

JE JEŠTĚ MOŽNÉ ZLEPŠIT KVALITU ŽIVOTA TĚCHTO SENIORŮ?

Příspěvek k problematice kvality života seniorů trpících duševní poruchou hospitalizovaných na gerontopsychiatrických lůžkách

Jan LUŽNÝ^{1,2}, Kateřina IVANOVÁ²

¹Psychiatrická léčebna v Kroměříži

²Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, Olomouc

Souhrn

Autoři článku se zamýšlejí nad problematikou demografického stárnutí, heterogenity seniorů a specifických potřeb i problémových oblastí u seniorů trpících duševní poruchou a hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém oddělení. Seniori s psychiatrickou morbiditou odkázaní na institucionální péči stojí často na samém okraji zájmu společnosti, dostatečnou pozornost jim mnohdy nevěnuje ani výzkum. Institucionální gerontopsychiatrie je z pohledu zajištění finančních nákladů stále žalostně podfinancovanou oblastí – peněz se nedostává na rekonstrukci ani na modernizaci zastarávajících gerontopsychiatrických oddělení psychiatrických léčeben. Na tento stav opakovaně upozorňuje ochránce lidských práv. Samotná zdravotní a sociální problematika komplexní péče o psychiatricky nemocné seniory pak přináší specifická úskalí i zcela specifické výzvy, jež autoři nazvali Desaterem problematiky seniorů hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém lůžku. Autoři se dotýkají ožehavých témat institucionální gerontopsychiatrické péče – nedobrovolných hospitalizací, užití omezujících prostředků v gerontopsychiatrii, farmakologické terapie stavů psychomotorického neklidu, institutu zbavení způsobilosti k právním úkonům, institutu ochranné léčby. Zcela nově autoři přinášejí i zamyšlení nad kvalitou poskytované péče v gerontopsychiatrii a zdůrazňují i problematiku syndromu vyhoření, který negativně ovlivňuje právě kvalitu péče v gerontopsychiatrii i životy pracovníků na gerontopsychiatrii.

Klíčová slova: Demografické stárnutí; Heterogenita seniorů; Duševní porucha; Hospitalizace; Institucionální gerontopsychiatrie.

Is There Any Chance to Improve Quality of Life of These Seniors?

A contribution to discussion concerning quality of life in seniors with psychiatric disorder hospitalized in inpatient ward

Summary

The authors discuss an issue of demographic aging, heterogeneity of seniors, specific needs and questionable issues in seniors with mental disorders hospitalized at the Department of Gerontopsychiatry. The seniors with a psychiatric morbidity dependent on institutional care usually stand at the fringe interest of the society, even research does not pay a proper attention to them. From the point of financial costs, the gerontopsychiatry is incredibly underpaid area – there is a lack of money for both reconstruction and modernization of obsolescent gerontopsychiatric departments of mental homes. A guardian of the human rights has repeatedly warned about these conditions. The medical and social problematics of complex care for psychiatric senior patients itself brings specific difficulties as well as specific challenges which the authors called The Ten Commandments of seniors hospitalized on the gerontopsychiatric bed. The authors openly touch hot issues of institutional gerontopsychiatric care – involuntary hospitalizations, use of restrictive measures in gerontopsychiatry, pharmacotherapy of psychomotoric unrest states, disability for providing legal actions and compulsory treatment. Newly, the authors point out a quality of provided care in gerontopsychiatry and emphasize the issue of burnout which negatively influences just the quality of care in gerontopsychiatry and lives of gerontopsychiatric workers as well.

Key words: Demographic aging; Seniors' heterogeneity; Mental disorder; Hospitalization; Institutional gerontopsychiatry.

Demografické stárnutí jako realita dnešní doby

Stárneme individuálně a stárneme celospolečensky. Obojí je významné a nepřehlédnutelné. Stárnu-

tí populace nejen v České republice, ale i ve vyspělých zemích, je výrazným demografickým trendem současné doby (20). Seniorů přibývá nejen absolutně, zároveň narůstá jejich procentuální zastoupení

v populaci. Ve věku nad 60 let bylo v naší republice v roce 2002 18,6 % populace, ve věku 65 let 13,9 % populace. Věku 65 let se v současné době dožívá 88 % žen a 75 % mužů. Ve věkové skupině nad 80 let je 71 % žen (18). Průvodním jevem demografického stárnutí populací je změna v zastoupení takzvané předreprodukční složky obyvatelstva (generace dětí arbitrálně vymezená biologickým věkem 0–14 let) a postreprodukční složky obyvatelstva (generace prarodičů vymezená uměle biologickým věkem 50 let a více) (10).

Příčiny demografického stárnutí populací ekonomicky vyspělého světa jsou multifaktoriální, jejich působení je často komplexní a vzájemně se ovlivňující, a tak objektivní stanovení kauzální síly toho či onoho faktoru je obtížné a stojí spíše na expertních odhadech či hypotézách. V souvislosti s demografickým stárnutím zmiňují demografové dva základní mezníky v novodobé demografii: prvním je demografická revoluce (související se změnou reprodukčního chování obyvatelstva a rezultující v kvantitativní i kvalitativní změny základních demografických jevů při obnově populace), druhým je demografický přechod (tento mezník znamená zachování nízké hladiny úmrtnosti a odsouvání úmrtnosti do vyššího věku, spolu se snižováním hladiny porodnosti) (8).

Mnohé z kauzálních faktorů demografického stárnutí obyvatelstva působí mechanismy biologickými (prodlužující se střední délka života, v jejímž pozadí stojí pokroky současné medicíny ve smyslu časnější diagnostiky, dřívější a účinnější léčby novými terapeutickými prostředky, vzrůstající kvalita poskytovaných zdravotních a sociálních služeb, měnící se spektrum nemocí se vzrůstající složkou chronických, civilizačních a jiných novodobých neinfekčních chorob – „non communicable disease“, NCD's), mechanismy psychologickými (egocentrizace osobností dnešních mladých lidí, kdy je deklasováno subjektivní vnímání rodiny a péče o potomstvo na úroveň přítěže zabraňující v osobním a kariérním rozletu), mechanismy sociálními (měnící se nazírání na systém tradicích hodnot společnosti, novodobé trendy lidí produktivního věku žijících o samotě ve stylu „singles“), mechanismy kulturními (možnosti cestování, široká paleta nabídky zábavy a vyžití pro mladé lidi, možnosti soustavného a prakticky neustálého vzdělávání díky benevolentnímu školskému systému – problematika „věčných studentů“), mechanismy ekonomickými (problematika finanční dostupnosti bydlení pro mladé lidi, problematika finanční náročnosti péče o děti), mechanismy poli-

tickými (ideologické šíření myšlenek liberalismu, vyzdvihnutí individua jako nositele svobody a rozhodování, mnohdy bez ohledu na prospěch komunity), mechanismy filozofickými (redukcionismus myšlení, chybění vize širšího kontextu), mechanismy právními (tahanice kolem rozvodového řízení, hořká problematika soudních sporů o přidělení dítěte do vlastní péče jednoho z rodičů), či dokonce vlivy reklamy (reklamní slogan „nevaž se, odvaž se“).

Heterogenita populace seniorů

Je velmi obtížné podat jednoduchou a přitom přesnou definici, kdo je považován (nejčastěji mainstreamovou a mladší společností) za seniora. Chybí přesná, vědecky doložitelná a validní kritéria, díky kterým se člověk „stane objektivně starým“. Rovněž chybí někdo, kdo bude s plnou osobní a morální odpovědností tato kritéria oficiálně prezentovat, byť jako názor odborné komunity.

Pacovský upřímně přiznává, že neumíme spolehlivě definovat stáří a stárnutí. Žádná z dosud navržených definic nevyhovuje (17).

V odborné literatuře se často používá k chronologické periodizaci lidského života kritérium věku, a to věku kalendářního a věku funkčního (23). Kalendářní věk (též věk matriční nebo chronologický) je určen počtem let, které dané osobě uplynuly od narození. Funkční věk koreluje s funkční zdatností daného jedince (23) a je přísně individuální. Populace seniorů je z pohledu funkčního věku populací značně heterogenní – je možno setkat se jak s mladšími seniory, avšak již s přítomnou značnou funkční deteriorací, selháváním v běžných denních aktivitách a závislostí na pomoci okolí, tak i se staršími seniory, kteří nejednou překvapí svěžestí ducha, slušně zachovalou samostatností při běžných denních aktivitách a nevyžadujících stálou dopomoc svého okolí. Pacovský ještě k tomuto „dělení věků“ přidává ještě věk sociální, zahrnující změny životního stylu, jeho znaky a vztahy v různých obdobích životního cyklu. Jedinci, jejichž životní styl se neliší od života jejich vrstevníků, mají sociální věk totožný... (17). Holčík popisuje další dvě hlediska, jimiž je možné vymezit hranice populačních skupin: hledisko biologické (v jehož popředí stojí biologická schopnost reprodukce jedince. Toto hledisko rozděluje populaci na generaci dětí, generaci rodičů a generaci prarodičů, s přibližnými věkovými mezníky tohoto rozdělení 15 a 50 let) a hledisko ekonomické (v jehož popředí stojí pracovní

zařazení jedince). Toto hledisko rozděluje populaci na skupinu ekonomicky reproduktivní, produktivní a poproduktivní, s přibližnými věkovými mezníky tohoto rozlišení 15 a 55, resp. 59 let, přičemž druhý z věkových mezníků je podmíněn aktuálními ekonomickými parametry jednotlivých zemí a tudíž problematicky srovnatelný mezi jednotlivými zeměmi navzájem. Rovněž je problematické zařazení osob se změněnou pracovní schopností, u nichž je pracovní aptilita vyčerpána zcela či částečně před dosažením věkové hranice odchodu do starobního důchodu) (10).

Kalvach a Onderková rozlišují v rámci funkční různorodosti seniorů z ošetrovatelského hlediska následující podskupiny seniorů: zdatní senioři (udržující si velmi dobrou zdatnost a zvládající poměrně dobře i zevní stresující vlivy), dále nezávislí senioři (dobře zvládající aktivity každodenního života, ale selhávající za situací přinášejících neobvyklou zátěž), křehcí senioři (kteří jsou zvýšeně ohroženi dekompenzací stavu a nezvládající zátěžové situace), závislí senioři (kteří zčásti nebo zcela nezvládají běžné každodenní aktivity, vyžadují pomoc okolí), zcela závislí senioři (dlouhodobě či trvale upoutaní na lůžko, vyžadující zvýšenou ošetrovatelskou péči) a umírající senioři (vyžadující komplexní paliativní péči) (13). Myslet na možnost geriatrické křehkosti u seniora je významnou výzvou pro aktivní pátrání po tomto jevu, neboť prostor pro ovlivnění a prevenci dalšího prohlubování geriatrické křehkosti je značný (6).

Senior a duševní porucha

Duševní poruchy vyskytující se u populace seniorů jsou v zásadě dvojí geneze.

Zprv se může jednat o duševní poruchy diagnostikované kdykoli před nástupem vlastního stáří a tudíž již přítomné v pacientově historii, vzniklé „de novo“, kdykoli od pacientova dětství až do jeho nynějšího stáří – zejména se jedná o případy chronifikovaných duševních poruch nebo duševních poruch, jejichž průběh je dlouhotrvající a chronický. Příkladem mohou být návykové poruchy – ať se již jedná o alkohol či jiné psychoaktivní látky (např. problematika celoživotního alkoholismu, mnohaleté zneužívání návykových léků nebo látek – hypnotik, benzodiazepinů, opioidů atd.), dále poruchy schizofrenního okruhu s chronickou průběhovou formou nebo s reziduální formou, dále pak poruchy nálady

s chronifikovanou průběhovou formou (zejména bipolární afektivní poruchy) či poruchy úzkostného spektra s víceméně celoživotní symptomatologií (panická porucha, specifické fobie apod.), dále poruchy osobnosti – kdy je struktura osobnosti již premorbidně akcentována či zjevně patologicky strukturována, či mentální retardace – jedná se o duševní poruchy s celoživotními projevy.

Zadruhé se jedná o duševní poruchy, jejichž počátek vzniku je patognomicky asociován se stárnutím mozku a přidružených mozkových struktur, popřípadě se vyskytující v souvislosti s jiným onemocněním mozku či jiným systémovým onemocněním. Nejvýznamnější skupinou tohoto okruhu duševních poruch jsou tzv. organické duševní poruchy, včetně symptomatických (F00–F09). Příkladem budiž demence u Alzheimerovy nemoci (F00), vaskulární demence (F01), demence u jiných nemocí zařazených jinde (F02), neurčená demence (F03), organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami (F04), delirium, které není vyvoláno alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami (F05), a jiné duševní poruchy způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí (F06) (14).

U duševních poruch (v kterémkoli věku jedince) se podle klinické závažnosti setkáváme s některým osudem lidí trpících duševní poruchou. Buďto je duševní porucha lehčího stupně, neinterferující zásadním způsobem s osobním či sociálním fungováním jedince, a mnohdy tak uniká pozornosti psychiatrů, neboť zůstává nedignostikována (typické pro úzkostné poruchy, lehčí deprese), nebo je duševní porucha závažnějšího stupně, kdy dochází k nabourání osobního či sociálního fungování jedince, a plně zasluhuje pozornost psychiatra. Bohužel, ani zde není záruka, že duševní poruchou postižený jedinec odbornou pomocí skutečně vyhledá. Realitou se tak stává skrytá psychiatrická morbidita, kdy jedinec trpí zjevně duševní poruchou, ale není diagnostikován a tedy ani adekvátně léčen. Při úvahách nad psychiatrickou morbiditou seniorů nabývá právě tento aspekt na významu – je známo, že zejména deprese u seniorů jsou hrubě poddiagnostikovány, tudíž neléčeny a zhoršující kvalitu života u seniorů (1, 4, 5, 15). Podobné odhady platí i pro demence, kdy jsou poruchy paměti seniory samotnými, a dokonce i jejich okolím, interpretovány jako běžný projev stáří, a tudíž zůstávají bez adekvátní léčby (11).

Desatero problematiky seniorů hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém lůžku

1. Opuštěnost

Lidé jako by věřili ve svou nesmrtelnost, v ideál věčné krásy, věčné zdatnosti, věčné radosti. Místo pro nemoc, bolest, utrpení, stáří či smrt jako by pro naše iluze o věčném pozemském životě nebylo a tato „druhá strana života“ zůstala raději vytěsněna kamsi hluboko do našeho nevědomí. Uvědomění si vlastní konečnosti znamená čelit existenciální frustraci a ptát se po smyslu našeho života (9, 16). Konfrontací se stářím v nás vyvstává pocit vnitřního ohrožení, že i my budeme jednou staří, nemocní, závislí. A tak se starý člověk občas může snadno stát neatraktivním, zvláště, pokud jeho stav klade požadavky na péči (nejen ošetrovatelskou) svého okolí nebo okolí dosavadní péči o seniory nezvládá (typicky při náhlém zhoršení fyzického či tělesného stavu seniora). Stačí někdy již drobný projev noční zmatenosti, nepřiléhavé chování, psychotická mikrosymptomatologie a již je senior odeslán k hospitalizaci a „úspěšně“ institucionalizován. Hrozí tak dvojnásobně riziko sociálního vyloučení, institucionalizace, nedobrovolného vzdání se sociálních pozic v původním rodinném prostředí, vykořenění. Navíc náhlá změna prostředí, jistá rigidita institucionalizované zdravotní a sociální péče, nová pravidla a řád zdejšího každodenního režimu – to vše spolehlivě přispívá k riziku možného poškození seniora a dalšímu chřadnutí a celkové deterioraci stavu.

Dalším aspektem významně se podílejícím na opuštěnosti seniorů je problematika úmrtí životního partnera. S pokračujícím stářím narůstá ovdovělost, a to výrazněji u žen. Ve věkové skupině 80 a více let bylo v ČR v roce 2000 podle Českého statistického úřadu ovdovělých 30,8 % mužů, ale 80,6 % žen (7). Dominantní gerontologickou skupinou jsou tedy ovdovělé staré ženy. Zapojování do sítě sociálních vztahů a podpora komunikace s oživováním osamělého života by proto měly patřit k základním úkolům ošetrovatelského personálu. Řešením není „kolektivizace bez přátelství“ v ústavní péči (13).

2. Ohrožení autonomie

Autonomie člověka je vrcholným a citlivě zasazeným pojmem z pomezí soukromého práva, včetně práva na ochranu osobnosti, etiky, filozofie, sociologie, morální teologie i kultury. Sýkorová pojem autonomie vysvětluje jako složitý, multidimenzionální jev dotýkající se všech rozměrů lidské exis-

tence – fyzické, mentální, spirituální, kulturní, sociální, ekonomické a politické. Jejím nositelem může být jedinec, skupina, organizace. S individuální svobodou, samosprávou nebo suverenitou, sebeovládáním je spjat pojem osobní autonomie. Osobní autonomie je podle Sýkorové ztotožňována se soukromím, s důstojností, integritou, individualitou a individuální odpovědností (22).

Tomáš Akvinský, teolog scholastické tradice, zase hovoří o člověku jako obrazu Boha (Imago Dei) právě tím, že – podobně jako Bůh – je principem svého jednání, máje svobodnou vůli a moc nad svými skutky (2).

Emmanuel Kant, průkopník německého idealismu a zakladatel transcendentální filozofie, tvrdí k úvahám o reflexi vlastního já, že k jednání můžeme určovat sami sebe... záleží, zda se sami určíme k jednání ve smyslu... zásad na základě rozumu, nebo zda se necháme určit k jednání. Rozum jako striktně duchovní schopnost je určujícím důvodem lidské praxe... mající základ v sebeurčování na základě svobody (2).

Starý člověk, zvláště pak starý člověk s projevy křehkosti či rysů závislosti (duševně, tělesně, sociálně i ekonomicky spolupodmíněné), je mnohdy odsuzován k nemilosrdnému odepírání některých či většiny aspektů autonomie – zejména pak svobodné volby, uplatnění své svobodné vůle, soukromí, respektování individuality. Závislost na okolí je významným rizikovým faktorem, který facilituje vědomé i nevědomé odebírání kompetencí stárnoucímu nemocnému člověku a činí jej „závislejším než závislým“. Tato závislost na okolí se pak stává rizikovým faktorem hrozící diskriminace starých lidí, kteří jsou kráceni na svých svébytných právech, jsou vyřazeni z aktivní participace na dění ve většinové společnosti, a stává se tak reálnou hrozbou sociální exkluze starých lidí a jejich „ghettizace“ kamsi za zdi zdravotnických či sociálních zařízení institucionálního typu. Ztráta autonomie je příčinou i důsledkem věkem podmíněné diskriminace, mainstreamové snahy izolovat nemohoucí a závislé seniory daleko od rozjásané, ideály mládí nabyté postmoderní společnosti.

Zcela záměrně nabízím provokativní otázku, na kolik se institucionální systém zdravotní a sociální péče stává pouhou výkonnou mocí pracující „na zakázku“ dnešní většinové společnosti. A naopak, na kolik tento systém odolává tlaku společnosti požadující vyloučení starých a bezmocných lidí do

míst, kde o nich raději nebudeme moc vědět a slyšet? Nakolik – a jak často – je zdravotně-sociální systém pouhou loutkou v rukách společnosti, která nechce či „nemůže“ pečovat o stárnoucí lidi v jejich přirozeném domácím prostředí, tak jak to bylo obyčejem v dobách dřívějších?

3. Nízké sebehodnocení seniorů

Je snazší medicinalizovat řadu ryze sociálních problémů, než se zamýšlet nad jejími pravými příčinami nebo se snažit nalézt jejich (sociální) řešení. Nízké sebehodnocení seniorů (low self-esteem) se tak jednou může stát depresivním příznakem, stejně jako může reflektovat širší problematiku sociálních, etických a morálních témat, která s sebou třetí věk přináší. V tom lze spatřovat jisté úskalí a snad i nebezpečí medicinalizace.

Společnost si zvykla volat po nových příznacích, společnost si zvykla vykřesávat ze země nové a nové diagnózy, aby tak někdy snáze očistila své nekalé svědomí sociálních determinant řady sociálních problémů dneška a mohla je transformovat pod rouškou biologismu do nemoci. Je to tak přece snazší a pohodlnější. Minulost jasně ukázala, jak se mění chápání a význam pojmu zdraví a nemoc. Například homosexualita byla jednou zločinem, podruhé nemocí, potřetí širší variantou normy... Ale i naopak, co jednou bylo nazváno zlobivostí a nevychovaností u dítěte, je dnes nazýváno hyperaktivní poruchou v dětství. Co dříve bylo nazváno obyčejným alkoholismem, pramenícím ze svobodné vůle jedince poddat se alkoholu, se dnes jmenuje syndrom závislosti. Co by dříve bylo nazváno týráním zvířat, může být dnes docela dobře překryto diagnózou disociální poruchy osobnosti apod.

A tak se nabízí otázka, nakolik je medicinalizováno vlastní stárání? Nakolik se stává v tomto kontextu stárání synonymem pro polymorbiditu, funkční závislost na okolí, ztrátu autonomie, a to díky požití medicíny samotné? Je dnes ještě stárání v očích společnosti normou, nebo je snad již také patologickým stavem?

Má stárnoucí závislý senior vůbec šanci mít zdravé sebevědomí? Můžeme udržet zdravé sebevědomí, když jsme přehlíženi vlastní rodinou či většinou společností a jsme fakticky posledními z posledních? Jak obtížné to asi je pro stárnoucí lidi s poruchami paměti, tělesnou polymorbiditou, závislostí na péči okolí, pokud přijmeme fakt, že udržet si zdravé sebevědomí je mnohdy obtížné i pro lidi mladé, zdravé, bez objektivních problémů existenciálních či jiných?

4. Nedobrovolné hospitalizace na gerontopsychiatrii

Institut nedobrovolné hospitalizace je široce právně ošetřen (Listina základních práv a svobod, zákon o péči o zdraví lidu, občanský zákoník a občanský soudní řád) (3) a je jedním z „ostře sledovaných vlaků“ v managementu kvality péče poskytované v psychiatrii, včetně hodnocení externích auditorů sledujících kvalitu poskytované psychiatrické péče (např. veřejný ochránce lidských práv, audity ministerstva zdravotnictví apod.).

Podle § 23 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu (27) je indikace k nedobrovolné hospitalizaci vymezena takto: Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče, jde-li o nemoci, u nichž lze uložit povinné léčení, dále jestliže osoba jeví známky duševní poruchy nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí a konečně, není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života a zdraví. Dále je pak zdravotnickému zařízení kladeno za povinnost oznámit místně příslušnému soudu fakt převzetí pacienta do ústavního léčení proti jeho vůli, přičemž běží 24hodinová lhůta k oznámení této skutečnosti (§ 24 zákona o péči o zdraví lidu; § 191 odst. 1 občanského soudního řádu).

Problematika nedobrovolných hospitalizací v různých zdravotnických institucích, tedy nejen psychiatrických léčebnách, je jednak svízelem, jednak realitou, jednak také citlivým ukazatelem lidské i profesní vyspělosti lékaře, který nedobrovolnou hospitalizaci proti vůli pacienta indikuje, zejména pokud jde o odborné a individuální posouzení míry rizik poškození pacienta nebo jeho okolí resultující z jeho duševní poruchy.

Lékař se tak v okamžiku svého rozhodování hospitalizovat pacienta proti jeho vůli stává de facto jedinou kompetentní, ale i zodpovědnou osobou, jež takto závažné rozhodování činí. Ve svém rozhodování se opírá zejména o bedlivé zhodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta (tělesného i duševního) a znalosti právně stanovených kritérií opravňujících hospitalizovat pacienta oproti jeho vůli.

V psychiatrii je situace relativně snazší, neboť známky duševní poruchy (§ 23 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu) jsou přesně a de facto definitoricky stanoveny pomocí diagnostických kritérií uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi. Rozhodování psychiatra, co je a co není duševní poruchou, je tak objektivizováno nutnou přítomností daných diagnostických kritérií pro tu či onu duševní

poruchu. Úspěšnou monografií a každodenní biblí psychiatrů je v tomto ohledu Smolíková monografie Duševní a behaviorální poruchy, do níž jsou tato diagnostická kritéria systematiky duševních poruch zavzata (21).

5. Použití omezujících prostředků

Omezující prostředky (angl. restrains measures) (24) jsou jasným limitem v uplatňování práva na osobní svobodu včetně výkonu práva svobody pohybu (Listina základních práv a svobod). Omezující prostředky nejsou v žádném případě pouze českou či středoevropskou specialitou, jsou v různé míře a v různých modalitách používány v celém světě.

Omezující prostředky znamenají aplikování mechanických prostředků, a to z důvodu ochrany pacienta samotného či jeho okolí před nebezpečím plynoucím z jeho aktuální duševní poruchy (nejzávažnějším psychopatologickým symptomem se stává agresivní jednání s akutním rizikem autoagresivního či heteroagresivního poškození). Mezi omezující prostředky podle Švarce (24) patří mechanické omezení ve smyslu kurtování (mechanical restraint), izolace (seclusion), fyzické omezení ve smyslu držení pacienta personálem a použití chvatů (physical restraint) a ochranná lůžka ve smyslu síťových a klecových lůžek (protective beds). Jejich použití musí být jasně zdůvodněno, použito jen jako krajní řešení, musí být použit nejšetrnější a nejvhodnější omezující prostředek jen po dobu nezbytně nutnou, může být indikován a aplikován jen k tomu účelu vyškoleným a kompetentním pracovníkem (za indikaci zodpovídá v plném rozsahu lékař), pacient musí být po celou dobu použití omezujícího prostředku kontrolován v předepsaných intervalech jak sestrou, tak i lékařem, musí být řádně vedena dokumentace obsahující mj. údaje: kdo a kdy rozhodl o mechanickém omezení, druh mechanického omezení, důvod, doba zahájení a ukončení, frekvence kontrol, popis tělesného a duševního stavu a vitálních funkcí pacienta. Po zklidnění pacienta je třeba mu dodatečně vysvětlit důvody omezení (popř. si i vyžádat dodatečný souhlas s použitím mechanických omezujících prostředků) a vysvětlit okolnosti, které mohou i v budoucnosti vést k jejich opětovnému užití. Dokumentace o užití omezujících prostředků zároveň slouží jako cenný zdroj informací pro management kvality péče vlastní zdravotnické instituce (evaluace, zdroj informací pro vnitřní standardy kvality péče v psychiatrii apod.). Po celou dobu použití omezujícího prostředku je potřeba zachovat kontakt a vztahy nemocného s okolím (24).

V gerontopsychiatrii platí s dvojnásobnou důležitostí vše výše uvedené, zejména pak nutnost bedlivého zvážení indikace k užití omezujícího prostředku (zhodnocení rizika agrese pacienta včetně zhodnocení míry jeho poškození nebo poškození jeho okolí), aplikace co nejšetrnějšího omezujícího prostředku a po co nejkratší možnou dobu, nutnost pravidelných kontrol stavu pacienta v mechanickém omezení i pečlivé vedení dokumentace.

Netřeba zdůrazňovat, že podobně jako v případě nedobrovolných hospitalizací je i použití omezujících prostředků jedním z „ostře sledovaných vlaků“ kvality poskytované péče v psychiatrii a podléhá nebývale silnému tlaku a kontrole ze strany společnosti (vliv médií, institut veřejného ochránce lidských práv, externí a interní audity kvality péče).

6. Farmakologické tlumení psychomotorického neklidu u seniorů

Psychomotorický neklid a agitovanost jsou častým průvodním symptomem řady duševních poruch, včetně duševních poruch typických pro gerontopsychiatrii (dementia). Vždy pátráme po možné vyvolávající příčině neklidu u pacienta – u seniorů je naprosto typická eskalace neklidu, eventálně agrese, po přijetí pacienta do ústavního prostředí, často jako reakce na náhlou změnu prostředí, ve kterém se senior nově ocitá. Vzhledem k nutnosti zpracovat nové informace o okolí, včetně jejich vyhodnocení („hrozí mé osobě, či nehrozí nějaké nebezpečí?“), je tak senior vystaven zvýšené neuropsychické zátěži, která se klade na již tak věkem nezadaptovaný systém kognitivního zpracování informačních signálů. Funkční subkompenzace nebo dekompenzace tohoto systému evaluace svého okolí tak často probíhá právě pod obrazem psychomotorického neklidu, agitovanosti či agrese. Klidné a vlídné prostředí, empatie, naše snaha obklopit seniora co nejvíce věcmi z jeho původního prostředí je v tomto případě lékem volby. V širším medicínském kontextu je třeba zvážit další možné příčiny neklidu – v diferenciálně diagnostické rozvaze myslíme zejména na eventualitu dosud nerozpoznané či nedostatečně léčené tělesné bolesti, dosud nerozpoznaného zánětlivého procesu, eventuality diseminovaného maligního onemocnění s metastatickým procesem v mozku, endokrinními poruchami či dehydratací. Nalezení eventuální příčiny neklidu a její léčba je tak cennou alternativou místo paušálního použití trankvilizujících prostředků.

Použití trankvilizujících (zklidňujících) farmakologických prostředků, nejčastěji z řady sedativních

antidepresiv a antipsychotik, se tedy opírá o důsledné a zodpovědné posouzení stavu seniora, při respektování farmakokinetických a farmakodynamických specifik staršího věku. Znalosti z farmakologie, psychofarmakologie a problematiky psychofarmak v gerontopsychiatrii jsou zcela a nezbytně nutné.

Volba šetrného preparátu, s minimálním sedativním efektem při vyhovujícím pacifikačním efektu, v minimální možné dávce a po co nejkratší dobu užití trankvilizace, s dobrou tolerancí pacientem a minimálními vedlejšími účinky (extrapyramidovými, anticholinergními, hypotenzivními apod.) je imperativem pro všechny lékaře preskribující zklidňující medikaci seniorům.

Rovněž je třeba respektovat funkční zvláštnosti a jistou vulnerabilitu struktur centrálního nervového systému u seniorů a striktně se vyhnout například anticholinergně působícím preparátům (např. tricyklickým antidepresivům).

7. Zbavení způsobilosti k právním úkonům

Problematika způsobilosti k právním úkonům (dnes již zcela opuštěný a odborně nevyhovující termín „svěprávnost“) je dalším z křížů, jež psychiatr pečující o seniory s gerontopsychiatrickým spektrem duševních obtíží nese. Jedná se zejména o psychiatrii-soudní znalce, kteří komplexně hodnotí duševní stav jedince a vypracovávají znalecký posudek, na jehož základě se soud ke zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům rozhoduje. Zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům sleduje primárně ochranu duševně nemocných (zejména pokud jde o ochranu majetkových práv, institut závěti a dědické právo). Do jisté míry pak tento institut sleduje i ochranu zájmů společnosti (19).

Vlastnímu zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům předchází tzv. řízení o způsobilosti k právním úkonům, které probíhá podle § 186 až 191 občanského soudního řádu. Návrh na zahájení řízení o způsobilosti k právním úkonům může podat státní orgán, zdravotnické zařízení, orgány sociální péče nebo procesně způsobilá osoba. Naše zkušenost poukazuje na skutečnost, že o zahájení řízení o způsobilosti k právním úkonům žádá nejčastěji rodina samotného pacienta, po zvážení všech důsledků této žádosti. Osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nemůže činit žádné právní úkony – ty za ni činí opatrovník, který je ustanoven soudem (19). Osoba omezená ve způsobilosti k právním úkonům není způsobilá k určitým taxativně vymezeným právním úkonům. Nejčastěji se jedná

o právní úkony majetkoprávní nebo pracovněprávní povahy (19).

V gerontopsychiatrii je typickou duševní poruchou působící závažné změny v rozpoznávacích, paměťových a ovládacích schopnostech demence, zejména pak v jejích pokročilých stádiích. Zvláštní ohled při posuzování způsobilosti k právním úkonům u seniorů s demencí platí zejména v případě takových aplikací práva, jakými je oblast práva dědického a majetkoprávního (eventualita zneužití seniora s demencí rodinnými příslušníky nebo opatrovníkem).

8. Ústavní ochranná léčba psychiatrická

Institut ochranné léčby přináší zřetelný prvek ochrany společnosti před možnými riziky poškození společnosti plynoucími z duševní poruchy psychicky nemocného jedince. Ochranná léčba je tradičně dělena podle formy na ochrannou léčbu ambulantní (jedinec je dispenzarizován v psychiatrické ambulanci svého ambulantního psychiatra, který tak zároveň dohlíží nad dodržováním nařízení soudu o výkonu ambulantní ochranné léčby) a na ochrannou léčbu ústavní (zpravidla u jedinců s vyšší mírou společenské nebezpečnosti, nedodržující ambulantní ochrannou léčbu apod.). Podle předmětu a vymezení léčebného cíle soudně nařízené ochranné léčby se rozeznává ochranná léčba psychiatrická, sexuologická, protialkoholní a protitoxikomanická (19).

V gerontopsychiatrii se s institutem ochranné ústavní léčby setkáváme sice méně často oproti problematice psychiatrie dospělého věku, nicméně raritně nacházíme soudem nařízenou ústavní psychiatrickou léčbu (zejména u pachatelů závažného trestného činu, který byl spáchán pod vlivem duševní poruchy) nebo ještě raritněji ústavní sexuologickou ochrannou léčbu (u pachatelů trestných činů pramenících ze sexuálně deviantního chování).

Závěrem je třeba zmínit, že jedinou institucí, která s definitivní platností rozhoduje o nařízení výkonu ochranné léčby psychiatrické, je soud. Zdravotnické zařízení, které bylo soudem místně určeno k výkonu ochranné léčby psychiatrické, je pouze pasivním exekutivním činitelem institutu ochranné psychiatrické léčby. Toto pacientům vždy sdělujeme, abychom tak čelili možnému nařčení pacientů z krácení jejich lidských práv a svobod.

9. Problematika kontroly kvality péče na gerontopsychiatrii

Kvalitní péče je péče, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný

prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu (12). Palmer definuje kvalitu péče prozaičtěji: kvalitní péče znamená dělat správné věci správným způsobem (12).

Před rokem 1989 nebyl v českých zemích rozpracován systém kontroly kvality péče ani v gerontopsychiatrii, ani v českém zdravotnictví jako celku. Znamenalo to sníženou až nulovou veřejnou kontrolu kvality poskytování zdravotní péče, spolu s možností, že se „nedělaly správné věci správným způsobem“. V druhé polovině 90. let minulého století přeci jen zaznamenalo české zdravotnictví dotek moderních trendů managementu kvality péče, které k nám zavanuly zejména ze Spojených států amerických. USA jsou mateřskou zemí, kde se zrodila myšlenka řízení kvality zdravotní péče nejen jako následek tlaků ekonomických, forenzních, ale také jako potřeba vlastního ujištění zodpovědného managementu zdravotnické instituce, že je v dané instituci poskytována zdravotnická péče včasné, dostupné, přiměřené, kvalitně, soustavně, komplexně, účinně, hospodárně, s respektem k pacientově autonomii a spokojenosti, bezpečnosti pacienta i personálu (12).

V dnešní době se v českém zdravotnickém prostředí více či méně sleduje, jak kvalitní zdravotní péči poskytujeme (a zda vůbec poskytujeme zdravotní péči kvalitní, resp. zdravotní péči *lege artis*). Praktickým nástrojem tohoto sledování je metoda popisu, analýzy, komparace, benchmarkingu (srovnání našich výsledků s výsledky konkurenčních zdravotnických zařízení), interního a externího auditu (12). Jsou medicínské obory, které pochopily nutnost zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality nejen vzhledem k nákladovosti těchto oborů, ale také s ohledem na nutnost vyhodnocování benefitu a konečného účinku pro pacienta (onkologie, kardiologie, transplantologie, intenzivní medicína).

Psychiatrie, včetně gerontopsychiatrie, není rovněž levným medicínským oborem (vždyť léky ovlivňující centrální nervový systém znamenají téměř 14 % veškerých ročních nákladů na léky v ČR!), rovněž podléhá a má podléhat společenské i odborné kontrole svých léčebných metod (26). Konečně v rámci ČR samotné se již delší dobu hovoří o nutnosti reformy psychiatrické péče, mimojiné s akcentem na upřesnění vzájemného poměru ambulantní a lůžkové sféry.

Do budoucnosti lze předpokládat poměrně značný tlak na prokázání a obhájení kvality poskytované psychiatrické péče, a to zejména v lůžkové sféře (majoritním nositelem celkové kapacity lůžkového fondu psychiatrické péče v ČR jsou psychiatrické léčebny, pozn. autora), proto je sledování kvality péče v lůžkové sféře psychiatrie, včetně gerontopsychiatrických lůžek, tak bytostně důležité zejména pro manažery těchto institucí.

10. Syndrom vyhoření u personálu a jeho prevence

Syndrom vyhoření (burn-out syndrom, syndrom vyčerpání) znamená riziko psychického a posléze i tělesného vyčerpání zejména pro pracovníky pomáhajících profesí (25). Není třeba zdůrazňovat, jak náročná je ošetrovatelská i medicínská péče o pacienty s duševní poruchou. Každodenní práce s pacienty s poruchami myšlení, vnímání, se sebevražednými či agresivními sklony přináší riziko vzniku a rozvoje syndromu vyhoření u zdravotníků pracujících na psychiatrii dvojnásob.

V případech ošetrovatelské péče na gerontopsychiatrických odděleních se toto riziko násobí ještě více – personál je zatěžován frustrující chronickou každodenní péčí o inkontinentní, imobilní pacienty, trpící řadou interních, neurologických, onkologických onemocnění, dále pak náročnou péčí o pacienty umírající nebo s terminálním stadiem demence či jiné závažné choroby. Navíc tato práce odkrývá i vědomí našich vlastních limitů, vlastní zranitelnosti a smrtelnosti našich vlastních životů, když hledíme smrti tváří v tvář.

Je jen mýtem, že zdravotníci pracující na psychiatrii jsou vybaveni zvláštní imunitou oproti syndromu vyhoření, kterou by měli být vybaveni díky znalostem o syndromu vyhoření a možnostem jeho ovlivnění, pokud možno svépomocí. Opak je pravdou. Ve vzdělávacích programech zdravotníků pracujících na psychiatrii chybí systematický výcvik ve zvládání pracovního stresu a vytížení, balintovské skupiny nebo jiné možnosti, jak odventilovat pracovní stres, jsou zcela raritní nebo prostě zcela chybí. Systémové důsledky v podobě nadbytečných pracovních neschopností nebo nutnosti odejít ze zaměstnání někam jinam jsou spíše havarijními než systémově preventivními řešeními. Lze také předpokládat, že syndrom vyhoření je jedním z faktorů poskytování méně kvalitní péče na psychiatrických lůžkách. Systémové řešení v podobě prevence a včasné pomoci personálu ohroženým či již postiženým syndromem vyhoření tak zůstává jednou z mnoha výzev pro českou psychiatrii 21. století.

Závěr

Na zdravotní péči poskytovanou na gerontopsychiatrických lůžkách českých psychiatrických léčeben se nahlíží různě.

Pro jeden okruh kritiků se jedná o málo atraktivní oblast českého zdravotnictví, kam míří méně prostředků a zdrojů (nejen finančních!), než kolik by tato oblast českého zdravotnictví zasluhovala. Pro další okruh kritiků se jedná o oblast zdravotnictví, kde se poskytuje a priori méně kvalitní péče, neboť gerontopsychiatrická oddělení psychiatrických léčeben jsou tak jako tak „konečnou stanicí“.

Pro jiné je gerontopsychiatrické oddělení naopak vítaným pomocníkem, zejména když rodina již vlastními silami nestačí zajistit adekvátní péči o svého seniora s projevy duševní poruchy. S podobně vřelou vděčností se setkáváme se spolupracujícími zdravotnickými a sociálními institucemi, zejména, pokud jde o přeložení neklidného, zmateného nebo agresivního seniora stíženého duševní poruchou. Nemalá vděčnost za poskytovanou péči přichází též od ambulantních psychiatrů.

Ze zkušeností z gerontopsychiatrických oddělení Psychiatrické léčebny v Kroměříži lze konstatovat, že jednoznačnou snahou pečujícího personálu je poskytovat kvalitní, komplexní medicínskou, ošetrovatelskou a sociálně-právní pomoc, tak aby chom podle vzoru Palmerova pojetí dělali správné věci správným způsobem.

Literatura

- AKHTAR-DANESH, N., et al. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int. J. Ment. Health Syst.*, 2007, vol. 1, no. 1, p. 4.
- ANZENBACHER, A. *Úvod do filosofie*. 2. přepracované vyd. Praha, Portál, 2004.
- BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha, Galén, 1997.
- BLAY, S.L., et al. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 2007, vol. 15, no. 9, p. 790–799.
- BLAZER, D.G. Depression in late life. *Am. J. Psych.*, 2000, vol. 157, no. 4, p. 68–73.
- CONROY, S. Defining Frailty – The Holy Grail of Geriatric Medicine. *J. Nutr. Health Aging*, 2009, vol. 13, no. 4, p. 389.
- Český statistický úřad. *Obyvatelstvo* [online]. [cit. 2009-08-05]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_lide
- DIMITROVÁ, M. *Demografické souvislosti stárnutí* [online]. [cit. 2009-08-07]. Dostupné z: http://www.cvvm.cas.cz/upl/nase_spolecnost/100067s_Starnuti.pdf
- FRANKL, V.E. *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*. 2. české vyd. Brno, Cesta, 2006.
- HOLČÍK, J. – ŽÁČEK, A. – KOUPILOVÁ, I. *Sociální lékařství*. 2. vyd. Brno, LF MU, 1998.
- HORT, J. – JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo*. 1. vyd. Praha, MeriMedia Information, 2007.
- JUŘÍČKOVÁ, L. – IVANOVÁ, K. *Management kvality zdravotní péče*. [Přednáška pro studenty managementu zdravotnictví]. Vnitřní výukový zdroj, LF UP v Olomouci, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, Olomouc, 2008.
- KALVACH, Z. – ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha, Galén, 2006.
- LUŽNÝ, J. *Kvalita života seniorů jako jedna z výzev zdravotně sociální politiky 21. století*. [Diplomová práce]. Olomouc, 2009. Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta.
- LYNESS, J.M., et al. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 2007, vol. 15, no. 3, p. 214–223.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha, Grada, 2006.
- PACOVSKÝ, V. – HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha, Avicenum, 1981.
- PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2007.
- RABOCH, J. – PAVSLOVSKÝ, P. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vyd. Praha, Galén, 2008.
- RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. 1. vyd. Brno, MU a Georgetown, 1995.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. rozšířené vyd. Praha, Maxdorf Jessenius, 2001.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontologie*. 1. vyd. Praha, Slon, 2007.
- ŠÍPR, K. *Jak zdravě stárnout*. 1. vyd. Rosice u Brna, Gloria, 1997.
- ŠVARC, J. *Omezující prostředky v psychiatrii. Psychiatrie pro Praxi*, 2008, roč. 9, č. 5, s. 243–245.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2007.
- Veřejný ochránce lidských práv. *Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben* [online]. [cit. 2009-07-30]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=1341>
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Korespondence: MUDr. Mgr. Jan Lužný
Psychiatrická léčebna v Kroměříži
Havlíčková 1265
767 40 Kroměříž
e-mail: honza.luzny@centrum.cz

Do redakce došlo 21. 9. 2009