš složité na to, aby je sami léčili. Ostatní lékaři, například firemní lékaři a pediatři se mohou také obrátit na obě tyto služby. Poskytovatelé primární péče o duševní zdraví léčí mírné až střední problémy. Léčba může zahrnovat poradenství psychologa, psychoterapeuta nebo psychiatra, online podporu duševního zdraví, kombinaci poradenství a online podpory (Government of the Netherlands, 2020).

Péče o sekundární duševní zdraví je určena pro pacienty se závažnými a komplexními poruchami, například pro ADHD, úzkostné poruchy nebo posttraumatické stresové poruchy. Léčbu poskytuje psychiatr nebo klinický psycholog pracující v ústavu duševního zdraví, v nemocnici nebo v soukromé praxi. Pacient přijatý do ústavu duševního zdraví je léčen ze závažných a komplexních poruch. K přijetí dochází obvykle

dobrovolně. Osoba, která představuje nebezpečí pro sebe a své okolí, může být přijata i nedobrovolně. Vláda podporuje posun směrem ke komunitní péči, aby pacienti mohli přijímat poradenství od specializované sestry na ambulantní úrovni. Do roku 2020 musí mít instituce duševního zdraví o třetinu méně lůžek než v roce 2008. Pacient má možnost podporovaného bydlení, které je k dispozici nezávisle na psychiatrické léčbě pro pacienty, kteří potřebují bezpečné a stabilní prostředí. Od 1. ledna 2015 spadá tato forma péče a podpory pod zákon o sociální podpoře z roku 2015. Využívají ji někteří lidé s mentálními poruchami nebo psychosociálními problémy. Podporované bydlení je financováno místními úřady a je hrazeno ze zdravotního pojištění (Government of the Netherlands, 2020).

Náklady na všechnu nebo část primární a sekundární péče o duševní zdraví pokrývá zdravotní pojištění. Přesné podmínky závisí na pojistiteli a na typu pojistky. Pokud je pacient přijat do zařízení pro duševní zdraví, pokryje pojištění v každém případě první tři roky hospitalizace. To je stanoveno v zákoně o chronické péči (Government of the Netherlands, 2020).

Nizozemský institut duševního zdraví a závislosti Trimbos přispívá ke zlepšení v oblasti duševního zdraví sdílením znalostí. Snaží se zlepšit kvalitu života obyvatel zapojením do rozvoje a aplikace znalostí o duševním zdraví, závislostech a s tím souvisejících fyzických nemocech v Nizozemsku i v zahraničí. Základem práce institutu Trimbos, je zlepšovat individuální život, kvalitu péče a kvalitu politiky, které mají vliv na poskytování péče v oblasti duševního zdraví. Institut zahrnuje problémy duševního zdraví u osob od 9 měsíců do 90 let a zaměřuje se také na vlivy životního prostředí, neformální pečovatele a členy rodiny. Trimbos pracuje s konkrétními cílovými skupinami, hlavními oblastmi jsou běžné duševní problémy, závažné a trvalé problémy duševního zdraví, tabák, alkohol a drogy. Mezi činnostmi institutu patří odhalování a sledování závislostí a problémů na duševním zdraví s cílem informovat politiky, zdravotníky a uživatele služeb o duševním zdraví nizozemské a mezinárodní populace. Rozvíjí off-line i online léčebné metody, standardy kvality, praktické pokyny, zdravotní intervence a programy prevence nemocí. Hodnotí efektivitu nákladů na služby duševního zdraví a poskytuje odborné přípravy a profesní rozvoj široké veřejnosti. Podporuje vzdělávání v oblastech veřejného zdraví o problémech duševního zdraví, užívání návykových látek a závislostí. Také podporuje sdílení a výměnu znalostí mezi organizacemi a jednotlivci na místní, národní, ale i celosvětové úrovni (EuroHealthNet, 2020).

7.1 Použití omezovacích prostředků v Nizozemí

Zákon o povinné péči o duševní zdraví z roku 2020 upravuje práva lidí, kteří se musejí vypořádat s povinnou péčí z důvodu duševního onemocnění. Tento zákon se vztahuje na lidi, u nichž vede duševní porucha k chování, jež způsobuje vážné znevýhodnění (nebezpečí) pro ně samotné nebo pro ostatní. Pokud není možnost nebezpečí odstranit za pomoci dobrovolné péče, může soud uložit povinnou péči. Na osoby s mentálním postižením nebo demencí se tento zákon nevztahuje. Soud může povinnou péči uložit, pokud je to jediný způsob, jak odstranit vážnou nevýhodu, pokud je povinná péče úměrná vážné nevýhodě, kterou je potřeba vyřešit, a pokud je efektivní (Factsheet: Onvrijwillige zorg In de Wet zorg en dwang, 2019).

Zákon o péči a donucení z roku 2020 rozlišuje devět forem nedobrovolné péče. Omezení pacienta v pohybu lze provést několika způsoby. První formou je podávání tekutin, jídla a léků, jakož i lékařské postupy, kontroly a jiná terapeutická opatření. Patří sem i podávání psychotropních léků, které jsou určeny k ovlivnění chování pacienta nebo odstranění úzkosti a mají často sedativní účinek (Factsheet: Onvrijwillige zorg In de Wet zorg en dwang, 2019).

Omezení svobody pohybu jít kamkoli v budově nebo za pomoci fyzické fixace. Pacienta lze omezit upevněním, držením nebo vázáním, které mu brání v pohybu. Například umístění invalidního vozíku na stůl, umístění pacienta do hluboké židle, ze které se nedostane bez pomoci. Pacient může být také umístěn ve speciálně vybavené uzavřené místnosti. Může být uzavřený například na oddělení nebo za dveřmi pokoje a nesmí odejít samostatně nebo musí požádat o povolení jít ven (Factsheet: Onvrijwillige zorg In de Wet zorg en dwang, 2019).

Izolací se rozumí být izolován ve vlastním pokoji, v oddělené místnosti nebo ve speciálním separačním pokoji pro klienty s mentálním postižením. Separace není povolena u psychogeriatrických osob (Factsheet: Onvrijwillige zorg In de Wet zorg en dwang, 2019).

Dohled nad pacientem odkazuje na kontrolu jeho pohybu, lze použít poslechová zařízení, kamery, snímače pohybu či GPS sledovače, které patří do nedobrovolné péče, pokud s nimi pacient nebo jeho zástupce nesouhlasí (Factsheet: Onvrijwillige zorg In de Wet zorg en dwang, 2019).

Omezení svobody pacienta organizovat vlastní život označuje restrikcí, kdy pacient musí, nebo nemusí něco dělat. Častým příkladem je mytí nebo sprchování pacienta bez souhlasu, použití povinných časů na spaní, určité množství vypité kávy nebo sody za den a další. Nedobrovolná péče může být použita i u mentálně postižených, kteří nemají zábrany při používání léků na bolest či používání telefonních, internetových a sociálních médií. V mnoha případech se jde o jednání, které obvykle tvoří součást pravidelné péče (Factsheet: Onvrijwillige zorg In de Wet zorg en dwang, 2019).

V domě pacienta lze provést prohlídku obytných prostor na přítomnost nebezpečných předmětů či předmětů ovlivňujících chování, kontrolu činitelů ovlivňujících chování a s tím spojené omezení svobody organizovat život. U pacienta lze omezit právo přijímat návštěvy, dále je také možné vyšetření oděvu a těla pacienta (Factsheet: Onvrijwillige zorg In de Wet zorg en dwang, 2019).

7.1.1 Kompetence sestry při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči v Nizozemí

Sestra pro psychiatrii odpovídá za péči o pacienty s duševní poruchou, poskytuje podporu pacientům tím, že je naučí, jak se vypořádat s mentálním postižením, včetně toho, aby mohli co nejlépe fungovat. Pacienti potřebují od sestry nebo jiného specialisty trvalou podporu. Sestra je součástí multidisciplinárního týmu, který se skládá z různých specialistů. Odpovědnost nese pouze za ošetrovatelské úkoly, je zodpovědná za pozorování, vedení a stimulaci pacientů. Tyto aktivity jsou zaměřeny na to, aby byli pacienti nezávislí. Pacienti mohou mít různé poruchy, jako jsou deprese, sociální problémy, poruchy osobnosti či kompulzivní poruchy. Sestra v psychiatrické péči se musí vypořádat s pacienty, kteří mohou představovat nebezpečí pro sebe i pro ostatní (Psychiatrisch verpleegkundige, 2021).

Sestra pro psychiatrickou péči je součástí multidisciplinárního týmu, který se skládá z psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků a pedagogů, kteří společně diskutují o nejlepších léčebných metodách pro pacienty. Podle typu pacientů může sestra spolupracovat také s jinými specialisty. Sestra je odpovědná za informovanost rodiny nebo přátel o pacientech (Psychiatrisch verpleegkundige, 2021).

Mezi úkoly sestry na psychiatrii patří osobní péče, koordinace poskytování péče, účast v multidisciplinárním týmu, pomoc pacientům ve společnosti, sledování pacientů, vypracovávání ošetrovatelských plánů a sesterské diagnózy (Psychiatrisch verpleegkundige, 2021).

Sestra pro psychiatrickou péči má několik základních kompetencí. Jednou z nejdůležitějších je schopnost vidět věci z určité perspektivy, protože v mnoha případech nejsou psychiatričtí pacienti sami, což znamená, že by sestra neměla brát vážně všechna slova. Za důležitou kompetenci lze také považovat empatii. Běžně důležité jsou znalosti, humor, nezávislost, starostlivost, společenské schopnosti, spolupráce, komunikace, citlivost, naslouchání, motivace, integrita a empatie (Psychiatrisch verpleegkundige, 2021).

Sestra hraje důležitou roli, i pokud se jedná o donucovací opatření. V případě nuceného přijetí je sestra často osobou, se kterou přichází do styku násilně přijatý pacient. Je nutné zajistit co nejdříve konzultaci mezi ambulantním a klinickým týmem a pacientem a jeho rodinou. Tato konzultace je zaměřena na péči. Za koordinační pohovor je zodpovědný lékař, ale v této konzultaci může hrát sestra koordinační roli. Na základě tohoto rozhovoru sestaví sestra ošetrovatelský plán, který slouží jako vodítko pro činnost celého ošetrovatelského týmu. Specifická odbornost ošetrovatelské péče o duševní zdraví je v oblasti řešení funkčních omezení, omezení rizik, rehabilitace, zotavení a nasazení strategie péče. Ošetrovatelská péče hraje roli při odhalování vznikající krize, při zahajování o použití donucovací léčby a prostředků. Sestra specialista věnuje pozornost somatické péči o pacienta, má důležitou roli, neboť koučuje ostatní sestry v prevenci a řešení v oblasti donucovacích opatření (GGZ Standardeen, 2020).

Během dne je nezbytné poskytnout pacientovi smysluplný plán nuceného přijetí, a to jak pro terapeutické účely, tak i pro vytvoření bezpečného prostředí. Při zbavení svobody pacienta je vláda nebo přijímací instituce povinna poskytnout mu příležitost k smysluplným činnostem, které mohou být kreativní, hudební nebo psychomotorické povahy (GGZ Standardeen, 2020).

8 Psychiatrická péče v Itálii

V Itálii je síť služeb duševního zdraví strukturována do několika kruhů. Oddělení duševního zdraví je souborem služeb a struktur, jejichž úkolem je zajistit poptávku související s péčí, asistencí a ochranou duševního zdraví na území určeném místní společností. Je rozděleno na denní péči, polo-bytové a bytové služby a nemocniční péči. Do těchto služeb patří centra duševního zdraví, denní centra, bytové služby rozdělené na léčebně-rehabilitační a sociálně-rehabilitační rezidence, denní nemocnice, psychiatrická diagnostika a léčebné služby, které doplňují univerzitní kliniky a soukromé pečovatelské ústavy (Confalone, 2020).

Centrum duševního zdraví je centrem prvního doporučení pro občany s duševním onemocněním. Koordinuje veškeré preventivní, léčebné a rehabilitační intervence pro občany s psychiatrickými onemocněními na území Itálie. Centrum duševního zdraví se skládá z multi-profesionálního týmu složeného z psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka a profesionální sestry. Centra duševního zdraví zajišťují psychiatrická ošetření a psychoterapie, sociální intervence, inzerce pacientů v denních centrech, obytné struktury denních nemocnic a hospitalizace. Vedou diagnostické činnosti s psychiatrickými návštěvami, psychologické rozhovory pro určení vhodných léčebných, rehabilitačních a sociálně-rehabilitačních programů. Zajišťují ambulantní, domácí, síťové a pobytové zásahy ve strategii terapeutické kontinuity, styk s praktickými lékaři, poskytování psychiatrického poradenství a provádění terapeutických a vzdělávacích projektů. V některých centrech je k dispozici také telefonní linka, kde lékaři poskytují odborná poradenství v oblastech alkoholismu, drogových závislostí, zajišťují pobytová zařízení pro seniory a zdravotně postižené, filtrují a kontrolují hospitalizace v soukromých neuropsychiatrických domovech, aby byla zajištěna kontinuita léčby za účelem neustálého zlepšování její kvality. Centra jsou také odpovědná za umístování psychiatrických uživatelů do zaměstnání, pěstounské péče a za domácí péči ve spolupráci s dobrovolnými sdruženími, školami, sociálními družstvy a všemi agenturami. Očekává se, že Centra duševního zdraví budou aktivní pro ambulantní nebo domácí intervence minimálně 12 hodin denně 6 dní v týdnu (Confalone, 2020).

Denní centrum je polo-obytná struktura s léčebnými a rehabilitačními funkcemi umístěná na určitém území. Očekává se, že centra budou otevřena nejméně 8 hodin denně 6 dní v týdnu. Mají svůj vlastní tým nebo tým integrovaný provozovateli sociálních družstev

a dobrovolných organizací. Umožňují realizovat léčebné cesty, experimentovat a učit se dovednostem v péči o sebe, v činnostech každodenního života a v individuálních i skupinových mezilidských vztazích, a to i za účelem zařazení do zaměstnání v kontextu léčebných a rehabilitačních programů. Denní centra mohou být spravována Centry duševního zdraví nebo soukromým sektorem. V souladu s vnitrostátními normami se vztahy řídí zvláštními dohodami, které zajišťují kontinuitu (Ministero della Salute, 2006).

Obytná struktura je definována jako mimo-nemocniční struktura, ve které probíhá část léčebného, rehabilitačního a sociálně-rehabilitačního programu pro občany s psychiatrickou poruchou doporučeného Centry duševního zdraví. Cílem těchto struktur je nabídnout síť vztahů a emancipačních příležitostí v rámci konkrétních rehabilitačních činností. Tyto struktury by neměly být brány jako řešení bydlení. Obytné struktury jsou rozlišeny podle intenzity zdravotní péče na 24hodinové, 12hodinové, hodinové úseky a nemají více než 20 míst. Jsou umístěny na snadno přístupných místech, aby se zabránilo jakékoli izolaci lidí, kteří jsou zde umístěni. Obytné struktury jsou spravovány Centry duševního zdraví nebo soukromými sektory (Ministero della Salute, 2006).

Psychiatrická diagnostická a léčebná služba je nemocniční služba, kde se dobrovolné a povinné ošetření provádí v nemocničních podmínkách a která poskytuje také poradenskou pomoc ostatním nemocničním službám. Nachází se v nemocnici a je nedílnou součástí oddělení duševního zdraví, i když nemocnice, ve které se nachází, není spravována stejnou zdravotnickou společností. V tomto případě se obě společnosti řídí závaznými dohodami podle údajů kraje. Každá psychiatrická diagnostická a léčebná služba nemá víc než 16 lůžek a je vybavena odpovídajícími prostory pro běžné činnosti (Ministero della Salute, 2006).

Psychiatrické denní nemocnice a psychiatrické léčebny představují oblast polo-rezidenční péče pro krátkodobé a střednědobé diagnostické a terapeutické rehabilitační služby. Pacient může být umístěn v nemocnici s vazbou na psychiatrickou diagnostickou a léčebnou službu. Může být také umístěn v budovách mimo nemocnici, propojených s Centry duševního zdraví, vybavenými potřebným prostorem, zařízením a personálem. Umožňují složité diagnostické testy, léčí drogové závislosti, snaží se omezit samotné hospitalizace nebo zkrátit jejich trvání (Ministero della Salute, 2006).

8.1 Omezovací prostředky v psychiatrické péči v Itálii

Použití omezovacích prostředků má být využito ve fázi, kdy je pacient nebezpečný jak pro sebe, tak i pro své okolí. V lékařsko-psychiatrickém poli lze omezení definovat jako soubor fyzikálně-chemických prostředků, které jsou určeny pro omezení schopnosti pohybu pacienta. Existují různé typy omezovacích prostředků, často užívané kombinovaným způsobem (First, 2020).

Využití fyzického omezení pacienta by mělo být považováno za poslední možnost, když se jiné metody pro uklidnění agresivního pacienta ukázaly jako nedostatečné. Omezení pacienta by měl provádět personál, který je náležitě vyškolen v oblasti vhodných technik a k ochraně práv a bezpečnosti pacienta. Do místnosti jsou svoláni zaměstnanci a jsou informováni, že je potřeba uplatnit omezení. Pacient je vybízen ke spolupráci, a pokud spolupráce schopen není, je informován o omezení a personál bude pokračovat i bez jeho souhlasu (First, 2020).

Mechanické omezení, které spočívá ve svázání zápěstí a kotníků pacienta za pomoci použití čtyř pásů obecně s kovovým uzávěrem, slouží k tomu, aby se imobilizoval na nemocničním lůžku. Tento typ omezení je široce používán v psychiatrii pro snížení následků agrese v psychiatrických diagnostických a léčebných službách. Mechanické omezení psychiatrických pacientů v nouzových situacích je v Itálii stále jednou z více kontroverzních a diskutovaných záležitostí. Omezení se nevztahuje na hrudník, krk nebo hlavu a roubíky jsou také zakázány. Pacienti, kteří jsou stále agresivní, vyžadují prostředky chemického omezení (Mauceri, 2017).

Chemické farmakologické omezení za pomoci podávání vysokých dávek léků je používáno z důvodu snížení ostražitosti pacienta a tím také schopnosti volného pohybu. Jako léky pro zklidnění pacienta se používají benzodiazepiny a antipsychotika. Benzodiazepiny jsou preferovány při předávkování drogami anebo při abstinenčních příznacích a antipsychotika jsou preferována při akutních vzplanutích známých duševních poruch (First, 2020).

Omezení životního prostředí se provádí prostřednictvím změn prostředí, kdy je snaha omezit pohyby pacienta nebo je řídit. Pacient bývá izolován v uzavřené a monitorované místnosti (Mauceri, 2017).

8.1.1 Kompetence sestry při použití omezovacích prostředků v Itálii

Zásah ošetřovatelského personálu v případě vysokého stupně psychomotorického neklidu pacienta musí být organizovaný. Je potřeba připravit prostředí odstraněním ostrých i tupých nástrojů, které by mohly způsobit zranění. Je nutné poslat z místnosti pryč ostatní pacienty, aby nebyli vystaveni rizikům. Preventivní příprava lůžka s vhodným umístěním prostředků pro omezení a umístění pro ostrahu a pomoc je rovněž nezbytná. Použité prostředky pro omezení musí být vhodné pro praxi, schválené pro zdravotní péči a musí být aplikovány podle doporučení poskytnutých výrobcem. Ošetřovatelský personál musí pracovat v týmu a podle předem stanoveného plánu. Potřeba jsou minimálně 3 zaměstnanci, ale ideální je počet 5–6 zaměstnanců. Při zádržném systému je nutné vyvarovat se stlačení krku, hrudníku a břicha. V průběhu zádržného systému by měl personál používat ochranné masky a rukavice, aby se zabránilo kontaminaci biologickým materiálem anebo poškození pacienta (La contenzione fisica – Linea Guida, 2021).

Ošetřovatelská péče o izolovanou osobu je zaměřena na potřeby péče, které pacient nemůže uspokojit samostatně. U pacienta je nutné pečovat o hygienu, výživu a hydrataci, spánek a odpočinek, vylučování a zajištění vhodného oděvu, bezpečného prostředí a komunikace pro zajištění pocitu blízkosti a podpory, pokud si to pacient přeje. Je žádoucí, aby péči zajišťovala stejná sestra při každé služební směně pro zlepšení mezilidských vztahů mezi pacientem a sestrou a ve prospěch překonání aktuální krize. Aby se předešlo případným nežádoucím událostem, pravidelně se kontrolují kardiovaskulární a dýchací funkce, které se musí pravidelně zaznamenávat do dokumentace. V rámci ošetřovatelské péče se doporučuje přímé a nepřetržité pozorování nebo pozorování každých 15 minut. Pokud to stav pacienta dovolí, je během omezovacího období každé 2 hodiny po dobu 10 minut pacientovi umožněno uvolnění končetin pro uvolnění kloubů (La contenzione fisica – Linea Guida, 2021). Pravidelná kontrola pacienta snižuje komplikace spojené s jeho omezením. Komplikace jsou rozděleny do tří kategorií – mechanické trauma (uškrvení, tlaková asfyxie hrudníku, poranění měkkých tkání), funkční a organické nemoci (infekce, proleženiny, inkontinence) a syndrom psychosociální oblasti (stres, deprese, ponížení). Sestra při omezení pacienta zajistí, aby použití fyzického a farmakologického omezení bylo bráno jako mimořádná událost, ne za obvyklý způsob péče (Poli, Rosseti, 2001).

Použití donucovacích opatření musí být písemně zaznamenáno v dokumentaci pacienta. Do dokumentace je potřeba zaznamenat datum a čas zahájení omezení, podpis a registrační číslo předepisujícího lékaře. Zaznamenávají se také kontroly provedené sestrou, která pomáhá pacientovi v uzavřeném prostoru, hlášení všech nepříznivých událostí, které se u pacienta vyskytly. Dobu omezení stanoví lékař a zapíše ji do dokumentace s datem, časem, podpisem a svým registračním číslem. Každé 2 hodiny se provádí lékařské přehodnocení stavu, kdy musí lékař a sestra zjistit možný výskyt zranění (hematomy, tržné rány a jiné), které před použitím zádržného opatření nebyly přítomny. Tato vyšetření musí být doložitelná v dokumentaci pacienta (La contenzione fisica – Linea Guida, 2021).

9 Diskuze

V bakalářské práci jsme si vytkli za cíl zmapovat, jednak jaké omezovací prostředky jsou používány v psychiatrické léčbě ve vybraných zemích Evropské unie, jednak jaké jsou kompetence sester při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči taktéž ve vybraných zemích Evropské unie. Vytčeným cílům odpovídaly i výzkumné otázky.

Mezi veřejností stále přetrvává negativní pohled na psychiatrii jako takovou, stojí také na pokraji veškeré poskytované zdravotní péče. Stejně pejorativní je označení „blázinec“, které se pro psychiatrická zařízení stále ještě používá. Prameny tohoto stavu je třeba hledat v minulosti, kdy byla psychiatrie zneužita nacistickým Německem ve třicátých letech minulého století, stejně jako zneužití psychiatrie v socialistickém zdravotnictví. Psychiatrie, především lůžková zařízení psychiatrických léčeben, byla tehdy zneužívána k politickým zájmům, konkrétně k likvidaci nepohodlných odpůrců. Ti byli bezdůvodně hospitalizováni a byli na nich neoprávněně aplikovány omezovací prostředky. Předsudky spojené s duševním zdravím, stejně jako nedostatek informovanosti veřejnosti je důvod, proč má psychiatrie a používání omezovacích prostředků tak špatný kredit (Libiger, 2015).

Za pomoci kampaně týkající se omezovacích prostředků, především však klecových či síťových lůžek, byla následně tato lůžka v ústavech sociální péče a v protialkoholních záchytných stanicích zrušena, nicméně v psychiatrických zařízeních jsou používána dodnes, byť pouze minimálně. Přitom jde pouze o jedno omezovací opatření, jehož cílem je omezení volného pohybu a volného jednání pacienta. Používání těchto lůžek není protiprávní, jejich legalizaci umožňuje zákon číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich užívání, v platném znění (Věstník MZ, 2018). Vedle možnosti umístění pacienta v síťovém lůžku zákon umožňuje rovněž použití dalších omezovacích opatření, jimiž je úchop pacienta zdravotnickými pracovníky, omezení pacienta v pohybu ochrannými pasy nebo kurty, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, použití ochranného kabátku nebo vesty omezující pohyb horních končetin, jakož i psychofarmaka, případně jiné léčivé přípravky vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování psychiatrických zdravotních služeb (zákon 372/2011 Sb.). K nedobrovolným omezením pacienta patří i pobyt duševně nemocného na uzavřeném oddělení (Palečková, 2021). Ačkoli nepracuji na psychiatrickém oddělení, zkušenost s použitím omezovacích prostředků, přesněji kurtů mám z traumatologického oddělení

také. Byl to pro mě velmi stresující zážitek, když jsme pacientku drželi společně s lékařem a kolegy a snažili se nasadit kurty. Ve čtyřech lidech jsme ji nemohli téměř udržet, následovalo podání léků na uklidnění. Obdivuji každodenní práci sester na psychiatrickém oddělení. Ve Věstníku MZ (2018) je psáno, že zákon připouští také kombinaci těchto omezujících prostředků. Podstatné však je, že omezovací prostředky nejsou nikdy používány jako preventivní, či dokonce jako jakési sankční opatření. Vždy představují to nejkrajnější řešení, které je bohužel v některých případech nezbytné, a to především s ohledem na situaci v českém zdravotnictví, především na nedostatek zdravotnického personálu či materiálně-technické a odborné zajištění péče o duševně nemocné pacienty. Podle Johanssona (2017) je na odděleních psychiatrické péče důležité provádět supervizi. Zkvalitnění péče v takovém případě závisí na sestrách, které sdílí své reakce, myšlenky a pocity s ostatními pracovníky, tyto informace mohou sloužit ke zlepšení vztahů mezi sestrou a pacientem. Ve chvíli, kdy si sestry tyto poznatky uvědomí, pracují efektivněji a pacienti dostávají kvalitnější a promyšlenější péči.

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zmapování používání omezovacích prostředků v psychiatrii ve vybraných zemích Evropské unie. Pro potřeby práce bylo vybráno šest vyspělých evropských zemí, konkrétně skandinávské země Finsko, Švédsko a Dánsko a také Nizozemsko, Česká republika a Itálie. Tento výběr sledoval zmapování reprezentativního vzorku různých částí Evropy. Plánována byla také Velká Británie, která bohužel v době zpracovávání této práce vystoupila z Evropské unie. Jak vyplývá ze zjištěných poznatků, ve všech těchto zemích je péče o psychicky nemocné pacienty na velmi vysoké úrovni. Je možno konstatovat, že péče o duševní zdraví se stává nedílnou součástí komplexní poskytované zdravotní péče. Svědčí o tom i počty zdravotního personálu, stejně jako výše finančních prostředků vynakládaných na léčbu pacientů s duševním onemocněním. Pokud však máme mapovat používané omezovací prostředky, musíme konstatovat, že jak názory na jejich užívání, tak vlastní praxe není v těchto zemích zdaleka jednotná. Nicméně však lze prohlásit, jak uvádí například (Schmidt, 2019), v Dánsku, ale i v ostatních zemích je obecným trendem postupné omezování činnosti psychiatrických léčeben, včetně omezování četnosti užívání omezovacích prostředků a postupné nahrazování péče v nemocnicích ve prospěch rozšiřování péče ambulantní (komunitní). Obecným trendem je rovněž snižování počtu psychiatrických lůžek. Jak uvádí Vällimäki (2019), ve Finsku došlo k jejich poměrně radikálnímu omezení. Všechny země shodně disponují zákonodárstvím ochraňujícím duševní zdraví,

at' už je příslušný zákon nazván zákonem o duševním zdraví či zákonem o povinné péči o duševní zdraví, zákonem o povinné zdravotní péči či nizozemským zákonem o péči a donucení. Zmínit lze i stávající situaci v Nizozemí, kde existuje propracovaný systém péče o duševně nemocné za pomoci specializovaných sester pro psychiatrickou péči, které s pacienty pracují v terénu (Psychiatrisch verpleegkundige, 2020). Dalším pozitivním příkladem je situace v Dánsku, kde byla ve městě Slagelse otevřena supermoderní psychiatrická léčebna umožňující zcela nový způsob psychiatrické péče (The Ministry of Health, 2017). V některých zemích jsou stále užívána klecová či síťová lůžka, která mají ještě své místo v gerontopsychiatrii, kde slouží jako prostředek k zabránění zranění či poškození pacienta samotného, ale i k ochraně ostatních pacientů, zdravotnického personálu i k zabránění vzniku škod na majetku (Dušek, 2015). Dalším omezovacím prostředkem, který bývá hojně užíván, je úchop či sevření pacienta, stejně jako farmakoterapie, kdy jsou pacientům podávány psychotropní látky často se sedativními účinky, jež mají ovlivnit chování pacienta a odstranit jeho stavy úzkosti. Farmakoterapie je klíčovým omezovacím prostředkem například ve Finsku (Mental Health Act, 1990). Poměrně časté je rovněž používání kurtů. Z uvedeného je tedy zřejmé, že žádná šablona k používání omezovacích prostředků v jednotlivých zemích neexistuje. Pro všechny naopak platí bezesporu fakt, že v případě všech omezovacích prostředků, zůstává fyzické omezení pacienta krajní mezí, jakousi poslední možností v případě, kdy jiné metody směřující k uklidnění pacienta selhávají. Společným znakem je rovněž skutečnost, že o použití omezovacích prostředků rozhoduje zásadně lékař. Platí však, že o užití omezovacích prostředků může rozhodnout i nelékařský pracovník, nicméně jeho povinností je neprodleně informovat lékaře (Inspektionen för vård och omsorg, 2020). Mezi často používané omezovací prostředky patří izolace pacienta, konkrétně pak umístění pacienta v uzavřené a monitorované místnosti. Při užití tohoto omezovacího opatření je nutno dodržovat velmi přísné povinnosti ze strany lékařských i zdravotnických pracovníků. Jde o to, že pacient umístěný v izolaci musí být monitorován za pomoci poslechových zařízení, video-kamerovým systémem, různými sledovací pohybu, GPS sledovací či prohlížeckými okénky (Petr, 2014). Ve Finsku je pak každému takto umístěnému pacientovi přidělena sestra, jejímž úkolem je sledování pacienta (Mental Health Act, 1990).

Na závěr této diskuze o tomto problému bych chtěla uvést ještě pár poznámek. Platí, že ve vybraných zemích Evropské unie je lékařská péče o duševně nemocné na velmi vysoké úrovni, přestože je její systém v různých zemích nastaven různě. Za zmínku jistě stojí například nizozemský systém podpory online, stejně jako možnost podpory poskytované anonymně pro ty, kdo raději píšou, než se s problémy svěřují lékařům osobně (Mental health services, 2021). Za velmi pozitivní počin je třeba považovat působení center duševního zdraví v Itálii, v nichž dochází k léčení méně závažných poruch, například závislostí. V těchto centrech je snahou úplně omezit či zkrátit dobu hospitalizace (Ministero della Salute, 2006). Zmínit lze i internetovou psychiatrii, která je rovněž zaměřena na pomoc při méně závažných poruchách (Telepsykiatrisk Center, 2020). Je však třeba zmínit, že jak s centry duševního zdraví, tak i s internetovou psychiatrií se můžeme setkat nyní i v rámci psychiatrické péče v České republice.

Druhým problémem, jemuž se bakalářská práce věnovala, je náplň práce sester pracujících na psychiatrických pracovištích, konkrétně pak kompetence těchto sester ve vybraných zemích Evropské unie. Práce sestry je nesmírně náročná, a to jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Práce sester v psychiatrické péči má řadu specifík. Požadavky na ně kladené v České republice jsou obdobné jako požadavky kladené na sestry v dalších vybraných zemích Evropské unie. V případě sestry na psychiatrii je na prvním místě třeba zmínit vzdělání. Sestra se musí orientovat ve znalostech lékařské a behaviorální vědy. Pro efektivní komunikaci s blízkými pacienta musí disponovat relevantními informacemi o probíhající pacientově hospitalizaci. Odborné vědomosti pacienta jsou rovněž nezbytné při komunikaci s pacienty a jejich příbuznými (Svensk Sjuksköterskeförning, 2017). V probíhající reformě psychiatrické péče v České republice je cílem vytvořit vzdělávací programy, které umožní pracovníkům seznámit se s novým systémem poskytování péče. V rámci vzdělávání v psychiatrické péči je cílem podporovat aktuální vzdělávací programy se zaměřením na různá odvětví psychiatrické péče, na úpravu či zvyšování kapacity současných programů „psychiatrická a dětská psychiatrická sestra“ (Reforma péče o duševní zdraví, 2013). Novým odvětvím v programech vzdělávání jsou „peer pracovníci“, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním a povedou terapeutické rozhovory s pacienty. Jedním z cílů reformy je poskytovat péči vedoucí k zotavení pacientů. V souvislosti se zotavením pacientů je potřeba přehodnotit systém vzdělávání na všech stupních (pregraduálním, specializačním, postgraduálním, celoživotním) u pracovníků pečujících o duševní zdraví.

(Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020). Nesmírně významným úkolem psychiatrické sestry je navázání vztahu se samotným pacientem, jakož i s jeho rodinou. Pro získání důvěry je třeba disponovat dostatečnou mírou odborných vědomostí. Při veškeré komunikaci s pacientem je nezbytné vzbuzení pocitu blízkosti, podpory a také vytvoření bezpečného prostředí pro pacienta. Pro bezpečnost pacienta a jeho okolí je někdy nutné se uchýlit k omezení jeho volného pohybu. V takovém případě sestra komunikuje s pacientem a vše mu důkladně vysvětlí. V případě omezení pacienta je práce sestry zaměřena na základní ošetrovatelské úkony jako třeba hygiena, výživa a hydratace, odpočinek či spánek. V Nizozemí sestra se specializací v psychiatrické péči koučuje ostatní sestry v oblasti donucovacích opatření (Psychiatrisch verpleegkundige, 2021). Ke snížení traumatu z fixace je v Dánsku pacientovi přidělena sestra nebo zdravotnický pracovník, který dohlíží na průběh fixace a komunikuje s pacientem (Basse, Kristensen, 2019). Stejně tak je postupováno i ve Finsku, kdy má pacient přiřazen stálý dohled (Mental Health Act, 1990). Obecně by se dalo říct, že sestry v psychiatrické péči jsou v případě omezení volného pohybu pacienta odpovědné za základní ošetrovatelskou péči, komunikaci s pacientem, kontrolu fixovaných míst. Sestra či pověřený zdravotnický pracovník smí omezit pacienta v pohybu, ale posléze musí informovat lékaře. Sestra veškeré intervence a použité omezovací prostředky musí zaznamenávat do dokumentace, kam jsou zaneseny informace o pacientovi, typ omezovacího prostředku, stav pacienta a doba použití fixace (La contenzione fisica – Linea Guida, 2021). Sestra na psychiatrii musí také nutně disponovat dostatkem informací o režimu psychiatrického pracoviště. Na psychiatrických odděleních platí praxe, že rozhodující kroky při léčbě pacienta jsou vždy na lékaři, zatímco za výkon těchto kroků pak zodpovídá sestra. Ta odpovídá za péči o pacienta, je členkou multidisciplinárního týmu, v němž má i svou vlastní odpovědnost za ošetrovatelské úkony (Psychiatrisch verpleegkundige, 2021). I proto například v Itálii existuje praxe, že léčbu konkrétního pacienta by měla zajišťovat vždy stejná sestra, aby se dosáhlo co nejlepšího vybudování mezilidského vztahu s pacientem (La contenzione fisica – Linea Guida, 2021).

V předchozím textu byla zmíněna kompetence sestry v psychiatrické péči při přímém i nepřímém pozorování pacienta, který byl omezen ve volném pohybu v izolaci, ale také oprávnění sestry k aplikaci omezovacích prostředků v případech, kdy o jejich uložení nemůže rozhodnout lékař, stejně jako následné povinnosti neprodleně informovat lékaře. Lze tedy shrnout, že se od sestry pracující v psychiatrické péči vyžaduje klidný,

odpovědný přístup, dostatečná míra empatie, schopnost spolupráce, citlivost, umění naslouchat, integrita, ale například také smysl pro humor (Psychiatrisch verpleegkundige, 2021). Sestra je vždy povinna sledovat pacienta a mapovat vše, co s ním souvisí, tedy například i sledovat jeho stavy, nálady, jeho neklid či reakce. S tím vším úzce souvisí péče o hygienu, kvalitu spánku a odpočinku, vylučování, kontrolu kardiovaskulární a dýchací činnosti pacienta. Mezi povinnostmi sestry na psychiatrii patří ovšem i administrativní činnosti, jimiž je především dokonalé vedení ošetrovatelské dokumentace. Jako závěr této části práce pojednávající o kompetencích sester na psychiatrii bych použila jeden z požadavků, kladených na sestru ve Finsku. Jeho obsahem je požadavek, aby s pacientem, který je léčen na psychiatrickém pracovišti, musí být vždy zacházeno jako s člověkem, holistickým pojetím péče, sestra mu musí dokázat naslouchat, ale také být schopna se vcítit do jeho stavu. Vztah sestry a pacienta pak musí být založen na otevřené interakci a vzájemné důvěře (The Changing Face of Psychiatric Nursing, 2007).

Význam psychiatrie v současném světě zůstává bohužel nedoceněn. Nelze však pochybovat, že v důsledku probíhající koronavirové pandemie význam tohoto lékařského oboru poroste. V době, kdy různá vládní opatření výrazně omezují možnost sociálního kontaktu a sociální komunikace, v době, kdy sdělovací prostředky, především televize sdílí jednu negativní zprávu za druhou, vzniká nebezpečí stresu. Ten pak může být spouštěcím mechanismem pro pocity úzkosti či strachu, zhoršení existujících chronických zdravotních problémů, změny nálad. Právě takto zranitelní jedinci mohou v budoucnu vyhledat psychiatrickou péči.

Závěr

V bakalářské práci s názvem „Použití omezovacích prostředků v psychiatrické péči“ byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích EU. Druhým cílem práce bylo zjistit kompetence sester při používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči ve vybraných zemích EU.

Na základě zjištěných poznatků jsme zjistili, že péče o duševní zdraví je ve vybraných zemích na velmi vysoké úrovni. Trendem v těchto zemích je postupné snižování počtu lůžek na psychiatrických odděleních nebo alespoň zkrácení doby hospitalizace a postupné směřování péče o duševně nemocné do center duševního zdraví a péče na komunitní úrovni. Praxe v užívání omezovacích prostředků také není jednotná, nicméně stejně jako hospitalizací, je snaha o snížení počtu lůžek. Ve všech zemích jsou používány pásy na horní a dolní končetiny a formy izolace od ostatních pacientů v jiné, k tomu určené místnosti. Jednotné pro použití omezovacích prostředků ve všech státech zůstává, že omezení pacienta neslouží jako trest, ale je použito jako poslední možnost, kdy jiné metody směřující k uklidnění pacienta selhávají. Ve všech zemích je také užívána pro uklidnění farmakoterapie. O omezení pacienta rozhoduje zásadně lékař, ačkoli o užití může rozhodnout i nelékařský pracovník, nicméně musí neprodleně informovat lékaře.

Pro pacienta s duševním onemocněním je důležité mít důvěru v ošetřující personál, především sestru, která o něj pečuje. Sestra pracující v psychiatrické péči je vystavena velkému stresu především z toho důvodu, že péče o pacienty na psychiatrickém oddělení má svá specifika oproti standardnímu oddělení. Sestra zde pracující by měla disponovat odbornými vědomostmi, které jsou nezbytné při komunikaci s pacientem a jeho příbuznými. Sestra odpovídá za péči o pacienta a za prováděné úkony, jakožto i omezení pacienta ve volném pohybu. Obecně lze říct, že součástí ošetřovatelské péče a úspěšné léčby je budování vztahu a důvěry s pacientem, umění naslouchat, schopnost spolupráce a empatie. Ošetřovatelská péče o pacienta s omezením volného pohybu spočívá v péči o jeho hygienu, výživu, kvalitu odpočinku a spánku, vylučování, ale také spočívá v kontrole činnosti kardiovaskulárního a dýchacího systému.

Význam práce spatřujeme v tom, že může přispět k rozšíření povědomí o psychiatrické péči a omezovacích prostředcích, protože jsou společností vnímány jako omezování

lidské svobody. Zjištěné informace mohou sloužit nejen k rozšíření povědomí pro laickou veřejnou, ale i pro odbornou část společnosti jako vzor k postupnému rozšiřování komunitní péče. Důležité je také vyzdvihnout náročnost péče sester pracujících o duševně nemocné, včetně psychicky i fyzicky náročného omezení pacienta ve volném pohybu.

Seznam literatury

1. BASSE, E. M., KRISTENSEN, K., 2019 *Håndbog for psykiatribrugere og pårørende Kend dine rettigheder*. Printed in Denmark. ISBN 978-87-90513-08-5. Dostupné z: <https://sind.dk/sites/sind.dk/files/media/document/Folder-Psykiatrih%C3%A5ndbog-SIND-2019.pdf>
2. CPT, 2014. *Preliminary observations made by the delegation of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) which visited Finland*. [online]. Strasbourg. 8 s. [cit. 2014-10-02]. Dostupné z: <https://www.refworld.org/pdfid/54e34b674.pdf>
3. DEMANT, S. H. et al., 2016. *Specialsygeplejersker i Psykiatrien Region Sjælland*. [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: https://www.specpsyksygeplejerske.dk/siteassets/sjælland/strategiplanforspecialsygeplejersker_ver4_0_180316.pdf
4. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-9854-7.
5. EuroHealthNet, © 2020. Netherlands Institute Of Mental Health And Addiction (Trimbos Institute). *Eurohealthnet.eu* [online]. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: <https://eurohealthnet.eu/research-associate-member/netherlands-institute-mental-health-and-addiction-trimbos-institute>
6. ExpatFocus., © 2021. *How To Look After Your Mental Health In Denmark*. [online]. Dostupné z: <https://www.expatsfocus.com/denmark/health/how-to-look-after-your-mental-health-in-denmark-5731>
7. Factsheet: Onvrijwillige zorg In de Wet zorg en dwang, 2019. [online]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: <https://www.dwangindezorg.nl/binaries/dwangindezorg/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/factsheet-onvrijwillige-zorg-in-wet-zorg-en-dwang/Factsheet+onvrijwillige+zorg+in+de+Wet+zorg+en+dwang.pdf>
8. FIRST, M., 2020. *Emergenze comporttamentali*. [online]. Dostupné z: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/approccio-al-paziente-con-sintomi-mentali/emergenze-comportamentali>
9. GGZ Standardeen, 2020. *Organisatie van zorg rondom dwang en drang*. In: *Dwang en Drang*. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang__authorized-at_21-02-2019.pdf

10. Government of the Netherlands, [online]. *Mental health care*. Ministry of Health, Welfare and Sport. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/mental-health-services/question-and-answer/help-for-mental-health-problems>. Datum přístupu: 20.6. 2020
11. Helbredsprofilen, 2018. [online]. Hvad laver en psykiatrisk sygeplejersker. Helbredsprofilen.dk. [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <https://helbredsprofilen.dk/da/artikel/hvad-laver-en-psykiatrisk-sygeplejerske>
12. HOSÁK, L. et al., 2015 *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. UK Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8
13. HOSÁK, L. et al., 2015. Krátká historie psychiatrie. In: LIBIGER, J., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. UK Praha: Karolinum. s. 16-27. ISBN 978-80-246-2998-8
14. HOSÁK, L. et al., 2015. Právní problematika v psychiatrii. In: ŠVARC, J., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. UK Praha: Karolinum. s. 588-610. ISBN 978-80-246-2998-8.
15. *Inspektionen för vård och omsorg*, 2020., Psykiatrin har förutsättningar för att begränsa antalet tvångsåtgärder, men det systematiska kvalitetsarbetet behöver förbättras. Iakttagelser i korthet [online]. 4. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/iakttagelser-i-korthet/2020/iakttagelser-i-korthet-tvangsatgarder-4-2020.pdf>
16. Internetpsykiatrien., © 2021. *Om Internetpsykiatrien*. [online]. Denmark. Dostupné z: <http://www.internetpsykiatrien.dk/wm507883>
17. JOHANSSON, R. M. et al., 2017. *Reflective team and process-oriented supervision – a case study on differences* [online]. School of Health Sciences, Borås University, Borås, Sweden. [cit. 2017-07-25]. ISSN 1462-3943
18. JUŘIČKOVÁ, L., 2014. Institucionalizace opatrovnictví. In JUŘIČKOVÁ, L., *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada publishing. s 32-33. ISBN 978-80-247-4786-6
19. JUŘIČKOVÁ, L., 2014. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-4786-6
20. *Kompetensbeskrivning*, 2014. [online]. För legitimerad sjuksköterska med specialistjuksköterskeexamen, Inriktning psykiatrisk vård. Svensk sjuksköterskeförening. Dostupné z: https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062321b9/1584103943244/Kompetensbeskrivning_sjukskoterskor_inom_psykiatrisk_vard_2014.pdf

21. *La contenzione fisica-Linea guide*. 2021. [online]. l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano. Dostupné z: <http://www.ospedaleric.it/files/old/La%20contenzione%20fisica.pdf>. Datum přístupu: 25.4.2021.
22. Lag 1991:1128., Lag om psykiatrisk tvångsvård, 1991. In: *Socialdepartementet*. Dostupné z https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128
23. Lag 1991:1129., Lag om rättspsykiatrisk vård, 1991. In: *Socialdepartementet*. Dostupné z: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911129-om-rattspyskiatrisk-var_d_sfs-1991-1129
24. LBK nr, 936., 2019. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, [online]. Denmark [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/936>
25. LUKASOVÁ, M., 2019. *Omezovací prostředky v psychiatrii – Právní pohled na používání omezovacích prostředků*, 1. část. [online]. Ministerstvo zdraví ČR. 33 s. [cit. 2019-07-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40096/06a_Priloha%206a_pravni%20pohled%20na%20pouzivani%20OP.pdf
26. MAHROVÁ, G. et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
27. MAHROVÁ, G. et. al., 2008. Psychiatrické minimum. In: MAHROVÁ, G., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. s. 69-91. ISBN 978-80-247-2138-5
28. MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
29. MARKOVÁ, E. et al., 2006. Restriktivní postupy In: PETR, T., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. s. 113-124. ISBN 80-247-1151-6.
30. MAUCERI, S., 2017. „Contere“ *La contenzione meccanica in Italia* [online]. Dostupné z: http://www.condicio.it/allegati/268/Contenere_contenzione_mecanica.pdf
31. Mental Health Act 1116/1990, 2001. [online]. [cit. 1990-12-14]. In: *Ministry of Social Affairs and Health in Finland*. Dostupné z: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#a8.1.2016-20>
32. *Mental Health Atlas*, 2011. Sweden. [online]. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/swe_mh_profile.pdf?ua=1

33. Mental Health Finland, 2021. [online]. Datum přístupu: 24.4. 2021b. Dostupné z: <https://mieli.fi/en>
34. Mental Health Finland, 2021. *Medication in the treatment od mental disorders*. [online]. Datum přístupu: 24.4. 2021a. Dostupné z: <https://mieli.fi/en/home/mental-health/mental-disorders/medication-treatment-mental-disorders>
35. Mental Health Finland, 2021. *Support and help for foreigners*. [online]. Datum přístupu: 24.4. 2021c. Dostupné z: <https://mieli.fi/en/support-and-help/support-and-help-foreigners>
36. Mental Health Services, 2014. *Mieli: The Finnish Association for Mental Health*, [online]. Helsinki [cit. 2014-06-03]. Dostupné z: <https://mieli.fi/en/home/mental-health/seeking-help-mental-health-problems/mental-health-services>
37. Ministero della Salute., 2006. *La rete dei servizi per la salute mentale* [online]. Publikováno 3.11.2006, aktualizováno 1.10.2020, datum přístupu 20.4.2021. Dostupné z: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=rete
38. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030., 2020. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>
39. OCISKOVÁ, M. et al., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-9906-3.
40. OECD., 2017. *State of Health in the EU, Finland, Country Health Profile 2017*. [online]. OECD Publishing. 20 s. ISSN 25227041. Dostupné z: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/finland-country-health-profile-2017_9789264283367-en#page1
41. Oppegående tvangsfiksering – evaluering., 2014. [online]. Sundhedsstyrelsen. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2014/Oppeg%C3%A5ende-tvangsfiksering-f%C3%A5r-positiv-modtagelse/Oppeg%C3%A5ende_tvang_Redeg%C3%B8relse_FINALnr_2_VTH_26-05-20141.ashx?la=da&hash=0FB784E7599A25E5D3DBA4410AE3CE1DBB43A1AD
42. PALEČKOVÁ, J., 2021. Omezovací prostředky jsou svázány pravidly a výjimkami. *Florence*. 2/21. 38 s. ISSN 2570-4915.
43. PETR, T. A MARKOVÁ, E., 2014. Duševní zdraví. In: MARKOVÁ, E., *Ošetřovatelství v psychiatrii*, Praha: Grada. s. 17-22. ISBN 978-80-247-4236-6.

44. PETR, T. A MARKOVÁ, E., 2014. Historie péče o duševně nemocné. In: PETR, T., *Ošetrovatelství v psychiatrii*, Praha: Grada. s. 24-34. ISBN 978-80-247-4236-6.
45. PETR, T. A MARKOVÁ, E., 2014. Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům. In: PETR, T., *Ošetrovatelství v psychiatrii*, Praha: Grada. s. 171-180. ISBN 978-80-247-4236-6.
46. PETR, T. A MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*, Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-3.
47. POLI, N. A ROSSETI, A., 2001. *Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica*. [online]. In: Nursing Oggi, numero 4. Dostupné z: <http://old.comune.pescantina.vr.it/it/Notizie/Archivio/11-Forum-Nazionale-Polizia-Locale-30-31-Ottobre--2014/contentParagraph/018/documentPdf/Linee%20guida%20contenzione%20infermieristica%20-%20Fiorella%20Passerini.pdf>
48. Psychiatrisch verpleegkundige., 2021. *Informatie over het beroep, opleidingen, competenties, arbeidsmarkt en meer*. [online] Dostupné z: <https://www.mijnzzp.nl/Beroep/1880-Psychiatrisch-verpleegkundige/Informatie>. Datum přístupu: 26.4. 2021.
49. RABOCH, J. et al., 2013. Psychiatrie jako jeden ze základních lékařských oborů – historický vývoj. In RABOCH, J., *Psychiatrie*. UK Praha: Karolinum. s. 13-19. ISBN 978-80-246-1985-9.
50. RABOCH, J. et al., 2013. *Psychiatrie*. UK Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
51. Reforma péče o duševní zdraví, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, verze 1.0* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2013-10-8]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
52. Reforma péče o duševní zdraví, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017*. [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
53. SCHMIDT, M. et al., 2019. *The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records*. [cit. 2019-06-12] Volume 2019:11 563–591 s. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083>

54. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2013 *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Grada. 230 s. ISBN 978-80-247-4341-7
55. Svensk Sjuksköterskeförening, 2017. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [online]. Svensk sjuksköterskeförening. [cit. 2017-30-03]. ISBN 978-91-85060-10-8. Dostupné z: <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>
56. Telepsykiatrisk Center, © 2020. Om internetpsykiatrien. Internetpsykiatrien.dk [online]. Denmark. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: <http://www.internetpsykiatrien.dk/wm507883>
57. The Ministry of Health, 2017. *Healthcare in Denmark – An overview*. [cit. 2017-03-21]. ISBN 978-87-7601-365-3. Dostupné z: <https://www.healthcaredenmark.dk/media/ykedbhsl/healthcare-dk.pdf>
58. The Swedish Healthcare System, 2017. [online]. Sweden. [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <https://www.kliniskastudier.se/english/sweden-research-country/swedish-healthcare-system.html>
59. TIKKANEN, R., et al. 2020. *The Swedish Health Care System* [online]. Sweden. [cit. 2020-06-05]. Dostupné z: <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>
60. VÄLIMÄKI, M. et al., 2007. *The Changing Face of Psychiatric Nursing*. Department of Nursing Science University of Turku. ISBN 978-951-29-3576-5. From: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/39935/chaning-face-of-psychiatric-nursing-report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
61. VÄLIMÄKI, M. et al., 2019. *Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades*. [online]. BMC Psychiatry 19. [cit. 2019-07-26]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2200-x>
62. Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2018. *Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků pacienta*, 2018. [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2018-04-20]. Částka 4. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15323/36080/Věstník%20MZ%20ČR%204-2018.pdf>

63. VÝROST, J. et al., 2019. Agrese. In LOVAŠ, L., *Sociální psychologie: Teorie, Metody, Aplikace*. Praha: Grada. s. 202. ISBN 978-80-247-5775-9.
64. VÝROST, J. et al., 2019. *Sociální psychologie: Teorie, Metody, Aplikace*. Praha: Grada. 760 s. ISBN: 978-80-247-5775-9.
65. WALLSTEN, T. et. al., 2013 *Psykiatrisk tvångsvård: Kliniska Riktlinjer För Vård Och Behandling*. 1. vydání. Litva: Baltoprint. ISBN 978-91-7205-947-4. Dostupné z: <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/03/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Psykiatrisk-Tv%C3%A5ngsv%C3%A5rd.pdf>
66. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2011-12-08]. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4801. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>

Seznam příloh

Příloha č. 1 Klecové síťové lůžko

Příloha č. 2 Ochranný pás a kurty

Příloha č. 3 Popruhy mezi nohama a rukama

Příloha č. 4 Izolační místnost

Seznam zkratk

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

CPT – Evropský výbor pro zabránění a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

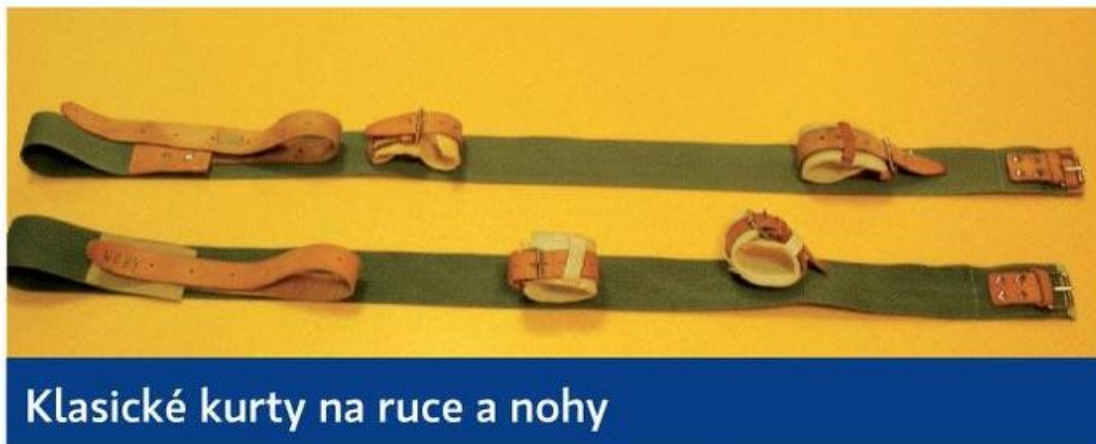
Přílohy

Příloha č. 1 Klecové síťové lůžko



Zdroj: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/pravnicka-ombudsmanky-omezovaci-prostredky-se-ceske-psychiatrii-stale-pouzivaji-prilis-casto-nikdo-politiku-neresi/>

Příloha č. 2 Ochranný pás a kurty



Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzicke-omezeni-pacienta-na-akutnim-psychiatrickem-oddeleni-458233>

Příloha č. 3 Popruhy mezi nohama a rukama



Zdroj: <https://politiken.dk/indland/art5474046/Psykiatriske-patienter-g%C3%A5r-rundt-med-remme-mellem-arme-og-ben>

Příloha č. 4 Izolační místnost



Zdroj: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/zklidneni-k-smrti-lecebna-v-dobranech/r~i:gallery:26263/>