
PŮVODNÍ PRÁCE

Použití omezovacích opatření v psychiatrii – výsledky mezinárodního projektu EUNOMIA, základní charakteristika konečného souboru v ČR

Kališová L.¹, Raboch J.¹, Číhal L.¹, Novotná I.², Kitzlerová E.¹
a skupina EUNOMIA^{1, 2}

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.¹
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha,
ředitel MUDr. I. David, CSc.²

SOUHRN

Mezinárodní projekt EUNOMIA zabývající se tematikou používání omezovacích opatření v psychiatrii probíhal v letech 2002 – 2006. V první části prezentace výsledků získaných v České republice předkládáme popis projektu a pozornost je věnována také základním klinickým a sociodemografickým charakteristikám souboru.

Klíčová slova: omezovací opatření, sociodemografické charakteristiky, klinické charakteristiky.

SUMMARY

Kališová L., Raboch J., Číhal L., Novotná I., Kitzlerová E. a skupina EUNOMIA: The Use of Coercion in Psychiatry - Results of the International Project EUNOMIA, basic Characteristics of the Final Cohort in the Czech Republic

EUNOMIA international project (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice) focusing on the use of coercive measures in psychiatry proceeded from 2002 till 2006. In the first part of the results presentation put forward general description of the project and main clinical and socio-demographic characteristics of the national set of patients.

Key words: coercive measures, sociodemographic characteristics, clinical characteristics.

Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 1, pp. 4–8.

ÚVOD

V červnu 2006 skončil mezinárodní projekt EUNOMIA (*European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice*), podporovaný grantem Evropské unie, kterého se zúčastnila také Česká republika. Uvedená multicentrická studie se soustředila na problematiku omezovacích opatření v psychiatrii; konkrétně na přijetí pacienta s akutní duševní poruchou na psychiatrii bez jeho souhlasu (nedobrovolný vstup a hospitalizace), používání omezení v pohybu (mechanické omezení pomocí kurtů), na podávání medikace bez souhlasu, eventuálně proti vůli pacienta, a používání terapeutické izolace. Šlo o dosud nejrozsáhlejší provedenou studii týkající se dané problematiky [8, 9].

Projekt sledoval praxi v jednotlivých zemích prostřednictvím souboru dotazníků podávaných nemocným a příbuzným a také vytvořením návazných analýz (právní analýza, hodnocení praxe osob účastnících se užívání omezovacích opatření). Bylo snahou zjistit, zda a jaké jsou mezinárodní rozdíly. Podrobný popis projektu byl publikován v roce 2004 [8].

Z celkové doby trvání projektu (45 měsíců), probíhal 24 měsíců nábor pacientů. Byla sledována skupina nedobrovolně přijatých (N) a skupina dobrovolně přijatých osob, které vnímaly určité omezení při přijetí (D). Zařazeni byli nemocní splňující vstupní kritéria, resp. nepodléhající vylučovacím kritériím (tab. 2), kteří souhlasili s účastí ve studii. Dotazkový soubor obsahoval dotazníky hodnotící psychopatologii, vnímání omezení a nátlaku, spokojenost

s léčbou, spokojenost se životem aj. (8). U všech zařazených osob jsme také velmi podrobně monitorovali četnost používání omezovacích prostředků.

Není možné uvést všechny výsledky projektu v rámci jednoho nebo dvou článků, proto jsme se rozhodli rozdělit je do několika kapitol. Mezinárodní výsledky bude, bohužel, možné uvést až po jejich mezinárodní prezentaci. V prvním oddíle předkládáme základní popisné charakteristiky projektu a souboru, včetně charakteristik klinických a sociodemografických. Vycházíme pouze z výsledků získaných v naší zemi.

** Používání označení omezovací prostředky a omezovací opatření je někdy nejednoznačné. Na základě mnoha diskusí jsme dospěli k názoru, že v termínu omezovací opatření je cosi nadřazeného omezovacím prostředkům, a tudíž tam patří hlavně přijetí nemocného do zařízení bez jeho souhlasu a omezovací prostředky zahrnují hlavně používání kurtů, izolace a medikace bez souhlasu pacienta.*

1. CHARAKTERISTIKA PROJEKTU

Projektu se zúčastnilo 12 evropských zemí (obr. 1). V každé zemi byla vytvořena skupina nedobrovolně přijatých pacientů na podkladě kritérií národní legislativy a případně také na základě naplnění definice dané projektem pro tuto skupinu [8]. Pokud vhodní pacienti splňovali vstupní kritéria a písemně souhlasili /do 7 dnů od přijetí/ s účastí, pak byli zařazeni do studie.



Obr. 1. Centra zapojená do projektu EUNOMIA.

Další, menší skupinu, tvořili dobrovolně přijatí pacienti, u kterých bylo zjištěno subjektivně vnímané omezení při přijetí. Důvodem k zařazení této skupiny byla možnost alespoň obecného srovnání /přestože je tato skupina značně početně menší a se statisticky významným srovnáním počítat nelze/. Pro získání informací o vnímání omezení a nátlaku při přijetí jsme používali Mc Arturovu škálu /McArthur Perceived Coercion Scale/, která sleduje hlavní dimenze, jež se zdají být synonymem ztráty auto-

mie v době přijetí [6]. Jde o omezení osobní svobody, ztrátu volby, kontroly a možnosti ovlivnění situace. Pacienti mohli odpovídat na jednotlivé otázky „ano“, „ne“ nebo „nevím“. Pokud zaznamenali pocity omezení ve třech položkách škály kladnou odpovědí, byli zařazeni do studie (tab. 1).

Tab. 1. Mc Arturova škála vnímání omezení při přijetí.

Svoboda	Otázka 1.	Cítil jste se při odchodu do nemocnice svobodný? Mohl jste si dělat, co jste chtěl?
Volba	Otázka 2.	Byla to Vaše volba jít do nemocnice?
Návrh	Otázka 3.	Jít do nemocnice byl Váš návrh?
Kontrola	Otázka 4.	Měl jste svůj odchod do nemocnice pod kontrolou?
Vliv	Otázka 5.	Ovlivňoval jste svůj odchod do nemocnice více než kdokoliv jiný?

2. CHARAKTERISTIKA SOUBORU V ČR

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze spolupracovala při sběru dat s odděleními akutního příjmu Psychiatrické léčebny v Bohnicích. Zmíněná dvě zařízení pokrývají obrovskou spádovou oblast (více než milion osob) a z tohoto důvodu byli monitorováni pouze nemocní ze spádové oblasti Prahy 1, 2, 3, 8 a 10. Celkově bylo přijato na sledovaná oddělení v období 1. 9. 2003 – 31. 8. 2005 1956 osob nedobrovolně a 4541 dobrovolně. Na podkladě vylučovacích kritérií daných projektem bylo vyloučeno 1615 nedobrovolně přijatých a 2961 dobrovolně přijatých. Osoby přijaté na oddělení, která nepodléhala screeningu pomocí Mc Arturovy škály (918) a nemocní, kteří nesplňovali limity pro vnímání omezení na základě sledování touto škálou (549), byli také vyloučeni. Účast ve studii odmítlo 139 nedobrovolně přijatých osob a 54 dobrovolně přijatých osob (tab. 2).

2.1 Obecná charakteristika souboru

Konečný detailně sledovaný soubor pacientů čítal 261 osob, z toho 202 ve skupině „N“ nedobrovolně přijatých a 59 ve skupině „D“ dobrovolně přijatých. Ve skupině N lehce převažovaly ženy, ve skupině D muži. Věkový průměr se ve sledovaných skupinách statisticky nelišil. U vysokého procenta pacientů (74 %) se jednalo o opakovanou hospitalizaci. Významně se mezi skupinami lišila délka hospitalizace, zatímco ve skupině N šlo průměrně o 46,2 dny, ve skupině D byla průměrná délka hospitalizace podstatně kratší (27,6 dne) (tab. 3).

2.2 Klinické charakteristiky souboru

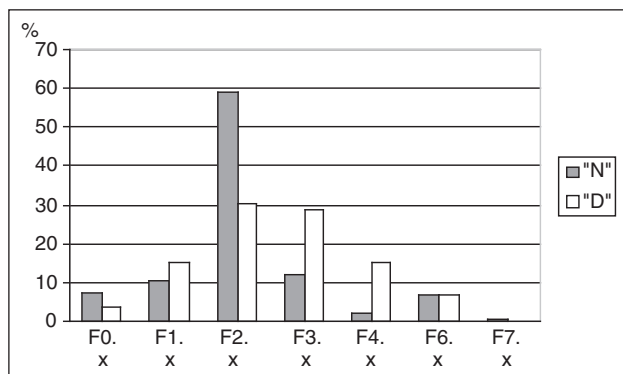
Diagnosticky se nejčastěji v obou skupinách vyskytovali pacienti s diagnózou z okruhu F 2x.x (psychotická onemocnění, schizoafektivní onemocnění), dále z okruhu F 3x.x (poruchy nálady, častěji ve smys-

Tab. 2. Důvody pro vyloučení, eventuálně zařazení do projektu.

	Celkový počet při přijetí	Skupina „N“ 1956	Skupina „D“ 4541
Důvod pro vyloučení	Mladší 18 let	57	79
	Starší 65 let	118	146
	Již zařazení do projektu	44	140
	Mimo spádovou oblast	1053	2155
	Demence /event. PPP/	14	32
	Jiný důvod /nemluví ČJ, překlad/	89	206
=	Vhodní pro účast ve studii	581	1783
Důvod pro vyloučení	Propuštění před zařazením	80	149
	Klin. stav znemožňuje dotazování	160	54
	Nebyli ze screenovaných odd.		918
=	McArthur < 3 odpovědi ano		549
Důvod neúčasti	Požádání o účast ve studii	341	113
	Odmítli	139	54
=	Zařazení do studie	202	59

Tab. 3. Obecná charakteristika projektu.

	Celkem	Skupina „N“	Skupina „D“
Počet	261	202	59
% žen	49,4	53,5	35,6
Věk (roky)	39,8 ± 13,1	40,3 ± 13,3	38,0 ± 12,3
Hospitalizace-délka (dny)	42,1	46,2	27,6
Hospitalizace opakovaná (%)	74	74	73,6



Graf 1. Diagnostický profil sledovaných skupin nedobrovolně přijatých a dobrovolně přijatých osob zařazených do projektu EUNOMIA (procenta).

lu mánie) a F 1x.x (poruchy spojené se závislostmi) (graf 1).

Psychopatologie byla v souboru sledována pomocí 24položkové BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale). Skupina nedobrovolně přijatých vykazovala při přijetí vyšší celkový skóre dle tohoto dotazníku ($49,01 \pm 13,26$) ve srovnání s druhou sledovanou skupinou ($43,84 \pm 10,64$) [4]. Skupina nedobrovolných dosahovala mnohem vyšší hodnoty v položkách hostilita, elevovaná nálada, velikášství, halucinace, neobvyklý myšlenkový obsah, bizarní chování, roztěkanost a motorická hyperaktivita. Skupina dobrovolně přijatých nemocných měla vyšší průměrné skóre v položkách depresivita, suicidalita a vina.

2.3 Sociodemografické charakteristiky souboru

Sociodemografické sledování na základě dotazní-

Tab. 4. Bydlení.

Skupiny	N (%)	D (%)	Celkem
Vlastní byt, dům	39,1	30,5	37,2
Pronajatý byt, dům	22,2	35,6	25,3
U rodičů, přátel	32,2	28,8	31,4
Veřejná instituce	4,5	1,7	3,8
Bezdomovec	0,5	1,7	0,8
Jiné	1,5	1,7	1,5

ku vytvořeného skupinou EUNOMIA ukázalo, že zhruba 1/3 zařazených osob žila v době přijetí ve vlastním bytě, další 1/3 žila u svých příbuzných, pouze malé procento osob z obou skupin bydlelo v nějaké veřejné instituci /chráněné bydlení apod./ (tab. 4). Převážná většina osob z obou skupin pobírala invalidní důchod nebo byla nezaměstnaná, pouze přibližně 30 % pacientů pracovalo na plný či částečný úvazek (tab. 5).

Tab. 5. Zaměstnání.

	N (%)	D (%)	Celkem
Plný úvazek	25,2	27,1	25,7
Částečný úvazek	3	3,4	3,1
Nezaměstnaný	16,3	28,8	19,2
V domácnosti	1	0	0,8
Student	5,4	5,1	5,4
V důchodu	44,6	32,2	41,2
Jiné	4,5	3,4	4,2

Z hlediska civilního stavu byla polovina pacientů svobodných, mnoho pacientů bylo rozvedených (tab. 6). Tato informace souvisí s dalším údajem, že nadpoloviční většina žila sama, bez partnera a dětí (tab. 7).

Rada pacientů se téměř nestýkala se svým oko-

Tab. 6. Civilní stav.

	N (%)	D (%)	Celkem
Svobodná/ý	49	47,5	48,7
Vdaná/ženatý	28,2	17	25,7
Rozvedená/ý	19,3	27,1	21,1
Ovdovělá/ý	3	6,8	3,8
Není známo	0,5	1,6	0,7

Tab. 7. Rodinná situace.

Žijící	N (%)	D (%)	Celkem
Bez partnera, bez dětí	52,5	57,6	53,6
Bez partnera, s dětmi	5,4	3,4	5
Bez dětí, s partnerem	18,4	15,3	17,6
S partnerem, s dětmi	15,3	18,6	16,1
Bez dětí, s partnerem odděleně	5,4	3,4	5
S dětmi, s partnerem odděleně	2,5	0	1,9
Není známo	0,5	1,7	0,8

Tab. 8. Frekvence sociálních kontaktů.

	N (%)	D (%)	Celkem
1x týdně	46,5	40,7	45,2
2-3x měsíčně	18,3	27,1	20,3
1x měsíčně	17,3	15,3	16,9
Zběžný	11,4	8,5	10,7
Žádný	5	6,8	5,4
Není známo	1,5	1,7	1,5

lím, ale na druhé straně poměrně velká skupina pacientů měla frekvenci sociálních kontaktů poměrně častou (tab. 8).

DISKUSE

Národní výsledky projektu prezentují dosud největší popsany soubor nedobrovolně přijatých osob s akutní duševní poruchou v naší zemi. Snažili jsme se o výběr co nejrepresentativnějšího vzorku populace, a proto byla do sledování kromě Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze zařazena také Psychiatrická léčebna v Praze-Bohnicích. Nelze však výsledky zřejmě generalizovat na celou ČR, protože z monitorování praxe ve všech psychiatrických zdravotnických zařízeních v České republice provedeného psychiatrickou klinikou vyplynulo, že i v rámci naší země se vyskytují v praxi používání omezovacích prostředků velké rozdíly [7].

Ze sociodemografického hlediska je zřejmé, že skupina nedobrovolně přijatých pacientů je skupinou specifickou. V relaci s předchozími mezinárodními výzkumy se ukazuje, že riziko nedobrovolného přijetí je obecně vyšší u mladších pacientů s psychotickým onemocněním, převážně mužského pohlaví, kteří prokazují známky sociálního vyčlenění. Většina studií týkajících se sociodemografických faktorů této sku-

piny však byla provedena na Americkém kontinentě (Sanguinetiho studie sleduje 1755 osob!) nebo v multikulturním Londýně. Tyto výzkumy začleňují hlavně faktory etnicity, což je v naší zemi neaplikovatelné. Nicméně Salize došel k podobným základním sociodemografickým datům taktéž v rozsáhlé epidemiologické studii, která brala v úvahu mnoho evropských zemí [4, 5, 16, 17, 19].

Nejvíce sociodemografických detailů přináší poměrně velká studie Daviesové a spol. z roku 1996, která na souboru 535 osob z Londýna ukazuje, že nedobrovolně přijatí nemocní jsou převážně svobodní nebo rozvedení (20 %), žijící sami a jsou nezaměstnaní [5].

Na druhé straně některé menší studie neprokázaly rozdíly v sociodemografických ani klinických rysech mezi dobrovolně a nedobrovolně přijatými pacienty [11, 14]. Klinické faktory související s právním statem nedobrovolného přijetí byly zkoumány ještě méně často než faktory sociodemografické. Jediným společným ukazatelem se zdá být psychotické onemocnění a nedostatek náhledu onemocnění [3, 10, 18].

Nejvýznamnějším rozdílem v námi sledovaných skupinách byla délka hospitalizace. Ve většině v minulosti provedených studií srovnávajících délku hospitalizace mezi skupinou dobrovolně a nedobrovolně přijatých byla prokázána delší hospitalizace u nedobrovolně přijatých pacientů [2, 13, 15, 22]. Pouze několik málo studií, a to hlavně z USA, tuto skutečnost neprokázalo [11, 14]. V našem souboru si vysvětlujeme tento rozdíl zejména závažnějším onemocněním vyžadujícím delší léčbu akutního stadia onemocnění u nedobrovolně přijatých pacientů a také rozdílnou koncepcí hospitalizace nedobrovolně a dobrovolně /př. začátek psychoterapeutických a některých dalších aktivit až po souhlasu pacienta s další hospitalizací a léčbou/.

ZÁVĚR

Projekt EUNOMIA přináší dosud nejširší a velmi detailní přehled praxe používání omezovacích opatření v České republice a v Evropě.

Za dobu trvání projektu EUNOMIA se řada věcí změnila. Psychiatři musí čelit stále většímu tlaku ze strany médií a laické veřejnosti. Pacienti a jejich příbuzní projevují o problematiku stále větší zájem a je vytvářena řada destigmatizačních aktivit. V roce 2005 bylo vydáno Ministerstvem zdravotnictví ČR metodické opatření a v loňském roce byl Psychiatrickou společností ČLS JEP publikován text doporučující vhodný postup při používání omezujících opatření v psychiatrii [1, 12].

V nejbližší době budou prezentována podrobná data získaná během tohoto projektu.

LITERATURA

1. **Baudiš, P., Kališová, L., Kitzlerová, E., Petr, T., Miklós, T.:** Omezovací prostředky. In: Raboch et al.: Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II. Infopharm, 2007, s. 152–163.
2. **Bruns, G.:** Compulsory patients admission – a psychiatric risk group. *Nervenarzt*, 62, 1991, 5, pp. 308-312.
3. **Cougnard, A., Kalmi E., Desage, A. et al.:** Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 39, 2004, 10, pp. 804-809.
4. **Crisanti, A. S., Love, E. J.:** Characteristics of psychiatric inpatients detained under civil commitment legislation: a Canadian study. *Int. J. Law Psychiatry*, 24, 2001, 4-5, pp. 399-410.
5. **Davies, S., Thornicroft, G., Leese, M. et al.:** Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative CASE of psychosis in London. *BMJ*, 321, 1996, pp. 533-537.
6. **Gardner, W., Hoge, S., Bennett, N., Roth, L., Lidz, C., Monahan, J., Mulvey, E.:** Two scales for measuring patients' performance perceptions of coercion during hospital admission. *Behavioral Sciences and the Law*, 20, 1993, pp. 307-321.
7. **Kališová, L., Raboch, J., Kitzlerová, E., Novotná, I.:** Obecná praxe užívání omezovacích opatření – monitorování situace v České republice. *Čes a slov Psychiat.*, 101, 2005, 6, s. 303-307.
8. **Kališová, L., Raboch, J., Novotná, I., Černý, M., Victorinová, K., Kitzlerová, E., Nawka, A., Chudárek, F.:** Užití omezovacích opatření a prostředků v psychiatrii – mezinárodní projekt EUNOMIA. *Čes a slov Psychiat.*, 100, 2004, 7, s. 420–427.
9. **Kallert, T. W., Glöckner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-González, F., Priebe, S., Kjellin, L.:** The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry*, 4, 2005, 3, pp. 168-172.
10. **Kelly, B. D., Clarke, M., Browne, S. et al.:** Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 19, 2004, 2, pp. 67-71.
11. **Leung, P. K., Faulkner, L. R., McFarland, B. H., Riley, C.:** Indochinese patients in the civil commitment process. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.*, 21, 1993, 1, pp. 81-89.
12. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. *Věstník MZ č. 1/2005.*
13. **Michalon, M., Richman, A.:** Factors affecting length of stay in a psychiatric intensive care unit. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 12, 1990, 5, pp. 303-308.
14. **Nicholson, R. A.:** Characteristics associated with change in the legal status of involuntary psychiatric patients. *Hosp. Community Psychiatry*, 39, 1988, 4, pp. 424-429.
15. **Russo, J., Roy-Byrne, P., Jaffe, C. et al.:** Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatr. Serv.*, 48, 1997, 11, pp. 1427-1434.
16. **Salize, H. J., Dressing, H.:** Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br. J. Psychiatry*, 184, 2004, pp. 163-168.
17. **Sanguineti, V. R., Samuel, S. E., Schwartz, S. L., Roberson, M. R.:** Gender differences among civilly committed schizophrenia subjects. *Schizophr. Bull.*, 22, 1996, 4, pp. 653-658.
18. **Serper, M. R., Goldberg, B. R., Herman, K. G. et al.:** Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Compr. Psychiatry*, 46, 2005, 2, pp. 121-127.
19. **Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A., Harrison, G.:** Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 33, 1998, 1, pp. 39-44.
20. **Szmulker, G. I., Bird, A. S., Button, E. J.:** Compulsory admissions in a London borough: I. Social and clinical features and a follow-up. *Psychol. Med.*, 11, 1981, 3, pp. 617-636.
21. **Tremblay, P. F., King, P. R., Baines, G. R.:** Clinical and demographic characteristics of voluntary and involuntary psychiatric inpatients. *Can. J. Psychiatry*, 39, 1994, 5, pp. 297-299.
22. **Tuohimäki, C., Kaltiala-Heino, R. et al.:** Deprivation of liberty in Finnish psychiatric inpatients. *Int. J. Law Psychiatry*, 27, 2004, 2, pp. 193-205.
23. **Ventura, J., Lucoff, D. et al.:** Brief psychiatric rating scale (BPRS) expanded version (4.0) scales, anchor points and administration manual. *Int. J. Metod. Psych. Res.*, 1993, 3, pp. 227-243.

Grant EU QL G4-CT-2002-01036.

*MUDr. Lucie Kališová, Ph.D.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 01 Praha 2
e-mail: lucie.kalisova@yahoo.com*