

## RECENZE ANGLICKÉ SMĚRNICE O OMEZOVACÍCH PROSTŘEDCÍCH

Mgr. Marie Lukasová<sup>1</sup>

Department of Health. *Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions* [online]. London: Social Care, Local Government and Care Partnership Directorate, 2014. 44 s. [cit. 7. 1. 2015]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/positive-and-proactive-care-reducing-restrictive-interventions>

### 1. Úvod

V dubnu 2014 vydalo britské ministerstvo zdravotnictví strategický dokument *Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions*. Představuje dílem strategický dokument, dílem směrnici a je určen širokému okruhu adresátů, kteří mají cokoli společného s poskytováním zdravotních a sociálních služeb. Jeho název lze do češtiny přeložit jako *Příznivá a proaktivní péče: snižování potřeby využívat omezující opatření* a nadále bude v textu označován jako „směrnice“ či „dokument“.

Dokument deklaruje svůj cíl takto: (1) *Příznivými a proaktivními* opatřeními dosáhnout snížení potřeby používání omezujících opatření a (2) poskytnout návod na jejich použití bezpečným, etickým a legálním způsobem, pokud je k nim jako ke krajnímu prostředku přistoupeno. K naplnění tohoto cíle je zapotřebí dobré a jasné vedení na úrovni jednotlivých poskytovatelů služeb – aby se *příznivá a proaktivní* péče stala hlavním přístupem v organizaci a pečující personál se příliš nespoléhal na používání restrikcí. Proto jsou některé části směrnice určeny vedoucím pracovníkům a managementu. Krom toho se směrnice obrací na personál v přímé péči, uživatele služeb, jejich příbuzné a zástupce, zřizovatele služeb, kontrolní orgány a další subjekty včetně například policie. Ze systémového hlediska směrnice dopadá na služby jak zdravotní, tak i sociální, v jejich rámci pak na služby akutní i dlouhodobější péče. Stejně tak má dokument ambici usměrnit i péči poskytovanou neformálními pečujícími. Pokud jde o klientelu péče, na kterou směrnice dopadá, uvažujeme o osobách se zdravotním postižením, poruchami autistického spektra, duševním onemocněním a poruchovým chováním (angl. challenging behaviour).

V tomto textu bude pojem „uživatel služby“ zastupovat jak pacienta zdravotní služby, tak i uživatele sociální služby. Pro reflexi směrnice českým čtenářem je třeba dále předeslat, že anglický pojem *restrictive interventions* může být chápán v užším slova smyslu jako použití nějakého konkrétního nástroje, který v prostředí zdravotních služeb označujeme jako *omezovací prostředek*<sup>2</sup> a v sociálních

---

<sup>1</sup> Právnička Kanceláře veřejného ochránce práv

<sup>2</sup> Kogentní, tedy uzavřený, výčet omezovacích prostředků a podmínky jejich použití obsahuje § 39 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Aplikační praxi usměrnilo Ministerstvo zdravotnictví metodickým opatřením Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky zn.: 37800/2009 zveřejněným ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví pod číslem 7/2009. Metodické opatření je závazné pro zařízení zřizovaná ministerstvem, pro ostatní je „pouze“ zdrojem inspirace či postupu lege artis.

službách jako *opatření omezující pohyb*<sup>3</sup>. Tento význam bude mít na následujících řádcích (pro oba kontexty) pojem „omezovací prostředek“. V širším slova smyslu půjde u *restrictive interventions* i o jakékoli opatření či přístup s omezujícím dopadem, zahrnující i režimová opatření, a k českému vyjádření můžeme použít pojmu „omezující opatření“ či „restrikce“. Ze směrnice lze tento významový rozdíl seznat dle konkrétních souvislostí.

## 2. Obsah směrnice

Po předmluvě náměstka ministra zdravotnictví Normana Lamba otvírá směrnici kapitola **Úvod**. Vysvětluje status a okruh adresátů směrnice a také kontext jejího přijetí. Tím je aktuální potřeba usměrnění praxe v dané oblasti ve Velké Británii. Úvod dále uvádí klíčová opatření v oblasti *příznivé a proaktivní péče*, poskytuje základní definici omezujícího opatření a zasazuje směrnici do souvislosti s dalšími národními dokumenty.

Pokud jde o zmíněná klíčová opatření, jsou shrnuta do následujících oblastí: zlepšení poskytované péče (při použití restrikce, včetně uplatnění subsidiarity, používání plánů a zvládání rizikového chování); řízení, záruky a odpovědnost (odpovědnost vedení za proaktivní a preventivní přístupy a plány redukce omezovacích opatření, za vnitřní pravidla, vykazování, monitoring a rozborů mimořádných událostí, za roční hodnocení plánů rizikového chování a roční akční plány); transparentnost (vnitřní audity, sběr dat, vykazování úřadům); monitoring a dozor.

Dříve než dokument pojednává o konkrétních požadovaných postupech, nabízí **Základní zásady**. Základními zásadami směrnice (a *příznivé a proaktivní péče*) jsou:

1. Respekt k základním lidským právům a svobodám.<sup>4</sup>
2. Porozumění tomu, jak se lidé chovají, umožní rozpoznat jejich jedinečné potřeby, přání, zkušenosti a silné stránky a zvýšit jejich kvalitu života.
3. Účast a zapojení uživatelů služeb, jejich příbuzných, pečujících a zástupců jsou nezbytné, nakolik jsou jen možné s ohledem na přání uživatele a povinnou mlčenlivost.
4. Péče musí být poskytována s pochopením, důstojně a s laskavostí.
5. Zdravotní a sociální služby musí umožňovat hledání rovnováhy mezi zajištěním bezpečnosti a svobodou volby.
6. Pozitivní vztah mezi pečujícím a příjemcem péče musí být chráněn a podporován.

Praktickou práci se směrnicí usnadní závěrečný **Přehled doporučených opatření** a příloha obsahující výčet užitečných dokumentů, které mohou sloužit k jejímu doplnění. Spolu s odkazy tvoří rozsah dokumentu 44 stran.

---

<sup>3</sup> Úprava v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v § 89, je vystavěna tak, že nejprve je jako zásada vysloven zákaz používání opatření omezujících pohyb, dále jsou vymezeny podmínky pro jejich možné výjimečné použití jako nástroje poslední volby a následně je stanovena povinnost poskytovatele sociálních služeb zvolit vždy nejmírnější opatření. „Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky.“ Pro aplikační praxi vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí doporučený postup pro používání opatření omezujících pohyb osob.

<sup>4</sup> Ve smyslu Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, v České republice publikované jako sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb., o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících.

### 3. Kapitola „Směrnice“

Těžiště směrnice spočívá v kapitole Směrnice. Je dále členěna na 17 podkapitol, které představují jednotlivé oblasti, ve kterých je třeba pokročit směrem k zajištění péče s přívlastkem „positive and proactive“. Níže se zaměříme na ta témata, která lze považovat za zvlášť zanedbaná při úvaze o české realitě poskytování služeb, a tedy může být užitečné se s jejich pojetím ve směrnici blíže seznámit. Zcela tak přejdeme podkapitoly Individuální přístup, Přístup založený na úzdavě (angl. recovery), Minimalizace a zvládání konfliktů, Co když omezovací opatření nestačí, Specifika u osob s omezenou schopností právně jednat, Klíčové postupy pro snižování škod, Vnitřní předpisy a Školení a rozvoj pracovníků.

#### Aktivní podpora chování člověka

Směrnice představuje přístup, který umožňuje porozumět kontextu a významu chování uživatele služby tak, aby bylo možné rozvinout skutečně podporující prostředí a dovednosti, které v důsledku zlepšují kvalitu jeho života. Směrnice vychází z předpokladu, že je prokázáno, že takové ohledy vedou k mírnění problematického chování a ke snížení potřeby používat restriktce. Přístup zaměřený na podporu chování člověka nejprve dává porozumět důvodům problematického chování. Může jimi být to, že potřeby člověka jsou složité a náročné, a tak nejsou uspokojovány – typicky u lidí se smyslovým postižením. Nebo důvody spočívají v povaze prostředí – například je málo podnětné, je frustrující a potřeby člověka jsou v něm přehlíženy. Samostatným problémem jsou důsledky hmotné nouze, ve které osoba žije.

Když jsou důvody chování člověka rozpoznány, může se na ně poskytovaná péče zaměřit. Péče založená na aktivní podpoře chování člověka bude mimo jiné zahrnovat následující prvky:

1. Péče orientovaná na osobu, včetně plánování. Mimo jiné působí, že pečující vnímá uživatele služby jako jedinečnou lidskou bytost.
2. Odborné hodnocení zaměřené na rozpoznání příčin problematického chování.
3. Používání plánů podpory (žádoucího) chování. Jejich účelem je dosáhnout odstranění různých rušivých momentů a spouštěčů, které mají původ v prostředí, zlepšit životní podmínky člověka a nastavit postupy, které jsou alternativní k poruchovému chování. Tedy zaprvé jde o primární prevenci. Dále má být naplánováno, jak reagovat, když se u uživatele začíná projevovat napětí, rozrušení, stísněnost. To jsou tzv. postupy sekundární prevence zahrnující techniky deescalace, odvedení pozornosti, rozptýlení, které mají za cíl přinést uvolnění a odvrátit stupňování napětí do krize. Konečně má plán také stanovit, jak reagovat v krizi, kdy už vzniká riziko ohrožení. Jde o tzv. terciální postupy, kdy může dojít i na použití omezovacího prostředku. Směrnice stanoví, že **každý člověk, u kterého lze rozumně předpokládat, že může nastat potřeba použití omezovacího prostředku, musí mít vypracován individuální plán podpory chování.**
4. Plány musí být vždy postaveny na zdravotním a sociálním vyšetření a musí zahrnovat poznatky získané od uživatele, jeho pečujících, příbuzných a zástupců.

#### Celkové zaměření služby

Některé služby poskytují péči lidem, u nichž lze na základě jejich potřeb a životního příběhu rozumně předvídat, že se může projevit poruchové (ohrožující) chování. Jde typicky o zařízení akutní psychiatrické péče nebo specializovaná zařízení sociálních služeb včetně těch pro lidi se stařeckou dezorientací. Ovšem tam, kde je péče poskytována lidem, o nichž toho není dost známo, nelze příliš

vycházet z individuálního plánování, ale jde o to zajistit, aby se obecně péče prováděla způsobem minimalizujícím konfliktní situace, se zaměřením na léčbu a na specifika péče v situacích nějakého nebezpečí. Represivní prostředí s režimovým omezováním, jako je zamykání a nedostatečný přístup na vzduch, může mít negativní vliv na to, jak se lidé chovají, a tedy i na poskytování péče a dosažení úzdravy. Režimové omezování musí být vyhrazeno jen pro případy nutnosti, musí být podřízeno pravidlům a musí být pacientům a jejich rodinám vysvětleno a zdůvodněno.

### Programy redukce omezujících opatření

Směrnice stanoví, že **program redukce omezujících opatření musí mít každá služba, kde může dojít na jejich použití**. Jde o požadavek zaměřený především na vedení organizací, aby se i z úrovně vedení přispívalo k naplňování jednoho z cílů směrnice, totiž významného snížení míry používání restrikcí. Celá organizace se má zavázat změnit přístupy při zvládání agrese či násilí. Směrnice vychází z toho, že jako nezbytné se ukázaly být následující prvky: podpora z nejvyšší úrovně vedení; důsledná práce na strategii poskytování služby a vnitřních pravidlech; zapojení uživatelů služeb, jejich příbuzných a zástupců; účinné vedení pracovníků; školení a výcvik; monitoring používání omezovacích prostředků; účinný přezkum pracovních postupů a hlášení; vhodné používání medikace. Směrnice k tomu uvádí další detaily.

### Následný rozbor událostí

Směrnice stanoví, že poskytovatelé musí zajistit, aby se ze situací, kdy muselo dojít k použití omezovacího prostředku, získalo poučení. Smysl následného rozboru je vícero. Jde o to zjistit dopad použití prostředku na zúčastněné, řešit případné trauma, hledat možné příčiny události, zhodnotit, zda byly zvažovány alternativy restrikcí, zhodnotit pravděpodobnost opakování události, případně vyvodit poučení pro způsob poskytování služby a zajistit prevenci stejné situace v budoucnu. V neposlední řadě může následný rozbor pomoci uklidnit situaci a zkompletovat povinnou dokumentaci, může zahrnovat informování oprávněných subjektů a také obstarání další odborné pomoci zúčastněným.

### Zvládání nečekaného poruchového chování

I pro případy neočekávaného nebezpečného chování formuluje směrnice určité nároky. Personál zařízení pro lidi trpící duševní poruchou musí být proškolen k použití omezovacích prostředků. Pravidla stanovená v zařízení musí být jasná včetně například toho, kdy má být přivolána policie. Musí být zajištěna péče o životní funkce člověka (sledování dýchání, tepu). Směrnice předznamenává, že použití omezovacích prostředků v komunitních službách a ve zdravotnických zařízeních pro pacienty bez duševní poruchy bude v souladu s právními předpisy jen velmi zřídka – v situacích ohrožení života.

### Použití omezovacího prostředku způsobem, který je bezpečný a etický

Jako předpoklad takového použití směrnice stanoví naplnění následujících principů: Účelem omezení nikdy nesmí být trest nebo způsobení bolesti, utrpení a ponížení. Ohrožení (pacienta, personálu, ostatních) pro případ, že by se nezasáhlo, musí být reálné. Druh zvoleného omezovacího prostředku musí být přiměřený ohrožení a závažnosti újmy. Jakýkoli zásah učiněný k omezení volnosti pohybu člověka musí být co nejméně omezující, aby přitom ještě splnil daný účel. Omezení musí trvat jen po nezbytně nutnou dobu. Druh zásahu, účel a okolnosti musí být předmětem transparentního přezkumu a monitoringu. Omezovací prostředek musí být až krajním řešením. Zapojení uživatelů služeb, jejich pečujících a zástupců do přezkumu plánů omezujících opatření je nezbytné.

Tyto principy směrnice doplňuje konkrétními požadavky, které především dopadají na vedení organizací. Stále je nutné sledovat právní úpravu a přizpůsobovat jí vnitřní úpravu v zařízení. Každý omezovací prostředek s sebou nese určitá rizika, což musí být také tématem školení personálu. Směrnice také přímo stanoví, že **používání restrikcí nesmí být obestřeno nějakou mlhou mlčení**. Politika poskytovatele musí být jasná a otevřená. Kdykoli je to jen možné, mají být uživatelé služeb vtaženi do plánování své péče včetně té, která se týká zvládnání krizí, stejně jako do následného rozboru událostí. Má být jasně stanovena dokumentační povinnost a také evidence. Výběr omezovacího prostředku v dané chvíli má záviset jednak na známých preferencích uživatele, jednak má jít o nejméně omezující variantu a také bezpečnou s ohledem na jeho somatický stav; tam, kde už dříve vznikl plán zvládnání rizikového chování, má být druh omezení předem určen.

Dokument konečně obsahuje konkrétní zásady a zákazy ve vztahu k fyzickému, mechanickému a chemickému omezení a k izolaci a obsahuje i jejich definice.

### Dobré řízení

Směrnice od poskytovatelů služeb očekává mimo jiné vstřícný postoj ke kontrolám. Zvláštní pozornost je věnována také ochraně zaměstnanců – používání omezovacích prostředků a zvládnání agresivity uživatelů služby musí být zahrnuto do bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, ve smyslu zpracovávání plánu zvládnání rizika újmy personálu, školení a vedení.

### Dokumentace a evidence

Ve srovnání s českými poměry je poněkud radikální a náročný požadavek směrnice, aby poskytovatelé služeb publikovali a dostatečně zpřístupnili ročně aktualizovanou zprávu o tom, jak se vyvíjí plány podpory chování a plány redukce omezujících opatření a vzdělávání personálu. Ve zprávě má být pojednáno také o způsobech omezování a jeho četnosti, důvodech a souvisejících zraněních.

Sledování četnosti použití omezujících opatření je ve směrnici základním požadavkem. Specifikuje parametry záznamu o použití omezovacího prostředku – mimo jiné má být ze záznamu zřejmé, proč nemohl být použit méně omezující postup. Za dobrou praxi se považuje, když je dokumentace vedena v podobě srozumitelné i pro uživatele služby nebo osoby, které mohou být pověřeny k nahlédnutí.

### Odpovědnost úřadů, zřizovatelů a pojišťoven

Ten, kdo zajišťuje financování nějaké služby zaměřené na osoby, které mají problémové chování, si musí být jist, že služba pracuje s plány podpory chování a má program redukce omezujících opatření. Tento požadavek zahrnuje i to, že pracovníci poskytovatele služeb mají přístup k potřebnému vzdělání a výcviku. Úřady nesmí umístit člověka do zařízení, kde není dobrý a pravidelně revidovaný program redukce omezujících opatření. Poté, co je nějaká konkrétní služba zvolena, musí kontrolní orgán sledovat, jak člověk ve službě prospívá – jestli služba vychází z jeho potřeb – a musí také sledovat podmínky používání omezujících opatření z hlediska bezpečí.

## 4. Koncepce směrnice a její místo v systému péče

Dokument byl ministerstvem zdravotnictví připraven jako vodítko a podpora pro poskytovatele služeb, když vytvářejí své strategie a pravidla, tak aby vedly k poskytování péče a podpory způsobem, který lépe vyhoví potřebám klientů a zvýší jejich kvalitu života. Tím se má dosáhnout i snížení potřeby používání restrikcí a uspíšení úzdravy.

**Tohoto obecného cíle má být dosaženo podporou přístupu založeného na poskytování péče v terapeutickém prostředí, kde omezení je až nástrojem poslední volby, úpravami řízení a nastavením programů redukce omezujících opatření, rozšiřováním dobré praxe a zajištěním toho, že způsob používání restrikcí bude transparentní, etický a v souladu s právními požadavky.**

Směrnice obsahuje informace a návody pro všechny registrované poskytovatele zdravotní a sociální péče dospělým – v zařízeních i v neformálním prostředí. Pouze věznice a policejní zařízení mají mít ve Velké Británii vlastní standardy.

Závaznost směrnice bude zprostředkovaná – kontrolní orgány se budou zaměřovat na to, zda použití restrikcí je v souladu s požadavkem na poskytování péče bezpečně a přiměřeně, a přitom budou vycházet právě z této směrnice a dalších odborných standardů. Naplňování směrnice tak bude vynutitelné prostřednictvím inspekce.

### Okolnosti vzniku směrnice

Použití mnohých omezovacích prostředků přináší uživatelům služeb i pečujícím nebezpečí fyzické i psychické újmy. To je nezpochybnitelný fakt. Co však vedlo k tomu, že se ve Velké Británii živě pracuje na tématu, které je – alespoň podle české zkušenosti – pro svou stigmatizaci v odborných kruzích spíše bagatelizováno a v médiích pouze skandalizováno? Britské ministerstvo zdravotnictví na svých internetových stránkách uvádí jako cíl zvýšení kvality života uživatelů služeb a ochranu personálu, zajištění jejich bezpečnosti, důstojnosti a respektu.

Tyto ideály nebyly jako priority britské vládní politiky nastoleny na základě osvícených úvah, nýbrž hořké zkušenosti se zásahy do základních práv člověka. Směrnice je součástí dvouletého programu *Positive and Safe* spuštěného rovněž v dubnu 2014, který spolu s dalšími kroky představuje reakci na nechvalně proslulý případ týrání v soukromém pečovatelském zařízení Winterbourne View z roku 2011. Skrytá kamera tehdy přinesla důkazy o špatném zacházení, spočívajícím mj. v používání omezujících opatření nikoli jako nástroje poslední volby a jejich používání za účelem způsobení bolesti, ponížení a potrestání.

Případ týrání ve Winterbourne View přinesl Británii debatu o tom, že je zapotřebí radikální proměna kultury, vedení služeb a pracovních postupů poskytování péče, aby byla bezpečná a skutečně terapeutická. Lze pouze spekulovat, zda nešlo až o důsledek mediální bouře, kterou přizivila zjištění o tom, že odpovědné úřady už dříve obdržely na adresu daného zařízení různá varování a udání, ale nereagovaly, a tak špatné zacházení nerušeně pokračovalo, dokud věc nebyla zveřejněna sdělovacími prostředky. Nicméně následně státní orgány vynaložily značné úsilí na věrohodné vyšetření případu a přijetí vhodných opatření.<sup>5</sup> Případ vyvolal systémovou odezvu spočívající v přehodnocení směrnic pro používání omezujících opatření.

Rozsáhlá inspekční činnost, která po aféře Winterbourne View následovala, přinesla zjištění o tom, že poskytovatelé služeb pro osoby s postižením jsou velmi často nejistí stran používání omezujících

---

<sup>5</sup> Tři další zařízení byla zavřena, 11 osob bylo trestně stíháno a odsouzeno za týrání a zanedbání. Pro bližší informace srov. vládní zprávu zpracovanou pro vyhodnocení případu ve Winterbourne View a nastavení systémové odezvy. *Department of Health. Transforming care: A national response to Winterbourne View Hospital: Department of Health Review Final Report* [online]. London: Department of Health, 2012. [cit. 7. 1. 2015]. Dostupné z: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213215/final-report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213215/final-report.pdf).



opatření a někteří na restrikce spoléhají více než na prevenci. Dále byla zmapována praxe používání restrikcí v zařízeních pro krizovou psychiatrickou péči. Na základě těchto analýz dostalo ministerstvo zdravotnictví úkol připravit směrnice pro používání příznivých a proaktivních přístupů s cílem zvýšit kulturu poskytování zdravotní a sociální péče, kde omezovací prostředek bude až nástrojem poslední volby a jen pro nezbytně nutnou dobu.

### Oficiální postoj státu

Ministerstvo tato východiska přijalo a vedle obsahu doporučených postupů podává směrnice jeho postoj velmi zřetelně: omezení byla používána příliš mnoho a příliš dlouho a to je třeba změnit. Směrnice tlumočí i postoj odborné veřejnosti: žádá si vydání nových pravidel; ačkoli mohou nastat situace, kdy omezení je nezbytné pro ochranu personálu, jiných osob i uživatele služby samotného, argumenty pro změnu současného přístupu převážily.

## 5. Formální a jazyková stránka směrnice

Dokument je připraven jako pracovní pomůcka, která může být čtená jako celek, nebo použita jen v jednotlivých částech. Svým rozsahem přesahuje doporučené postupy či směrnice, na jaké jsme zvyklí z českého prostředí. Není to dáno ani tak opakováním některých klíčových sdělení v různých částech obsahu jako spíše podrobným rozpracováním cílů a základních zásad, které mají dát legitimitu a ukotvení konkrétním požadavkům na postup poskytovatelů služeb a pečujících. To lze hodnotit kladně, neboť zvláště tehdy, když předložené nároky jsou nějak nové a vyžadují změnu myšlení a způsobu práce, bude bez pochopení smyslu takové zvýšené úsilí stěžejí vynaloženo. Široké pojetí tématu dává dokumentu také základní funkci edukační. Každý, kdo se odhodlá na jeho podkladě revidovat své vlastní postupy, může testovat jejich souladnost se základními zásadami přístupu *positive and proactive care* a zároveň na nich postavit vzdělávací programy pro personál.

Na druhou stranu je otázkou, zda pouhé tvrzení, že současný stav ve Velké Británii charakterizuje přílišné spoléhání na restrikce a že to znamená příliš vysokou zátěž a nebezpečí pro personál a uživatele služby a překážku úzdravy, bude samo o sobě dostatečně přesvědčivé a motivující ke změně. Zde lze vyjít i z českých zkušeností, kdy sebenaléhavější výroky například veřejného ochránce práv či některých nevládních organizací vzbuzují u některých poskytovatelů služeb a úředníků spíše emoce namísto konstruktivního přístupu ve formě racionální reflexe a zhodnocení kritizovaného stavu. Dokument nicméně obsahuje dostatečné množství odkazů na navazující strategické materiály i odborné zdroje a analýzy, takže kdo chce jít do hloubky a do zdrojů, má cestu naznačenou.

Jazyk textu je poněkud abstraktní, dalo by se říci velmi korektní, a opakování některých obrátů působí až jako mantra. Pokud byla zvolena forma relativně rozsáhlého dokumentu, mohlo být věnováno určité úsilí a prostor také jeho oživení příklady, aby to, co se týká navýsost praktických aspektů poskytování zdravotní a sociální služby, nepůsobilo jako řečnické cvičení. Nejedná se však o nepřekonatelný problém, uvážíme-li, že předkladatel směrnice zároveň poskytuje jeho alternativu ve formě „EasyRead“ textu sestaveného z velmi jednoduchých sdělení a obrázků,<sup>6</sup> který byl koncipován ve snaze sdělit obsah směrnice i lidem, jimž činí potíže porozumět běžným textům.

---

<sup>6</sup> Department of Health. *How health and care services should support people whose behaviour is very difficult* [online]. London: Social Care, Local Government and Care Partnership Directorate, 2014, 42 s. [cit. 7. 1. 2015]. Dostupné z: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/300296/ISL238\\_13\\_Restraint\\_Guidance\\_Web\\_Acc.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300296/ISL238_13_Restraint_Guidance_Web_Acc.pdf).

## 6. Význam a aplikační přínos směrnice pro české zdravotnictví

### Inspirace pro vládu

Náměstek ministra Norman Lamb, který směrnicí opatřil úvodním slovem, uvádí, že cílem programu *Positive and Safe* je proměna systému tak, aby Velká Británie získala moderní, milosrdnou a léčící péči odpovídající potřebám 21. století. Přitom pojednává o tak kontroverzním tématu, jakým jsou restrikce. **Stalo se prioritou britské vlády změnit podmínky tak, aby bylo ve výsledku ukončeno používání omezujících opatření** s tím, že cestou k němu bude důraz na zajištění terapeutického prostředí poskytování péče a akceptace zásady, že restrikce má v péči místo jen v případech bezprostředního nebezpečí újmy uživatele služby, personálu nebo dalších osob. Srovnání s českou realitou je, bohužel, velmi prosté: O něčem takovém se nyní možná vzrušeně diskutuje mezi aktivisty a právníky z oblasti ochrany lidských práv, ale poskytovatelé služeb si o jasném zadání a podpoře zatím mohou nechat pouze zdát.

To však bylo zjednodušující tvrzení. I v českém prostředí lze zaznamenat aktivity odborníků zaměřené na prosazování takového způsobu poskytování péče, který minimalizuje potřebu použití restrikcí. Mám na mysli revidovanou *Strategii České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, Podpora péče lidem postiženým syndromem demence*.<sup>7</sup> Souvislost mezi kvalitou péče a používáním omezovacích prostředků je zmíněna také například v souvislosti s dlouhodobou péčí.<sup>8</sup>

Zdánlivě lze poměry v České republice popsat tak, že použití omezovacího prostředku je výjimečné. Zákon o zdravotních službách stanoví [§ 39 odst. 2 písm. a)] jako podmínku pro oprávněné použití omezovacího prostředku, že je jeho účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob. **Hlubší vhled do českých realit a rovněž ochota nechat zaznít kritiku však vedou ke konstatování, že zajištění terapeutického prostředí, které nevynucuje samo o sobě používání restrikcí, je privilegiem jen nemnoha pracovišť.**

O tom, že by Ministerstvo zdravotnictví, potažmo vláda, vzaly téma používání omezovacích prostředků na vědomí, natož aby z jejich humanizace a redukce učinily prioritu, bohužel nemůže být řeč. Až na mimořádné případy, k nimž připoutala pozornost mediální skandalizace, nezaujímají omezující opatření prostor ve vyjádřeních Ministerstva zdravotnictví, takže seznat oficiální postoj je prakticky nemožné. Na vládní úrovni lze odkázat na vyjádření České republiky pro Výbor OSN proti mučení<sup>9</sup> z června 2013, kde se uvádí, že případy úmrtí pacientů v síťovém lůžku byly prošetřeny, ale nevyvozuje se z nich potřeba obecných opatření nad rámec „komplexní systémové reformy a

<sup>7</sup> Česká alzheimerovská společnost. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Revidovaná verze 2013 [cit. 28. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>.

<sup>8</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit. 28. 3. 2015]. Dostupné z: [http://www.cello-ilk.cz/wp-content/uploads/2012/03/Diskusn%C3%AD\\_materi%C3%A1l\\_k\\_v%C3%BDchodisk%C5%AFm\\_dlouhodob%C3%A9\\_p%C3%A9%C4%8De.pdf](http://www.cello-ilk.cz/wp-content/uploads/2012/03/Diskusn%C3%AD_materi%C3%A1l_k_v%C3%BDchodisk%C5%AFm_dlouhodob%C3%A9_p%C3%A9%C4%8De.pdf).

<sup>9</sup> Vláda České republiky. Vyjádření České republiky k některým závěrečným doporučením Výboru OSN proti mučení přijatým na základě projednání Čtvrté a páté periodické zprávy České republiky o plnění Úmluvy proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání [online]. Praha: Vláda ČR, 20. 6. 2013 [cit. 7. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/umluva-proti-muceni-a-jinemu-krutemu--nelidskemu-ci-ponizujicimu-zachazeni-nebo-trestani-17700/>



modernizace“ psychiatrické péče. O používání omezovacích prostředků neexistují oficiální statistiky, neboť evidence jejich používání zůstala pouze doporučena metodickým opatřením a nikdy nebyla předmětem zájmu ministerstva či krajských úřadů jakožto kontrolních orgánů. Nedávný výzkum veřejné ochránčyně práv<sup>10</sup> ukazuje, že používání omezovacích prostředků není ani předmětem kontrol krajských úřadů, a jak známo, ohlašovací povinnost „dodatečného omezení pacienta, který byl hospitalizován na základě souhlasu, ve volném pohybu“ ve vztahu k soudu [dle § 40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách] nevede k přezkumu nezbytnosti a přiměřenosti tohoto opatření.

Při úvaze o vládní odezvě na téma omezovacích prostředků lze zmínit pouze současnou legislativní aktivitu, kterou představuje návrh na **doplnění zákona o zdravotních službách o zásadu subsidiarity**, tedy o pravidlo, že omezovací prostředky lze použít „poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu podle písmene a), přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití“.<sup>11</sup> Jedná se o krok jaksí z donucení, když v důsledku zjištění veřejného ochránce práv o porušování zásady subsidiarity<sup>12</sup> a také odsuzujícího rozsudku Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice<sup>13</sup> je neudržitelné ignorovat potřebu přenést požadavek obsažený dosud v metodickém pokynu do zákona. (Zákon je závazný pro všechny poskytovatele zdravotních služeb, nejen pro ty, na které dopadá stávající metodické opatření.) Neochotu ministerstva vyjadřuje to, že dosud neprošly jakékoli další návrhy ochránčyně motivované stejným záměrem, totiž skrze posílení prevence a kontroly a dosáhnout subsidiarity použitím restrikcí skutečně i v praxi. Šlo o návrh veřejné ochránčyně práv zakotvit rovněž povinnost poskytovatele vést evidenci použití omezovacích prostředků a vyhodnocovat ji a také postupně diskutovat a zavádět širší politiku poskytování zdravotních služeb bez restrikcí.

Je velmi důležité, že i po skandálech a trestním stíhání přišla ve Velké Británii odezva na systémové úrovni a dále že **v dokumentu je zdůrazňováno, že naprosto nejde o obviňování personálu služeb**. Směrnice ve své úvodní části v tomto ohledu uvádí, že vedle ojedinělých případů jasného zneužití, které se nesmí připustit, je jasné, že mnoho pracovníků dělá, k čemu byli vyškoleni, a usilovně pracují v náročných podmínkách a často s minimem podpory. Předkladatel směrnice k tomu dodává, že je třeba vybavit tyto pracovníky dovednostmi dělat věci jinak. Rovněž tento přístup zůstává dosud pro české prostředí neobjeven. Základním algoritmem u nás je, že použití omezovacího prostředku je maximálně předmětem izolovaného přezkumu a odpovědnost dopadá na hlavu jednotlivých pracovníků, ať už na pozici lékaře, či sestry. Takový přístup nemůže vést k systémovému posunu ani

---

<sup>10</sup> Veřejný ochránce práv. Kontrola zacházení v psychiatrických zařízeních a používání omezovacích prostředků, ze dne 24. března 2015, sp. zn.: 22/2014/NZ/MLU, dostupná: <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.

<sup>11</sup> Znění návrhu nového ustanovení § 39 odst. 2 písm. c) po akceptaci připomínky Ministerstva spravedlnosti. Ministerstvo zdravotnictví. Návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky tabáku, alkoholu a jiných návykových látek, integrované protidrogové politice a o změně souvisejících zákonů (zákon o ochraně zdraví před návykovými látkami), č. j. předkladatele: 56231/2014. Knihovna připravované legislativy ODok [online]. Praha: 2014 [cit. 7. 1. 2015]. Dostupné z:

<https://racek.odok.cz/odok/eklep3.nsf/%24%24OpenDominoDocument.xsp?documentId=40658E&action=openDocument>.

<sup>12</sup> Veřejný ochránce práv. Zpráva ze systematických návštěv protialkoholních záchytných stanic [online]. Zpráva ze systematických návštěv dětských psychiatrických nemocnic [online]. Zpráva z následných návštěv psychiatrických léčeben [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2014, 2013 a 2010 [cit. 7. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zdravotnicka-zarizeni/>.

<sup>13</sup> Případ špatného zacházení na záchytné stanici v souvislosti s použitím omezovacích prostředků. Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice ze dne 18. 10. 2012 č. 37679/08.

ke zjištění, zda ho je, či není zapotřebí. Ba co hůře, tato fiktivní přičitatelnost jednotlivých zákroků pouze jednotlivým pracovníkům, bez možnosti zohlednění podmínek poskytování péče, působí na zdravotníky demoralizačně a snižuje odvalu a chuť popisovat stav věcí otevřeně a něco změnit. Směrnice naopak vtahuje všechny aktéry poskytování služeb do úsilí o oprávněné používání omezovacích prostředků a jeho redukci. Každý pracovník, podle své pozice a odpovědnosti, má svůj úkol. Týká se to nejvyššího vedení i posledního pečovatele, inspektora, školitele i výzkumníka.

### Inspirace pro poskytovatele

Mnohé z myšlenek směrnice, jak leží na papíře, se mohou jevit jako samozřejmé. Například rozbor **celkového zaměření služby jako východiska pro přístup k omezujícím opatřením**. Podle názoru autora je však situace spíše jiná. Lze vyjádřit obavu, že mnoho tuzemských poskytovatelů služeb by nebylo schopno tento vztah vystihnout, neboť se jím nikdy nezabývali.

Rozebíraná směrnice jasně předpokládá, že **existují dvě situace použití omezujícího opatření**. Zprv si je v podobě omezovacího prostředku vyžadují situace ohrožení personálu a pacientů a za druhé mohou nastat jako součást předem dohodnutého plánu péče. Jde o rozlišení v praxi českých poskytovatelů zdravotních služeb neznámé (a v prostředí sociálních služeb jen pozvolna se prosazující). Na tomto místě se musíme omezit jen na prosté konstatování, že takové rozlišování vede k maximálnímu ohledu na uživatele služby, když v klidu dohodnuté postupy zvládnání krizových situací budou vždy mnohem šetrnější k jeho preferencím a i specifikám a bezpečnější pro personál.

K provedení přístupu postaveného na aktivní podpoře žádoucího chování uživatele služby je nicméně třeba přistoupit s rozumem. Když směrnice předpokládá vypracování *individuálních plánů podpory chování*, český poskytovatel služeb se možná chytá za hlavu, že se na něj chystá další papírování. Plán ve skutečnosti může být stručný a relativně neformální, nakolik je jen personál schopný sdílet v týmu informace. Klíčové je totiž právě to, že každý pečující „bude vědět“ a že v plánu nebudou obsaženy nefunkční postupy zaznamenané jen pro formu. A tak spíše než formální stránka věci může být v praxi oříškem zohlednění multidisciplinárního hodnocení uživatele – tedy propojení hodnocení zdravotního a sociálního, hodnocení profesionálů s informacemi od příbuzných a pečujících.

V bodě *Použití omezovacího prostředku způsobem, který je bezpečný a etický*, směrnice nepřináší příliš novinek, ale zajímavé je právě to, že toto téma tvoří právě jen jednu podkapitolku celého dokumentu. V jejím rámci může být užitečné českého čtenáře upozornit na **definice fyzického, mechanického a chemického omezení a izolace**. Ačkoli zákon o zdravotních službách nyní obsahuje výčet prostředků, které lze použít k omezení volného pohybu pacienta, na základě zkušenosti z provádění systematických návštěv veřejného ochránce práv lze konstatovat, že použití některých z nich přesto není v praxi za omezovací prostředek považováno, a tedy ani nemá stanovený právní režim. V některých psychiatrických nemocnicích nedojde podle vyjádření vedení za celý rok k jedinému použití omezovacího prostředku ve formě psychofarmak. To je přece jasná fikce a důkaz buď nepochopení zákona, anebo jeho špatné aplikovatelnosti. Definice chemického omezení ve směrnici nenechává čtenáře na pochybách o tom, v jaké situaci považuje podání léků za omezovací prostředek.

S určitým zjednodušením lze říci, že v České republice chybí v oblasti zdravotních služeb prakticky všechny zásady, které směrnice vyjmenovává jako hlavní. Od poskytovatelů zdravotních služeb se neočekává, že budou pracovat na snižování potřeby využívat omezovací opatření. Ani tam, kde jsou hospitalizováni lidé s předvídatelným problémovým chováním, se nepoužívají plány podpory chování,

které by propracovaly preventivní a proaktivní přístupy k pacientovi. Pro vedení zařízení dosud není pravidlem, že by vnímalo svou odpovědnost a nic neskrývalo a restrikce učinilo tématem vnitřní kontroly. Zcela nové jsou rovněž nároky směrnice na zřizovatele zdravotních služeb a úřady.

## 7. Závěr

Tuto recenzi a úvahu lze zakončit návratem k britskému případu týrání ve Winterbourne View. Přes veškerou následnou horlivost odpovědných úřadů, jejímž plodem je i rozebíraná směrnice, na odpovědných úřadech včetně policie ulpěl stín toho, že týrání dopustily a nevyšetřily řádně varovné zprávy, které obdržely. Hovořilo se o systémovém selhání záruk ochrany pacientů. Britské nevládní organizace na podporu lidí s postižením zdůrazňují, že podobné špatné zacházení může nastat kdekoli jinde, a žádají zavření všech velkých ústavů vzdálených od rodin klientů.

Pro stávající poskytovatele služeb vydalo britské ministerstvo zdravotnictví jako vodítko a podporu směrnici obsahující strategické nasměrování i konkrétní pravidla. Adresáty dokumentu jsou však i organizátoři a pracovníci zdravotních a sociálních služeb, profesní organizace, inspekce, úřady, policie, advokáti, svépomocné skupiny, výzkumníci a uživatelé péče a jejich blízcí.

Lze říci, že směrnice dosedá na realitu poskytování služeb. Její požadavky, ačkoli mnohé, dávají smysl a naději, že trpělivé úsilí může přinést sledovaný cíl, kterým je bezpečí a důstojnost pečujících i klientů. V českém prostředí obdoba takového dokumentu dosud chybí, a tak jej lze doporučit jako inspiraci jak poskytovatelům zdravotních služeb, tak i orgánům odpovědným za jejich podobu.