

# **Omezovací prostředky u agresivních pacientů na psychiatrickém oddělení**

Milan Nábělek, DiS.

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Milan Nábělek, DiS.**

Osobní číslo: **H14572**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Omezovací prostředky u agresivních pacientů na psychiatrickém oddělení**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti psychiatrie, omezovacích prostředků u agresivních pacientů na psychiatrickém oddělení.

Příprava metodiky empirické části.

Příprava a realizace kvalitativního výzkumu technikou kazuistik.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BAŠTECKÝ, Jaroslav. Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech. Praha: Galén, 1997. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 80-85824-45-0.**

**BEER, M. Dominic., Stephen M. PEREIRA a Carol. PATON. Psychiatric intensive care. 2nd ed. New York: Cambridge University Press, 2008. ISBN 05-217-0926-1.**

**MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.**

**RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. Psychiatrie. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.**

**TOMÁŠ, Petr, Eva MARKOVÁ a kol. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Vladimír Koutecký**  
Ústav zdravotnických věd

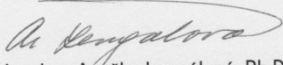
Datum zadání bakalářské práce:

**9. prosince 2016**

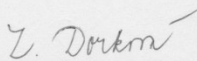
Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

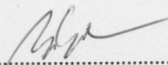
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 10. 2. 2017

.....  


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybného projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku omezovacích prostředků u agresivních pacientů přijatých na uzavřené mužské oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Je rozdělena na část teoretickou, kde jsou popsány související kapitoly týkající se problematiky práce jako příjem agresivního pacienta, druhy hospitalizací, omezovací prostředky, léčba neklidného pacienta. Dále je rozdělena na část praktickou, která je realizovaná kvalitativním výzkumem technikou kazuistik. Celkem je zde popsáno pět pacientů, u kterých se projevilo agresivní chování, a bylo nutné takto agresivního pacienta zpacifikovat dle směrnic zařízení.

Klíčová slova: Omezovací prostředky, agrese, příjem pacienta, nedobrovolná hospitalizace

## **ABSTRACT**

The Bachelor's Thesis focuses on the issue of restrictive means in aggressive patients admitted in the enclosed male ward at the Psychiatric Hospital in Kroměříž. It is divided into a theoretical part which describes the related chapters concerning work issues as receiving an aggressive patient, types of hospitalizations, restrictive means, treatment of a restless patient. Further it is divided into a practical part which is implemented through qualitative research by the case report technique. In total, there are five patients who showed aggressive behavior described here, and it was necessary to pacify the aggressive patient in accordance with the facility guidelines.

Keywords: Restrictions, Aggression, Patient Admission, Involuntary Hospitalization

## Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíru Kouteckému za odborné a metodické vedení, poskytování cenných rad, připomínek a jeho čas při vedení mé bakalářské práce.

V neposlední řadě děkuji mé přítelkyni, dceři a celé rodině za podporu a toleranci po celou dobu studia.

Milan Nábělek, DiS.

## Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění: Omezovací prostředky u agresivních pacientů na psychiatrickém oddělení

V Kroměříži dne 19. 5. 2017

Milan Nábělek, DiS.



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1. PŘÍJEM AGRESIVNÍHO PACIENTA NA PSYCHIATRII</b> .....	<b>14</b>
1.1.    CENTRÁLNÍ PŘÍJEM PACIENTŮ .....	14
1.2.    REALIZACE PŘÍJMU NEKLIDNÉHO PACIENTA NA AKUTNÍM LŮŽKU .....	14
<b>2. DRUHY HOSPITALIZACE</b> .....	<b>17</b>
2.1.    HOSPITALIZACE SE SOUHLASEM PACIENTA.....	17
2.2.    HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU PACIENTA.....	17
2.3.    OCHRANNÁ LÉČBA .....	19
<b>3. AGRESE</b> .....	<b>21</b>
3.1.    ZÁKLADNÍ POJMY .....	21
3.2.    AGRESIVNÍ PACIENT .....	22
3.3.    PŘÍČINY VZNIKU AGRESE.....	22
3.4.    VAROVNÉ SIGNÁLY ROZPOZNÁNÍ BLÍŽÍCÍ SE AGRESE .....	23
3.5.    OBECNÉ BEZPEČNOSTNÍ ZÁSADY PŘI KONTAKTU S AGRESIVNÍM PACIENTEM .....	23
3.6.    OBECNÁ PRAVIDLA PŘI KOMUNIKACI S AGRESIVNÍM PACIENTEM.....	24
<b>4. OMEZOVAČÍ PROSTŘEDKY</b> .....	<b>25</b>
4.1.    OMEZENÍ PACIENTA V POHYBU OCHRANNÝMI PÁSY NEBO KURTY.....	26
4.2.    TERAPEUTICKÁ IZOLACE .....	27
4.3.    SÍŤOVÉ LŮŽKO.....	28
4.4.    OCHRANNÝ KABÁTEK .....	28
4.5.    MANUÁLNÍ FIXACE.....	29
4.6.    OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PRŮBĚHU OMEZENÍ PACIENTA.....	29
<b>5. LÉČBA NEKLIDNÉHO PACIENTA</b> .....	<b>30</b>
5.1.    NEFARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP ZVLÁDÁNÍ NEKLIDU .....	30
5.1.1.    Obecné faktory, které je nutné odstranit k úspěšnému zklidnění pacienta: .....	30
5.1.2.    Zklidňující (deeskalační) techniky .....	31
5.2.    FARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP ZVLÁDÁNÍ NEKLIDU .....	31
5.2.1.    Benzodiazepiny .....	32
5.2.2.    Antipsychotika .....	33
5.2.2.1.    Antipsychotika 1. generace (typická, klasická) .....	33
5.2.2.2.    Antipsychotika 2. generace (atypická).....	34
5.2.3.    Nežádoucí účinky antipsychotik .....	35
5.2.3.1.    Extrapyramidový syndrom .....	35
5.2.3.2.    Neuroleptický maligní syndrom .....	36
5.2.3.3.    Další nežádoucí účinky antipsychotik .....	36
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>6. CÍLE PRŮZKUMU</b> .....	<b>38</b>
<b>7. METODIKA PRŮZKUMU</b> .....	<b>39</b>

7.1.	METODA PŘÍPADOVÉ STUDIE - KAZUISTIKA (CASE STUDY)	39
<b>8.</b>	<b>KAZUISTIKA Č. 1</b>	<b>40</b>
8.1.	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	40
8.2.	ANAMNÉZA	40
8.3.	VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM NA CENTRÁLNÍM PŘÍJMU	41
8.4.	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	42
8.5.	ZÁVĚR	45
<b>9.</b>	<b>KAZUISTIKA Č. 2</b>	<b>46</b>
9.1.	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	46
9.2.	ANAMNÉZA	46
9.3.	VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM NA CENTRÁLNÍM PŘÍJMU	47
9.4.	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	48
9.5.	ZÁVĚR	49
<b>10.</b>	<b>KAZUISTIKA Č. 3</b>	<b>51</b>
10.1.	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	51
10.2.	ANAMNÉZA	51
10.3.	VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM NA CENTRÁLNÍM PŘÍJMU	52
10.4.	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	53
10.5.	VYŠETŘENÍ OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘEM ODDĚLENÍ	54
10.6.	ZÁVĚR	55
<b>11.</b>	<b>KAZUISTIKA Č. 4</b>	<b>57</b>
11.1.	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	57
11.2.	ANAMNÉZA	57
11.3.	VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM NA CENTRÁLNÍM PŘÍJMU	58
11.4.	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	59
11.5.	ZÁVĚR	61
<b>12.</b>	<b>KAZUISTIKA Č. 5</b>	<b>63</b>
12.1.	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	63
12.2.	ANAMNÉZA	63
12.3.	VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM NA CENTRÁLNÍM PŘÍJMU	64
12.4.	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	64
12.5.	ZÁVĚR	65
<b>13.</b>	<b>DISKUZE</b>	<b>67</b>
	<b>ZÁVĚR</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>77</b>

## ÚVOD

Agresivita pacientů hospitalizovaných na psychiatrii je velmi častá problematika. Tím zdravotnickému personálu přibývají obavy o svou bezpečnost a zdraví. Mezi nejčastější oddělení, kde se s agresivitou pacientů můžeme setkat, patří i příjmová uzavřená psychiatrická oddělení. Agresivita pacientů může probíhat formou verbální jako jsou vulgarismy či vyhrožování tak i brachiálním přímým napadením.

Jsou situace, ve kterých je všeobecná sestra osoba prvního kontaktu nucená rozhodovat, jakým způsobem agresivního nemocného usměrnit či omezit, a to zejména v situacích, kdy není přítomen ošetřující lékař.

Problematiku omezujících prostředků u agresivních pacientů jsem zvolil z několika důvodů. První důvod je ten, že na psychiatrickém uzavřeném příjmovém oddělení pracuji a je poměrně náročné, takto agresivního pacienta usměrnit. Proto je velmi důležité, umět předvídat možnou agresi, a být vždy připraven na možný výpad neklidného pacienta. Často jsou to nově přijatí pacienti, kde je riziko napadení nejčastější. Již několikrát se mi stalo, že pacient se choval neklidně, nešlo ho nefarmakologickými postupy zklidnit, a byli jsme nuceni pacienta omezit v lůžku. Tomu předcházelo fyzické usměrnění, a silová převaha personálu takto agresivního pacienta zvládnout. Literatura uvádí, jedna osoba na jednu končetinu pacienta, a lékař, který kontroluje hlavu pacienta. Pro tyto případy je výhodou, když je zdravotnický personál složen z mužů. Dalším důvodem zvolení této problematiky je ten, že bych chtěl mít dostatek vědomostí, abych ve své budoucí praxi mohl riziku napadení předvídat a vyhnout se tak zbytečným komplikacím. Popřípadě ověřené zkušenosti předat ostatním kolegům pracujícím v psychiatrii pro snadnější zapracování.

V bakalářské práci je zmapována problematika agresivity u nově přijímaných pacientů na uzavřené oddělení Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Cílem práce je zmonitorovat problematiku příjmu na psychiatrické oddělení, používání omezovacích prostředků u pacientů s projevy agrese. V teoretické části jsou popsány související kapitoly týkající se problematiky práce, tedy jak probíhá příjem agresivního pacienta na psychiatrické oddělení, nejčastější druhy hospitalizace u agresivních pacientů, současně uvádíme druhy omezovacích prostředků, vysvětlujeme pojem agrese, příčiny jejího vzniku. Současně zmiňujeme, jak správně komunikovat s agresivním pacientem a především, jak probíhá léčba neklidného pacienta.

Praktická část je realizována pomocí kvalitativního výzkumu technikou kazuistik. Kvalitativní výzkum probíhal v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, na uzavřeném mužském oddělení. Celkem je zde popsáno pět kazuistik respektive pacientů, u kterých se projevilo agresivní chování, a bylo nutné takto agresivního pacienta zpacifikovat dle směrnic zařízení. V každé kazuistice jsou popsány základní údaje o pacientovi, anamnéza, vyšetření lékařem na Centrálním příjmu, průběh hospitalizace a závěr. V průběhu hospitalizace byl u jednoho z pěti uvedených pacientů konstatován exitus letalis.

Rychlý a profesionální přístup vede k úspěšnému splnění cíle usměrňování agresivního pacienta a předcházení tím rizikům komplikací, mezi které patří zranění osob zdravotnického personálu či zranění pacienta.

## TEORETICKÁ ČÁST

## **1. PŘÍJEM AGRESIVNÍHO PACIENTA NA PSYCHIATRII**

Agresivní pacienti jsou převážně přivezeni do psychiatrických nemocnic Zdravotnickou záchrannou službou (dále jen ZZS) za asistence Policie České republiky (dále jen PČR). Jedná se o pacienty v akutním psychickém stádiu, kteří vyžadují trvalý dohled a zvýšenou psychiatrickou péči. Je to stav často spojený se všemi možnými projevy nespolupráce, tedy s akutním neklidem, agresivním chováním pacienta vůči okolí nebo k sobě samému, nebo odmítá léčbu. Pacient je těžce zvládnutelný a není s ním dobrá komunikace nebo je komunikace zcela nemožná. Tyto důvody jsou indikací k poskytování intenzivní péče na psychiatrickém oddělení (Psychiatrická nemocnice Bohnice).

### **1.1. Centrální příjem pacientů**

Přijetí pacientů k léčbě v psychiatrických nemocnicích probíhá na oddělení Centrálního příjmu (dále jen CP). Pacienti přicházejí na CP sami, v doprovodu rodinných příslušníků, známých, ZZS nebo lékařské služby první pomoci. V určitých situacích je doprovod pacienta s asistencí PČR (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

K přijetí na lůžkové oddělení psychiatrické nemocnice musí existovat závažný zdravotní důvod. Zda zdravotní stav člověka vyžaduje zdravotní péči je posuzováno lékařem na CP. Ten rozhodne i o druhu hospitalizace. Na CP stráví pacient jen poměrně krátkou dobu, než jsou s ním vyřízeny všechny potřebné administrativní formality a než je vyšetřen psychiatrickým lékařem. Psychiatrické vyšetření probíhá formou rozhovoru. Pokud s potencionálním pacientem přijde i doprovod, je nutné sdělit lékaři důležité okolnosti týkající se zdravotního stavu nemocného (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Když je pacient vyšetřen lékařem na CP a jsou sepsány všechny potřebné dokumenty, je pacient transportován v doprovodu všeobecné sestry na zvolené psychiatrické oddělení. V některých případech jsou pacienti převezeni ZZS přímo na akutní nemocniční lůžko kdy je nutné použít omezovací prostředky (PNKM, standard č. 3).

### **1.2. Realizace příjmu neklidného pacienta na akutním lůžku**

Při předávání pacienta od ZZS s asistencí PČR je vhodná spolupráce všech složek při přemístění neklidného pacienta na akutní lůžko. Je důležité, aby zdravotnický personál na příjmovém oddělení byl dopředu informován a byl připraven na příjem takového pacienta. Tím se rozumí nachystání případných omezovacích prostředků např. kurtů, pokud to lze, zajistit

nepřítomnost ostatních pacientů, odstranění nebezpečných předmětů a přivolání lékaře (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Někdy se neklid u pacientů projeví až na CP, např. potencionální pacient nechce být hospitalizovaný, z pohledu lékaře je pacient indikován k nedobrovolné hospitalizaci a neexistují žádná jiná východiska. V takové situaci je přivolán pohotovostní všeobecný ošetřovatel, pokud i zde by bylo nutné posílit zdravotnický personál, je přivolán zdravotnický personál z akutního příjmového oddělení a poté je pacient usměrněn a převezen sanitním vozem na akutní příjmové lůžko. Tito pacienti jsou přijati k hospitalizaci bez svého souhlasu a zdravotnické zařízení tuto hospitalizaci je povinné hlásit soudu do 24 hodin (viz. kap. č. 2.2), (PNKM, standard č. 3.).

Na příjmovém psychiatrickém oddělení provede přijímací lékař zhodnocení stavu pacienta. Pokud to ze strany pacienta lze a aspoň lehce spolupracuje, přijímací lékař provede psychiatrické vyšetření a základní somatoneurologické vyšetření v rozsahu cíleného vyšetření. Většinou naordinuje zklidňující farmakologickou intervenci. Také informuje rodinu o přijetí jejího příslušníka k hospitalizaci. Všeobecná sestra zaznamená základní identifikační údaje, fyzické a psychosociální potřeby pacienta, změří a zaznamená fyziologické funkce, váhu a výšku. Zaznamená i barvu vlasů, očí, jizvy, tetován, piercing, typ postavy, zranění, kompenzační pomůcky. Tyto uvedené znaky jsou důležité pro identifikaci pacienta. Dle ordinace lékaře odebírá vstupní odběry včetně moče, je-li to nutné, i moč na toxikologii. Provádí kontrolu osobních věcí, nebezpečné předměty ukládá na bezpečné místo, ošacení a cennosti zaznamenává do *Šatního listku*, finance předává odpovědné osobě zdravotního zařízení, vše zapisuje i do dokumentace pacienta. V případě, že má pacient u sebe střelnou zbraň, je nutné ji odebrat a oznámit to na příslušné oddělení PČR (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Dle zvyklostí zdravotnického zařízení vede všeobecná sestra dekurz, který obsahuje zápis o přijetí pacienta na oddělení, denní zápisy, identifikaci pacienta, číslo diety, kategorii, ordinace lékaře, farmakoterapii, souhlasu s poskytováním informací a druh hospitalizace. Také vyplní a vede ošetřovatelskou dokumentaci, která se skládá z ošetřovatelské anamnézy, plánu ošetřovatelské péče a edukační karty. Provede screeningová vyšetření v oblasti Barthelova testu, rizika sebevražedného jednání, rizika agrese, rizika pádů, nutričního screeningu a hodnocení rizika vzniku dekubitů. Pokud pacient souhlasí, podepíše *Smlouvu o správě finančních prostředků*. Sestra seznámí pacienta s oddělením a léčebným režimem a poté pacient

podepíše *Seznámení s domácím řádem*. Asistuje lékařům a provádí ošetrovatelské postupy podle jeho ordinace (PNKM, standard č. 4).



## 2. DRUHY HOSPITALIZACE

O zvolení druhu hospitalizace u pacienta rozhoduje lékař na CP podle komplexního vyšetření pacienta lékařem. Vybírá z následujících druhů hospitalizace (viz. kap. č. 2.1., 2.2., 2.3.). Jestliže se jedná o agresivní pacienty, je jim nejčastěji udělena nedobrovolná hospitalizace. Pokud spáchali trestný čin, a prokáže se, že došlo k vymizení rozpoznávacích schopností, může jim být přidělena ochranná ústavní nebo ambulantní ochranná léčba (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

### 2.1. Hospitalizace se souhlasem pacienta

Uplatňuje se obvykle na standardním lůžkovém psychiatrickém oddělení, za předpokladu, že pacient chce být hospitalizovaný, souhlasí s léčbou a jeho zdravotní stav splňuje podmínky k hospitalizaci. Hospitalizaci může doporučit ambulantní psychiatr, praktický lékař nebo závodní lékař. Pokud pacient splňuje podmínky k hospitalizaci, potvrzuje dobrovolný vstup svým podpisem v tiskopise nazvaném *Prohlášení o dobrovolném vstupu*, ke kterému se také podepisují dva svědci nejčastěji zdravotničtí pracovníci (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Základní podmínkou, aby byl pacient přijat k dobrovolné hospitalizaci, je přítomnost náhledu chorobnosti jeho prožitků. To znamená, že si je vědom, že není v pořádku, nachází se ve stavu psychické nepohody, necítí se sám sebou, ví, o závažnosti svého stavu, je ochoten plnit pokyny lékařů a užívat předepsanou medikaci či podstoupit doporučenou léčbu (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

Pacient, který je přijatý dobrovolně, má právo hospitalizaci ukončit dle svého uvážení. Pokud lékař nesouhlasí s tímto rozhodnutím pacienta, vyžádá si tzv. *Negativní reverz* (dále jen reverz). V něm pacient svým písemným souhlasem odmítá další léčbu. Reverz musí podepsat i ošetřující lékař, je vhodné, aby zde byl uvedený i svědek, např. všeobecná sestra. Reverz musí obsahovat riziko, které vyplývá z odmítnutí hospitalizace (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

### 2.2. Hospitalizace bez souhlasu pacienta

Převzetí a držení pacienta v léčebném zařízení bez jeho souhlasu je upraveno třemi právními normami:

- a) Listinou základních práv a svobod,

- b) Zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu,
- c) Zákonem č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

*Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče:*

- a) *jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení - týká se infekčních, parazitárních a pohlavních nemocí,*
- b) *jestliže osoba jevící známky duševní poruchy nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí - nebezpečí musí být zjevné, nikoliv pouze potenciální,*
- c) *není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas (kvalifikovaný souhlas) a jde-li o neodkladné výkony nutné k záchraně života a zdraví u nemocných v bezvědomí a v amentních či deliriozním stavu, u pokročilé demence a pokud zjevně ohrožuje sebe nebo své okolí (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 60).*

#### **Ohrožením sebe rozumíme:**

- a) sebevražedné tendence nebo pokus,
- b) tělesná agrese,
- c) odmítání naléhavě důležitých psychofarmak, bez kterých by došlo k zdravotnímu poškození - chybí náhled na onemocnění způsobené duševní poruchou (Šimovcová, 2015).

#### **Ohrožení okolí rozumíme:**

- a) přímá agrese vůči druhým osobám,
- b) nepřímé agrese - zanedbávání péče o sebe, zahmyzení,
- c) nežádoucí chování - nevhodná manipulace s plynem, ohněm, elektřinou (Šimovcová, 2015).

Pacienti bývají často přivezeni ZZS za asistence PČR. Musí se jednat o osobu, která jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a která zároveň zjevně a aktuálně ohrožuje sebe nebo svého okolí agresivními projevy. Pokud je pacient přijatý bez jeho souhlasu, musí zdravotnické zařízení nedobrovolnou hospitalizaci hlásit do 24 hodin soudu, v jehož obvodu má zdravotnické zařízení sídlo. Nedobrovolnou hospitalizaci je nutné hlásit i tehdy, jestliže se pacientův stav zhoršil a je potřeba změnit hospitalizaci dobrovolnou na nedobrovolnou.

Soud musí do sedmi dnů od začátku nedobrovolné hospitalizace rozhodnout svým usnesením o přípustnosti převzetí pacienta do zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu. Rozhodnutí soud provede na základě vyslechnutí pacienta a ošetřujícího lékaře. Jestliže nedobrovolně hospitalizovaný pacient nemá svého zástupce, ustanoví mu soud opatrovníka pro toto řízení. Usnesení o nedobrovolné hospitalizaci je doručeno pacientovi, opatrovníkovi a psychiatrickému zařízení. Když u pacienta bude hospitalizace vyžadovat delší dobu, musí se soud vyjádřit k jeho dalšímu držení ve zdravotnickém zařízení. Jednání se účastní znalec - psychiatr z jiného zařízení, pacient, a jeho opatrovník. Rozsudek musí být vydán do tří měsíců od výroku o přípustnosti převzetí. Uvádí se v něm délka držení pacienta ve zdravotnickém zařízení a jeho účinnost zanikne po uplynutí jednoho roku ode dne jeho vyhlášení, není-li v něm uvedena doba kratší. Pacient může být propuštěn před uplynutím doby uveden v rozsudku. Prodloužení držení nad uvedenou dobu vyžaduje znalecké šetření a rozhodnutí soudu (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Nedobrovolná hospitalizace se soudu nehlásí u osob zbavených způsobilosti k právním úkonům, pokud za ně dal souhlas jejich opatrovník, u osob vykonávající soudem nařízenou ochrannou ústavní léčbu a u osob přijatých na základě rozhodnutí soudu za účelem pozorování duševního stavu z důvodů znaleckého vyšetření. Jestliže nedobrovolně hospitalizovaný pacient svévolně opustí psychiatrické zařízení, podá ošetřující lékař hlášení na místní oddělení PČR *Oznámení o útěku pacienta* s žádostí o zadržení a vrácení pacienta do psychiatrického zařízení. Odpovědnost za vzniklou škodu u útěku může nést i zdravotnické zařízení, v případě, že se prokáže, že náležitý dohled osoby byl zanedbán (Raboch a Zvolský, 2001).

### 2.3. Ochranná léčba

Pod ochrannou léčbou si představme povinné léčení uložené soudem pachateli trestného činu, který trpí duševní nemocí, v důsledku které se dopustil protispolečenské jednání. Jedná se o případy, kdy duševní nemoc vedla k vymizení rozpoznávacích schopností pachatele, v důsledku nich nemohl rozpoznat co je nebezpečné pro společnost. V této situaci může soud rozhodnout o pachatelovi nepřičetnosti tzv. za člověka, který za svůj čin v důsledku duševní nemoci trestně odpovědný. Jestliže duševní nemoc stále u pachatele trvá a znamená pro společnost potenciální nebezpečí, uloží soud ochranné léčení. Soud může ukládat různé druhy ochranného léčení - psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické popř. jejich kombinaci. Ochranné léčení může být formou ambulantní nebo ústavní. Délka léčby

se odvíjí od psychického stavu pacienta. Výjimku tvoří pouze protialkoholní a protitoxikomanické ochranné léčení (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

*„Když se pacient dopustí závažného přestupku, kterým maří účel ochranné léčby, může být z podmětů zdravotnického zařízení stíhán pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí. Je důležité, aby byl pacient riziku maření dostatečně poučen na začátku zahájení ochranné léčby“* (Raboch a Zvolský, 2001, s. 523).

### 3. AGRESE

Agrese a hostilita jsou v současné době čím dál více častější. Např. ze zpráv můžeme vidět, že je stále více agresivních projevů v běžném lidském životě, kdy nejčastějšími agresory je mladší populace. Celkově tak ve společnosti dochází k potlačení respektu a úcty k ostatním lidem. V důsledku toho, se zdravotnický personál setkává s agresivním chováním i ve zdravotnickém zařízení (Burda, 2014).

Jak zmiňuje Zacharová (2009, s. 471). „*Sestra je mnohdy první osob, která se v klinické praxi s pacientem setkává. Je to právě ona, která s ním komunikuje v čekárně, přijímá ho na oddělení, předává pokyny, které nemocného směřují na další vyšetření, ošetřuje zranění a v neposlední řadě stojí po boku lékaře, aby mu asistovala při odborných výkonech*“.

Proto je nutné, aby všeobecná sestra uměla poznat výkyvy nálad, změny v chování a reakce pacienta na nemoc. Agresivní pacient a násilí jsou vážnou obavou sester ve všech oblastech klinické praxe. Trénování strategie, postupů, předcházení a řízení agresivních epizod pacientů by mělo být dostupné ve všech pracovištích (Boyd, 2008).

#### 3.1. Základní pojmy

**Agrese** (lat. *agressio* = výpad, útok) je z pohledu psychiatrie chápána jako „*jakákoliv forma chování, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit nebo mu ublížit*“ (Harsa et al., 2012, s. 15).

Z pohledu ošetrovatelství je popsána agrese jako „*útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit*“ (Zacharová, 2009, s. 471).

#### Stupně agrese:

- **Nepřátelství = hostilita** - je nejnižší stupeň agrese, „*při vystupování nám pacient dává najevo své antipatie*“ (Petr a Marková, 2014, s. 171).
- **Verbální agrese** - je druhý stupeň agrese, existuje **přímá** - pacient je vulgární vůči ostatním, **nepřímá** - formou dopisů či telefonátů, nebo **ideatorní** - jedná se o fantazii, doměnky, které pacient ventiluje navenek,
- **Brachiální agrese** - je třetím nejzávažnějším typem, jedná se o agresi fyzickou vůči živým tvorům nebo věcem (Petr a Marková, 2014).

**Druhy agrese:**

- **Autoagrese** - „což je násilí zaměřené na sebe, patří sem sebevražedné pokusy či sebepoškozování“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 106).
- **Heteroagrese** - „je agrese zaměřená navenek“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 106).

**Agresivita** (lat. aggressivus = útočný) charakterizujeme jako vnitřní pohotovost jednat útočně neboli sklon, tendence jednat útočně. Míra agresivity je ovlivněna osobností člověka. Člověk, který má vyšší míru agresivity, má větší sklony být agresivní (Harsa et al., 2012).

**Neklid** lze definovat jako stav zvýšené pohybové aktivity. Má různé stupně forem neklidu, od mírné formy, jako je zvýšená gestikulace, přešlapování až po výrazný celkový neklid, kdy pacient bezcílně pobíhá a aktivně ovlivňuje své okolí (Petr a Marková, 2014).

**Agitovanost** je následným projevem neklidu, který je typický celkovou motorickou aktivací a velkým neklidem. Často vyústí v násilné chování (Látalová, 2013).

**Násilné chování** „je použití síly vůči lidem nebo věcem spojené často s nepřátelským afektem“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 106).

### 3.2. Agresivní pacient

Jedná se o pacienta v akutním psychickém stádiu, který vyžaduje trvalý dohled a zvýšenou psychiatrickou péči. Je to stav často spojený se všemi možnými projevy nespolupráce, tedy s akutním neklidem, agresivním chováním pacienta vůči okolí nebo k sobě samému, nebo odmítá léčbu. Pacient je těžce zvládnutelný a není s ním dobrá komunikace nebo je komunikace zcela nemožná. Tyto důvody jsou indikací k poskytování intenzivní péče na psychiatrickém oddělení (Psychiatrická nemocnice Bohnice).

### 3.3. Příčiny vzniku agrese

Často jsou se vznikem agresivního chování spojeny následující stavy.

1. Intoxikace alkoholem, drogami, vznikem delirantních stavů, vyžadování si drog, osobnostní porucha u explozivních jedinců, asociálních jedinců (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).
2. Vznik psychózy - „paranoidní psychóza, přechodná psychotická porucha, vznik mánie“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 109).

3. Organické poruchy - „*akutní stavy zmatenosti, mozková afekce, epilepsie, chronický etylismus*“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 109).
4. Bolest a frustrace - „*příliš dlouhá doba strávená v čekárně, strach pacienta*“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 109).

### 3.4. Varovné signály rozpoznání blížící se agrese

Varovnými signály se dá rozumět jako předstupeň blížící se agrese, kdy může posloužit zjištění anamnézy násilných činů z minulé hospitalizace, vyhrožování pacientem vůči zdravotníkům „*vy ještě uvidíte, kdo já jsem*“ apod., nadávky, výhrušné postoje. Také si lze všimnout neverbálních projevů agrese u pacienta, např. psychomotorického neklidu jako je přecházení z místa na místo, rychlých pohybů, podrážděností, kdy pacient zvyšuje hlas. Také si lze všimnout zlosti v obličeji, změny barvy v obličeji, vyšpulení rtů, postoj těla bývá v tenzi, typický může být i záměrné neodpovídání na položenou otázku (Burda, 2014).

### 3.5. Obecné bezpečnostní zásady při kontaktu s agresivním pacientem

V případě, že hrozí riziko agrese, je důležité myslet na následující bezpečnostní zásady:

- mít zabezpečenou ústupovou cestu,
- nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat si pomoc,
- při předpokladu agresivního či agitovaného pacienta zajistit dopředu dostatek dalšího zdravotnického personálu,
- jestliže se pacient chová v ambulanci násilně, nebránit jeho útěku,
- odstranit z dosahu pacienta nebezpečné předměty například nůžky,
- dodržovat bezpečnou vzdálenost delší než je délka natažené paže od agresivního pacienta,
- pokud má jednání pacienta charakteru kriminálního chování, kontaktovat okamžitě PČR,
- je důležité myslet, že bezpečí zdravotnického personálu je na prvním místě (Papežová, 2014).

### 3.6. Obecná pravidla při komunikaci s agresivním pacientem

Je vhodné zachovat určité pravidla v chování i komunikaci, které mohou pomoci ke zklidnění agresivního pacienta.

- zachovat klid při komunikaci s pacientem, naslouchat a nenechat se vyprovokovat,
- nereagovat na agresi protiútokem, nenechat se vyprovokovat a nemluvit vulgárně,
- vyslechnou stížnost pacienta,
- být empatický a projevovat zájem o situaci pacienta,
- nehodnotit chování, neodsuzovat pacienta,
- snažit se zjistit příčiny vzniku hněvu,
- podle možností vyhovět pacientovi popřípadě vysvětlit nemožnost nápomoci,
- zhodnotit situaci, probrat závěr, zeptat se jestli pacient všemu porozuměl,

Během komunikace je důležité dodržovat bezpečný odstup od pacienta (Zacharová, 2009).



#### 4. OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY

Legislativa pro používání omezovacích prostředků je stanovena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve Věstníku MZ ČR č. 7/2009 o používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotních zařízeních ČR a v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (Raboch et al., 2010).

Věstník MZ č. 7/2009 o Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky (MZ ČR, 2009) definuje používání omezovacích prostředků následovně: „*Použití omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí.*“

Omezovacími prostředky se rozumí přijetí pacienta do zdravotnického zařízení, kdy je omezen jeho kontakt s okolím. Patří sem omezení pacienta ochrannými pásy nebo kurty, terapeutická izolace, síťové lůžko, ochranný kabátek, manuální fixace a parenterální medikace aplikovaná bez souhlasu pacienta (viz. kap. č. 4.1 – 4.5). Naopak mezi omezovací prostředky nepatří pobyt v terapeutické izolaci nebo v síťovém lůžku, které nejsou uzavřeny, fixace pacienta v křesle k udržení stability, připoutání končetiny pro aplikaci infuze anebo upevnění zábran k lůžku (Raboch et al., 2010).

Omezovací prostředky se musí použít jen v naléhavých případech, kdy je pevně daný, že pacientovo chování je riskantní a hrozí bezprostřední nebezpečí. Nikdy nesmí být použity k usnadnění práce zdravotnickým pracovníkům nebo potrestání pacienta (Jones, Fitzpatrick a Rogers, 2012).

Omezovací prostředky se musí použít až v krajních situacích, kdy byly vyčerpány mírnější možnosti např. verbální zklidnění. Krajní situací se rozumí bezprostřední ohrožení zdraví pacienta, nebo velice pravděpodobné zhoršení zdravotního stavu, pokud by nebyl omezovací prostředek použit. Musí být použity pouze po dobu nezbytně nutnou. Indikovat omezení pacienta je v kompetenci pouze lékaře, není-li lékař přítomný, může o použití omezovacího prostředku rozhodnout i jiný zdravotnický pracovník za podmínky, že po jeho aplikování neprodleně informuje lékaře, aby mohl v co nejkratší době potvrdit omezení. Vždy je nutné uvést důvod, proč bylo omezení indikováno (Dohnalová, 2011).

Při usměrňování neklidného pacienta se nepoužívají bolestivý hmaty či nehumánní postupy a přístup musí být přiměřený, organizovaný a rozhodný, za přítomnosti odpovídajícího množství personálu. Během omezení musí být pacientovi věnován zvýšený dohled a ošetrovatelská péče. Také je důležité zajistit nepřítomnost ostatních pacientů, aby nehrozilo riziko napadení pacienta v omezení, uvolnění omezení jiným pacientem či působení negativního vlivu na psychický stav omezeného pacienta (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Zdravotnický personál zajištěnu komplexní ošetrovatelskou péčí, včetně měření fyziologických funkcí, vede dokumentaci výstižně, srozumitelně a chronologicky, jednotlivé zápisy musí být čitelné, věcné (Dohnalová, 2011).

Podle standardů PNKM č. 12 o Používání omezovacích prostředků musí obsahovat záznam o použití omezovacího prostředku následující údaje: *počátek omezení - datum a čas, druh omezení, zdůvodnění opatření, popis situace a psychického stavu pacienta které předcházely použití omezovacího prostředku, jméno a příjmení lékaře, který rozhodl o použití omezovacího prostředku, ukončení omezení - datum a čas, jméno a příjmení lékaře, který rozhodl o ukončení omezovacího prostředku.*

#### **4.1. Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty**

Znamená krátkodobé omezení pohybu pacienta v lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách (Příloha č. 3 a č. 4). Cílem je zabránění sebepoškození pacienta nebo riziku suicidia, poškození majetku, zajištění bezpečnosti ostatních pacientů nebo zdravotnického personálu. Je indikováno u pacientů s projevy psychomotorického neklidu, s autoagresivními projevy, dále u stavů, které s největší pravděpodobností vedou ke vzniku agrese, nebo na vlastní žádost pacienta (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Při usměrňování pacienta platí pravidlo, že každou končetinu kontroluje jeden člen zdravotnického personálu a lékař kontroluje hlavu pacienta. Pokud to situace umožňuje, je dobré mít dopředu připraveno lůžko s popruhy (Papežová, 2014).

Podle standardů PNKM č. 12 o Použití omezovacích prostředků je interval kontrol zdravotního stavu pacienta při použití omezení v pohybu ochrannými kurty 30 minut, kdy všeobecná sestra kontroluje stav prokrvení a inervaci končetin, hydrataci a vědomí, přitom zápisy do zdravotní dokumentace provádí každých 60 minut. Dle ordinace lékaře kontroluje fyziologické funkce. Lékař kontroluje zdravotní stav pacienta v intervalu 4-6 hodin, dle jeho zvažování.

Všeobecná sestra je kompetentní k rozhodnutí o ukončení omezení pacienta v lůžku (Švarc, 2008).

Mezi nejčastější komplikace patří poranění pacienta, členů zdravotnického personálu v průběhu usměrňování pacienta. Během omezení může dojít k poruše prokrvení nebo inervace končetin, vzniku trombózy, odřenin z příliš silného utažení popruhů, či jejich nedostatečné vypodložení. Také může dojít k prochladnutí pacienta, aspiraci, poranění pacienta jiným pacientem, vzniku pneumonie, dekubitů při déle trvajícím omezení pacienta v lůžku (Petr a Marková, 2014).

#### 4.2. Terapeutická izolace

Marková definuje terapeutickou izolaci jako „*znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení jeho uzavřením v samostatné místnosti k tomu určené*“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 120). Cílem je zajištění bezpečnosti pacienta, ostatních pacientů, návštěv, zdravotnického personálu nebo zabránění poškození majetku ve zdravotnickém zařízení. Je indikováno u pacientů s neřešitelným, výrazně obtěžujícím chování pacienta vůči ostatním osobám na oddělení např. hlučným projevem, obnažováním, nedodržování hygienických norem. Dále u pacientů s výrazným rizikem ohrožení svého stavu jako je polykání nepoživatelných předmětů např. lžice nebo přijímání nepřiměřeného množství tekutin a stravy např. přepíjení. Také u pacientů s psychomotorickým neklidem ohrožující ostatní osoby a osob s porušováním léčebného režimu u infekčních nebo parazitárních onemocnění (Petr a Marková, 2014).

Terapeutická izolace by měla být uzavřená místnost, nepřístupná ostatním pacientům - možnost nahlížet ostatními pacienty nebo návštěvy. Použito musí být nerozbitné sklo nebo speciální folie proti vysypání, odstraněny nebezpečné předměty, zvážení přítomnosti lůžka nebo pouze matrace, vhodné, když je součástí terapeutické izolace i toaleta s koupelnou. Místnost by měla být vybavena monitorovacím zařízením např. panoramatickým kukátkem nebo kamerovým systémem. Dbáme na zajištění vhodné teploty pokoje s dostatkem světla. Před umístěním pacienta do terapeutické izolace je nutné odebrat nebezpečné předměty, které by vedly riziku sebepoškození např. zápalky, zapalovače, ostré předměty, provázky, tkaničky či léky (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Všeobecná sestra zapisuje pravidelně chování pacienta každých 60 minut do zdravotnické dokumentace a dle ordinace lékaře kontroluje fyziologické funkce. Lékař kontroluje zdravotní stav pacienta v 6 až 8 hodinových intervalech podle svého zvážení, kdy hodnotí aktuální psychický i somatický stav pacienta, důvody pro případné další pokračování omezení a čas následující kontroly zdravotního stavu (PNKM, Standard č. 12).

Mezi komplikace patří poranění pacienta cizím předmětem při nedostatečné kontrole před umístěním do terapeutické izolace, způsobení psychického traumatu z umístění pacienta v izolace a komplikace z nedostatečné ošetrovatelské péče - dehydratace, prochladnutí (Petr a Marková, 2014).

### **4.3.Sít'ové lůžko**

Jedná se o speciální lůžko, které je ze všech stran včetně stropu opatřeno sítí, která je uzamykatelná a slouží k omezení volného pohybu pacienta. Sít'ové lůžka jsou oddělena od ostatních standardních lůžek ve speciálních pokojích. Nevýhodou sít'ových lůžek je, že pokud dojde k znečištění sítě, musí se celá síť vyměnit a nahradit druhou. Tato situace se může opakovat i několikrát denně, proto musí být oddělení vybaveno dostatečným množstvím sítí. Cílem sít'ového lůžka je zabránit poranění pacienta, ostatních osob nebo majetku. Indikuje se u dlouhotrvajících psychomotorických neklidných pacientů, kdy nefunguje farmakologická léčba - nejedná se tedy o akutní stavy neklidu. Také jako prevence pádu v gerontopsychiatrii, při zachování relativního komfortu a volnosti pohybu. V určitých případech je sít'ové lůžko využíváno jen přes noc např. opakující se noční neklid, kdy bloudí po pokoji, budí ostatní pacienty. Mezi komplikace patří poranění pacienta při sebepoškození o kovovou konstrukci lůžka, vznik svalové atrofie, omezení hybnosti kloubů při dlouhotrvajícím či častým omezení pacienta v sít'ovém lůžku a také prochladnutí pacienta při nedostatečném tepelném komfortu (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

### **4.4.Ochranný kabátek**

Též nazývaná kazajka, se jedná o opatření, které se využívá velmi ojediněle (Příloha č. 5 a č. 6). Používá se zejména při projevech sebepoškozování např. škrábání obličeje, vytrhávání vlasů, kdy není nezbytně nutné omezit veškerý volný pohyb pacienta, nebo při transportu pacienta v rámci vyšetření (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Po nasazení ochranného kabátku sleduje všeobecná sestra trvale chování pacienta a jeho změny. Každou hodinu zapisuje do dekurzu aktuální psychický stav pacienta. Dle rozhodnutí lékaře kontroluje fyziologické funkce pacienta. Každé 2 hodiny provádí sestra kontrolu hybnosti a prokrvení končetin. Lékař kontroluje zdravotní stav pacienta ve 4 až 6 hodinových intervalech podle svého zvážení, zdůvodnění intervalu kontrol zapíše do dekurzu pacienta. Při kontrole lékař popíše aktuální psychický i somatický stav pacienta a důvody pro případné další pokračování omezení a čas následující kontroly zdravotního stavu. Ukončit omezení může jak lékař, tak i sestra za předpokladu nepotřeby ponechávat omezení (PNKM, Standard č. 12.).

#### **4.5. Manuální fixace**

V České republice se tento omezovací postup příliš nepoužívá. Jedná se o opatření, kdy je pacientovi bráněno v pohybu zdravotnickým personálem, a poté většinou následuje podání farmakologické medikace. Toto omezení vyžaduje speciální výcvik, který spočívá ve znalosti hmatů k znemožnění pacientova pohybu a zároveň mu nezpůsobí zranění (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Při použití úchopu pacienta je nezbytná převaha na straně zdravotnického personálu, minimální počet je 3 nejlépe však 5 zdravotníků. Tento způsob omezení musí trvat vždy co nejkratší dobu, maximálně do 30 minut (PNKM, Standard č. 12.).

#### **4.6. Ošetrovatelská péče v průběhu omezení pacienta**

Po celou dobu omezení je pacientovi věnovaný zvýšený dohled a ošetrovatelská péče. Podle použití omezovacího prostředku všeobecná sestra pravidelně provádí kontroly zdravotního stavu pacienta, zaznamenává zápisy chování v pravidelných intervalech do dekurzu, monitoruje stav vědomí, dýchací cesty (např. zahlenění, riziko aspirace) a fyziologické funkce. Také poskytuje pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace - minimální příjem tekutin 2000 ml/denně, výživy - dohled, případně dopomoc při příjmu potravy, vyprazdňování - sleduje vylučování moče a stolice, hygienu - celková koupel, péče o dutinu ústní, dle potřeby vyměňuje osobní a ložní prádlo. Pečuje o kůži pacienta, zajišťuje prevenci vzniku dekubitů pravidelným polohováním pacienta a používáním antidekubitních pomůcek (Petr a Marková, 2014).

## 5. LÉČBA NEKLIDNÉHO PACIENTA

Zmírnění neklidu můžeme dosáhnout nefarmakologickým i farmakologickým přístupem popřípadě jejich kombinací. Jako poslední možnost zejména při autoagresivním a heteroagresivním jednání volíme omezení pacienta (Papežová, 2014).

### 5.1. Nefarmakologický přístup zvládnutí neklidu

Nefarmakologické přístupy jsou stejně důležité jako farmakologické, jsou první volbou zmírnění neklidu. Ne vždy vyžaduje neklid či agitovanost aplikaci zklidňujícího léku a řada situací neklidu nepřerůstá v agresivní jednání. Je nezbytné, se rychle zorientovat v situaci a navázat s pacientem kontakt, aby bylo možné co nejdříve vyhodnotit příčinu neklidu a nalézt vhodný postup ke zklidnění pacienta. Většina neklidu lze zmírnit vhodně použitými nefarmakologickými přístupy (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

#### 5.1.1. Obecné faktory, které je nutné odstranit k úspěšnému zklidnění pacienta:

1. Prostředí - vyloučit zevní faktory, které zhoršují neklid. Zhoršení neklidu může vyvolat hluk, přelidněné prostředí, světlo, neklidní nemocní v místnosti, nezkušený a necitlivý přístup personálu, nízký počet personálu,
2. Pohodlí nemocného - zlepšit vnitřní pohodu pacienta. Uspokojit potřeby pacienta - pocit hladu, žízně, chladu, bolesti, spánkové deprivace,
3. Poskytnout čas - poslouchat, co nám chce pacient říct. Je důležité věnovat pacientovi dostatek času, aby měl možnost sdělit své obavy či obtíže. V akutní medicíně se tomuto faktoru často nevěnuje dost pozornosti. Nejhorší je nechat pacienta napospas jejich strachům, pocitu nejistoty a bezmoci,
4. Pochopení - vyjádřit empaticky porozumění problémům pacienta. Používat uklidňující věty, např. „*Chápu, že jste v náročné situaci, musí to pro Vás být těžký tímto procházet*“ a současně vyjadřovat naději, např. „*Uvidíte, že bude líp*“, „*Můžete se spolehnout na odbornost lékařů*“, „*Sestřičky vědí, co dělají*“,
5. Připravit pacienta na průběh léčby a péče - srozumitelně, jednoduše a pomalu informujeme pacienta o tom, co se bude dít, vysvětlíme trpělivě, co ho čeká. Vyvarujeme se slibování, co nedokážeme splnit či zaručit (Papežová, 2014).

### 5.1.2. Zklidňující (deeskalační) techniky

S pacientem vedeme klidný a srozumitelný rozhovor, projevujeme zájem o jeho problémy a snažíme se vzbudit jeho důvěru. Situaci pacienta nezlehčujeme, nabízíme mu podporu, vhodné řešení problému. Tón našeho hlasu by neměl znít výhružně, nekřičíme, ale mluvíme jasně a důrazně. Gesty a tělesným postojem naznačujeme, že je pacient v bezpečí, nejvhodnější postoj je mít ruce volně podél těla. Pokusíme zaměřit pozornost pacienta jedním směrem, odvést jeho pozornost od nepříjemných myšlenek, obav či zmatku. Použití techniky zklidnění dechu u úzkostných pacientů - pacienta vyzveme, aby se snažil nadechnout do břicha a pomalu vydechoval, uvědomoval si svůj dech a jeho průběh tělem. Při hrozícím agresivním jednání dodržujeme osobní prostor pacienta, bezpečnou vzdálenost, k pacientovi se nikdy neotáčíme zády, nikdy s ním nezůstáváme sami v uzavřené místnosti, odstranění nebezpečných věcí, mít připravenou únikovou cestu, zajištění dostatečného počtu zkušeného zdravotnického personálu (Papežová, 2014).

### 5.2. Farmakologický přístup zvládnání neklidu

Farmakologický přístup volíme, pokud selhaly nefarmakologické deeskalační techniky. Mezi nejčastější stavy, kdy je nutné volit farmakologický přístup, patří psychomotorický neklid, agitovaní a agresivní pacienti. K tlumení neklidu lze použít benzodiazepiny, antipsychotika, popřípadě jejich kombinace. Psychofarmaka k rychlému zvládnutí neklidu musí splňovat následující podmínky - rychlý nástup účinku, dostupnost v různých lékových formách, minimum nežádoucích účinků a interakcí (Petr a Marková, 2014).

Možnost podání perorálního léku je vždy první volbou. Pokud pacient odmítá užít perorální lék, volí se injekční aplikace léku, kdy je nástup účinku rychlejší a výhodou je i jistota, že účinná látka byla do těla vpravena. Na rozdíl od perorálních léků, které mohou být vyplivnuty nebo zadrženy v dutině ústní (Látalová, 2013).

Zvolit správný lék je ovlivněn mírou neklidu, přítomností přidružených somatických onemocnění, současně užívanými léky či psychoaktivními látkami. Také záleží na věku pacienta, předchozí zkušenosti s efektem konkrétního léku, popřípadě předchozí zkušenost lékaře s daným lékem. Aplikování správné medikace minimalizuje nutnost použití restriktivních opatření (Papežová, 2014).

Jestliže došlo k psychomotorickému neklidu z důvodu odvykacího stavu od psychotropní návykové látky nebo alkoholu, dává se přednost benzodiazepinům - nejvhodnějším je Diazepam, Tiaprid - Tiapridal nebo Klomethiazol - Heminevrin. U psychóz je nejvhodnější kombinace Haloperidolu inj. i. m. a Apaurinu inj. i. m., který se může dále aplikovat v intervalech 1-2 hodin až do zklidnění pacienta. Je možné aplikovat i atypická neuroleptika. U geriatricky neklidných pacientů lze podat Tiaprid - Tiapridal, Melperon - Buronil, Haloperidol nebo Quetiapin ve všech možných formách léků (Příloha č. 7). Po aplikaci psychofarmak je nutné sledovat celkový stav pacienta a monitorovat možné nežádoucí účinky léků, které jsou zmíněné v následující kapitole (Petr a Marková, 2014).

### 5.2.1. Benzodiazepiny

Též nazývaná anxiolytika, jsou psychofarmaka, která potlačují úzkost a působí tlumivě na centrální nervový systém. V určité míře mají i účinek hypnotický, antikonvulzivní a myorelaxační. Odstraňují psychické napětí, strach, úzkost, zlepšují náladu, současně však způsobují útlum (Šimovcová, 2015).

Benzodiazepiny jsou vhodné pro zvládnání náhlého vzniklého agresivního a neklidného chování, zejména organicky podmíněného akutního neklidu jako odvykací stavy při užívání drog, alkoholu, infekci, epilepsii a cévních mozkových příhod. Je potřeba se vyvarovat podání u starších pacientů z důvodu jejich delirogenního působení. Jsou upřednostňovány před podáním samotných neuroleptik, které způsobují závažné extrapyramidové vedlejší účinky a posturální hypotenze. Často se benzodiazepiny kombinují s neuroleptiky (Beer, Pereira a Paton, 2008).

Volí se léky s krátkodobým poločasem a bez aktivních metabolitů např. Diazepam - Apaurin, Lorazepam, Midazolam, Klonazepam - Rivotril (i když má delší poločas). Diazepam se podává pouze perorálně a intravenózně, neaplikuje se intramuskulárně z důvodu jeho problematického a pomalého vstřebávání. Hlavním nežádoucím účinkem benzodiazepinů je riziko útlumu dechového centra. Při vzniku dechové nedostatečnosti - pokles saturace kyslíku pod 95% a snížení dechové frekvence pod 10 dechů za minutu aplikujeme antidotum Flumazenil (Papežová, 2014).

Léčba benzodiazepiny má být krátkodobá, kvůli riziku vzniku závislosti (Beer, Pereira a Paton, 2008).



### 5.2.2. Antipsychotika

Dříve nazývaná neuroleptika, jsou léky, nejčastěji indikovaný v případě rychlého zklidnění pacientů s diagnózou schizofrenie, mánie, organickou psychickou poruchou, léčba akutních příznaků psychotických onemocnění, udržovací léčba a léčba symptomů úzkosti. V současné době jsou vytvořeny léky s jednoznačněji definovaným receptorovým účinkem a s nižším výskytem nežádoucích účinků. Využití antipsychotik je založeno hlavně na empirické zkušenosti. Nevykazují kauzálně léčebné účinky, ale zrychlují zotavení a předcházejí relapsům a prodlouží dobu remise (Beer, Pereira a Paton, 2008).

Jedná se o léky působící blokádu dopaminovaných receptorů na psychotické příznaky schizofrenního okruhu především halucinace, bludy, formální poruchy myšlení, agitovanost, hostilitu a sociální stažení. Rozdělují se do dvou skupin - antipsychotika 1. generace také nazývaná typická neboli klasická a antipsychotika 2. generace neboli atypická (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

#### 5.2.2.1. Antipsychotika 1. generace (typická, klasická)

Prvním typickým antipsychotikem se stal chlorpromazin. Byl vyvinutý pro anesteziologické účely v roce 1950. Kromě léčby psychóz mají širší pole působnosti, mezi ně patří antihistaminový, sedativní, částečně anxiolytický i antidepressivní účinek. Klasická antipsychotika dobře ovlivňují pozitivní psychotické příznaky - halucinace, bludy, dezintegraci myšlení ale nemají dostatečný vliv na negativní příznaky - autismus, oploštělou afektivitu, apatii, kognitivní funkci mohou také zhoršovat (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

Klasická antipsychotika se dělí na sedativní a incizivní. **Sedativní antipsychotika** mají tlumivý a sedativní účinek, proto jsou vhodná pro zvládání agresivity. „*Vyznačují se nízkou miligramovou účinností, hypnosedativním působením a slabou tendencí ovlivňovat extrapyramidový systém - nezpůsobují extrapyramidové nežádoucí účinky*“ (Látalová, 2013, str. 214). **Incizivní antipsychotika**, jejichž nejznámějším reprezentantem je haloperidol, který je k dispozici v různých lékových formách - kapky, tablety, injekce, depotní injekce. Jsou zatížena významnými nežádoucími účinky především extrapyramidovými poruchami, útlumem a rizikem vyvolání tardivních dyskinez při dlouhodobém podávání. Přičemž jsou široce užívány v rámci akutního zásahu u agresivního pacienta s psychotickou problematikou a neklidem (Látalová, 2013).

Tabulka 1: Přehled antipsychotik 1. generace (typická, klasická)

Chemická skupina	Název látky	Firemní název	Obvyklá denní dávka (mg)
<b>Sedativní antipsychotika</b>			
Fenothiaziny	Chlorpromazin Metotrimeprazin Thioridazin Periciazin	Plegomazin Tisercin Thioeidazin Neuleptin	200-600 mg 50-400 mg 100-600 mg 10-60 mg
Thioxanteny	Chlorprothixen	Chlorprothixen	100-600 mg
<b>Incizivní antipsychotika</b>			
Fenothiaziny	Perfenazil	Perphenazil	16-64 mg
Butyrofenony	Haloperidol Melperon	Haloperidol Buronil	2,5-10 mg 50-300 mg
Thioxanteny	Flupentixol Cisklopenthixol	Fluanxol Cisordinol	6-18 mg 20-100 mg
Perathiepiny	Oxyprotepin	Meclopin	5-20 mg
Difenylbutyl-piperidiny	Pimozid Fluspirilen	Orap Imap	2-10 mg 2-10 g

(Zdroj: Raboch a Zvolský, 2001, s. 445)

**5.2.2.2. Antipsychotika 2. generace (atypická)**

Antipsychotika 2. generace tvoří nesourodou skupinu, která se liší v receptorovém účinku. Hlavní odlišností od klasických antipsychotik je chybění extrapyramidového účinku, nebo jeho podstatně menší výskyt a lepší snášenlivost (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

Při porovnání s 1. generací mají srovnatelnou účinnost v léčbě pozitivních příznaků, lépe ovlivňují negativní a afektivní symptomy a méně postihují kognitivní funkce u psychotických onemocnění. V praxi to znamená, že jsou lépe snášena pacienty, kteří při léčbě více spolupracují a jejich kvalita života a sociální funkce jsou na lepší úrovni. Některá antipsychotika účinkují i farmakorezistentních pacientů - Klozapin, Olanzapin, Risperidon. Současně dochází ke snížení relapsů schizofrenie než u 1. generace. Pro svůj příznivý terapeutický profil, a lepší snášenlivost jsou nyní lékem první volby u prvních epizod schizofrenie (Raboch a Zvolský, 2001).

Tabulka 2: Přehled antipsychotik 2. generace (atypická)

Název látky	Firemní název	Obvyklá denní dávka
<b><i>Selektivní antagonisté dopaminových receptorů (D2/D3)</i></b>		
Tiaprid	Tiapridal Tiapa Pridal	200-600 mg
Sulpirid	Dogmatil Prosulpid	400-1200 mg
Amisulprid	Solian	400-1200 mg
<b><i>SDA: antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů (S2 a D2)</i></b>		
Risperidon	Risperdal	4-8 mg
Ziprasidon	Zeldox	80-160 mg
Iloperidon	Zomaril	80-160 mg
<b><i>MARTA: antagonisté multireceptorové, neboli receptorů dopaminových, serotoninových, histaminových, muskarinových, jednotlivé preparáty se liší v míře a selektivitě ovlivnění receptorových skupin</i></b>		
Klozapin	Leponex Alemoxan	200-500 mg
Olanzapin	Zyprexa	10-20 mg
Quetiapin	Seroquel	300-700 mg
Zotepin	Zotepil	100-300 mg

(Zdroj: Raboch a Zvolský, 2001, s. 452 - 453)

### 5.2.3. Nežádoucí účinky antipsychotik

Množství nežádoucích účinků v léčbě antipsychotik je široké, přičemž některé jsou tak závažné a obtěžující, že vedou k svévolnému nebo lékařem indikovaného vysazení. Můžou se objevit u všech druhů antipsychotik. Většinou se dostavují na začátku léčby, ještě před samotným terapeutickým účinkem. Při podezření nebo zjištění nežádoucího účinku je nutné ihned informovat lékaře (Beer, Pereira a Paton, 2008).

#### 5.2.3.1. Extrapyramidový syndrom

„Tento syndrom zahrnuje široké spektrum dobře definovaných reakcí, které se vyskytují v různých fázích léčby“ (Beer, Pereira a Paton, 2008, s. 64).

**Akutní dystonie** vzniká 1-2 dnů po podání antipsychotika, nebo po zvýšení dávky. Obvyklá bývá u mladých mužů. Jedná se o svalové spazmy v obličeji a krku, zejména v mimickém svalstvu a svalstvu jazyka. Potíže se projevují grimasa, plazení jazyka, stočení bulbů vzhůru nebo laterálně, torticollis - stočení hlavy k jedné straně krku, trismus - čelistní kontraktura,

nebo i opistotonus - pozice těla s obloukovitým prohnutím dozadu, trvající minuty až desítky minut. Pro pacienta jde o stav bolestivý a nepříjemný, objektivně však život ohrožující. Rychlá pomoc spočívá v aplikaci anticholinergika - Benzatropine 2 mg i. v. nebo i. m., nebo Diazepam, Dormicum či Midazolam 5 mg i. v. (Beer, Pereira a Paton, 2008).

**Akatizie** je subjektivní pocit neklidu doprovázený opakujícími se pohyby rukou a nohou se vstáváním nebo přecházením. Úlevu pacientovi přináší benzodiazepiny, cyproheptadin a beta-blokátory (Beer, Pereira a Paton, 2008).

**Parkinsonoid** patří mezi nejčastější nežádoucí extrapyramidový účinek. Projevuje se v rozmezí od bradykinéze až po akinézi se svalovou rigiditou, s chůzí po malých krůčcích se shrbeným postojem, silným třesem, hypersalivací a seboreou. Častěji postihuje ženy a starší osoby. Většinou vzniká do měsíce po zahájení léčby. Parkinsonoid může ustupovat po snížení dávky léku a po podání anticholinergní medikace (Beer, Pereira a Paton, 2008).

#### 5.2.3.2. *Neuroleptický maligní syndrom*

Patří mezi nejnebezpečnější neuromuskulární nežádoucí účinek antipsychotik. Vyskytuje se velmi zřídka jen 0,2 - 1% pacientů. Příznaky se objevují ihned po zahájení léčby a po rychlém zvýšení dávky. Mezi hlavní příznaky patří hypertermie, svalová rigidita, různé stupně bezvědomí, kolísavá hypertenze, pocení, tachykardie, zvýšení kreatinfosfokinázy (Beer, Pereira a Paton, 2008).

#### 5.2.3.3. *Další nežádoucí účinky antipsychotik*

- **Anticholinergní účinky** rozostřené vidění, sucho v ústech, zácpa a obtíže při močení,
- **Posturální hypotenze, reflexní tachykardie a opoždění ejakulace** - jsou způsobeny blokádu alfa 1- adrenergických receptorů,
- **Endokrinní účinky** - zvýšení hladiny prolaktinu způsobené dopaminergní blokádu může vyvolat galaktoreu a amenoreu i ztrátu libida u mužů,
- **Neuropsychologické účinky** - zhoršují koordinace, pozornosti a paměť,
- **Sedativní účinky, nadváha, granulocytopenii a další krevní poruchu** (Beer, Pereira a Paton, 2008).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6. CÍLE PRŮZKUMU

1. Zmonitorovat problematiku příjmu na uzavřeném psychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.
2. Popsat používání omezovacích prostředků na uzavřeném psychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.
3. Popsat problematiku hrozícího nebezpečí zdravotníků u agresivního chování pacientů.

## 7. METODIKA PRŮZKUMU

### 7.1. Metoda případové studie - kazuistika (case study)

Podle Žiakové (2009, s. 264) je „kazuistika specifickým příkladem kvalitativních metod, protože jde o výzkum na vzorku jedné osoby nebo situace - případu. Můžeme ji charakterizovat jako ucelenou a podrobnou studii jednoho případu. Je to souhrnný popis případu s údaji o začátku, vývoji a průběhu sledovaného fenoménu např. onemocnění, krizová situace v životě, případně okolnosti, které mohly vývoj nebo současný stav ovlivnit“.

Struktura kazuistiky by měla být vytvořena podle následující struktury, anamnéza, katamnéza (popis), analýza a interpretace (rozbor), závěr nebo diskuze (Žiaková a kol., 2009).

Kazuistiku jsem vybral jako nejvhodnější kvalitativní metodu pro získávání informací v ošetrovatelství. Umožnila mi seznámit se s problémy respondentů od začátku hospitalizace, se zahrnutím agresivního chování, usměrňování pacientů, použití omezovacích prostředků až po ukončení omezení. Kazuistika byla zpracována studiem zdravotnické dokumentace, rozhovorem s pacientem a popisem zklidňujících technik.

Kvalitativní výzkum byl aplikován na uzavřeném mužském oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Začátek sběru dat nastal v období září roku 2016 a byl ukončen v březnu roku 2017. Celkem je zde uvedeno pět nejzajímavějších kazuistik, se kterými jsem se v průběhu odborné praxe setkal. Byli vybráni pacienti s různou diagnózou, u nichž zdravotní stav vedl k projevům agresivního chování. U dvou pacientů se jednalo o diagnózu paranoidní schizofrenie, u dalších dvou poruchy způsobené alkoholem kdy u jednoho z nich se stav zhoršil odvykacím stavem s deliriem a u posledního byla přidělena diagnóza schizofaektivní porucha - manického typu.

**Podmínky pro výběr respondentů byly následovně stanoveny:**

1. Muselo se jednat o respondenty přijaté na uzavřené mužské psychiatrické oddělení s projevy agresivního chování
2. Jako zklidňující intervence musely být použity omezovací prostředky
3. Hrozilo nebezpečí zdravotnickému personálu
4. Autor se musel podílet při omezování agresivního pacienta

## 8. KAZUISTIKA Č. 1.

### 8.1. Základní údaje o pacientovi

- Pohlaví: Muž
- Jméno: J. M.
- Věk: 36 let

### 8.2. Anamnéza

**OA:** běžné dětské nemoci, žádné vážnější úrazy, bez epileptických záchvatů, nebyl v bezvědomí, léčí se s hypertenzí

**PA:** zaměstnán u Policie ČR, svéprávný

**AA:** pyly

**TA:** příležitostní kuřák, alkohol příležitostně, drogy neužívá

**SA:** bydlí s družkou a synem v bytě

**FA:** Prestarium neo 5/1,25 mg p. o. 1 tbl v 6 hodin

Risperidon 3 mg p. o. 1-0-0

**Partnerské vztahy:** žije s družkou, pracuje jako zdravotní sestra, mají 3 letého syna, čekají narození 2. dítěte

**Manželství:** svobodný

**Dětství:** nejstarší ze 3 dětí, porod a PM vývoj v normě, vzpomínky na dětství pěkné

**Škola:** vysokoškolské vzdělání

**Zájmy:** profesionální instruktor pro judo a sebeobranu, držitel černého pásu, 3x v týdnu bojové sporty, 2x v týdnu posilování

**Kriminalita:** trestně bezúhonný

**Střelná zbraň:** nyní nezpůsobilý pro manipulaci se zbraní

**Řidičský průkaz:** všechny skupiny

**Psychiatrická anamnéza:** celkem 29 dnů hospitalizován v jiném psychiatrickém zařízení pro F231 Akutní a přechodné psychotické poruchy - Akutní polymorfni psychotická porucha bez schizofrenních symptomů



### 8.3. Vyšetření lékařem na centrálním příjmu

**Parere:**

Přivezen ZZS Zlínského kraje, dnes od rána hlášen družkou únos dítěte, od dopoledních hodin nespolupracuje s PČR, několik hodin seděl s 3. letým dítětem v autě, odmítá vystoupit z auta, předal dítě družce, byl nutný zásah PČR a fyzická pacifikace, při které pacient agresivní, nasazena pouta, aplikace injekce Dormicum 5 mg i. v.

**Nynější onemocnění:**

*„Žije s družkou, mají v poslední době problémy, dnes ráno k sobě syna hodně tiskla, ten křičel, tak ho vzal do auta, odjeli na zastávku, tam stáli, bylo tam teplo, stáli tam několik hodin, on si přijde úplně normální, nemá žádné potíže, v minulosti byl hospitalizovaný na psychiatrii v jiném zdravotnickém zařízení s akutní psychotickou poruchou, ostatní říkali, že se směnil, mu ale nic nebylo, pak užíval nějakou dobu léky, pak je vysadil, podle něj se družka chová divně, vidiny ani slyšiny nemá, sledovaný se necítí, s PČR se pral, protože to tak v tu chvíli chtěl, cítil se ohrožený, souhlasí s hospitalizací“*

**Psychický stav:**

Vyšetřen v sanitě ZZS, při vědomí, rámcově orientovaný, situaci postihuje, tenzní, v anamnéze brachiální agrese, nepřiléhavé chování, které nedokáže vysvětlit, morósní, sklon k rezonanci, disimuluje, asuicidální, myšlení s paralogiemi, naznačena paranoidní bludná produkce, zejména paranoidita proti družce, jednání pod vlivem bludné produkce, ohrožování dítěte, heteroagresivita proti PČR, nekritický, medikaci vysadil, v popředí relaps akutní psychotické poruchy bez symptomů schizofrenie po vysazení medikace

**Plán:**

- Nedobrovolný vstup, převoz na oddělení 6A sanitou ZZS v doprovodu PČR
- Kontrola TK, P - 3x denně
- Běžné vstupní odběry

**Terapie:**

- Zvýšený dohled, zapisovat chování, CAVE: Agrese!
- Risperidon 1 mg 1-0-1 p. o.
- Při neklidu, agresivitě: Tisercin 2 amp. i. m. + Apaurin 1 amp. i. m.
- Při neklidu možno pacienta fyzicky omezit v lůžku po schválení lékařem

## 8.4. Průběh hospitalizace

0. den, 16:14

Pacient přivezen posádkou ZZS v doprovodu PČR na uzavřené mužské oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, při převozu spoután, aplikována injekce Dormicum 5 mg i. v. Na oddělení uložen na pokoj zvýšené péče, proběhlo předání pacienta na předem připravené lůžko s omezovacími kurty na všechny čtyři končetiny. V průběhu přijímání začal pacient spolupracovat, přiléhavější, nechal si změřit FF, omezení tedy zrušeno, souhlasil a podepsal nutné přijímací formalities.

1. den, 9:11

V průběhu dne byl pacient relativně klidný, slovně usměrnitelný, méně tenzní, myšlení mírně rozvolněné, paranoidní chování vůči družce přetrvávalo, bez halucinací, byl naměřen vyšší TK, pacient říká, že doma užívá Prestarium neo 5 mg ráno, první noc pacient nespal, při nočních kontrolách byl vzhůru a převaloval se. Poněvadž byl víkend, měl kontrolu stavu sloužícím lékařem, který zjišťuje „*byl rozčarovaný z jeho družky, dělala z něj d\*\*\*\*\* za jeho zády, když se mu to stalo poprvé, viděl různé mžitky, čmáranice, jakoby halucinace, to bylo minulý rok, byl s tím u ambulantního psychiatra, a pak hospitalizovaný na psychiatrii v jiném zdravotnickém zařízení*“, doma užíval Rorendo 2 mg nejdříve 2 tbl ráno a 2 tbl večer, pak to postupně snižovali, pak je s paní doktorkou vysadili, cítil se po nic unavený. Lékař ordinuje Prestarium neo 5 mg 1 tbl ráno, terapie jinak beze změn. Přes den jinak klidný, spolupracoval s ošetřujícím personálem.

1. den, 21:34

Večer došlo ke změně aktuálního stavu pacienta, kdy se choval neklidně, zvyšoval hlas, verbálně agresivní vůči personálu, nebylo možné ho slovně usměrnit, slovní domluvy bez efektu, direktivní, vyhrožoval, vzal z nástěnky v ošetřovně papírek kde jsou napsáni pacienti se zvýšeným dozor, dožaduje okamžitého vysvětlení „*proč je tam napsaný moje jméno, všechny vás odsud dostanu, chcete být ještě v této nemocnici? tady jste všichni skončili, zavolejte okamžitě na vyšší místa, ale okamžitě!, odpoledne tady bylo vyšetřování, šak vy dobře víte, a teď to video dávali v televizi, děláte ze mě č\*\*\*\*\*, já jsem tady z jiného důvodu, zavolám na vyšší místa*“ pohovorem zcela neusměrnitelný. Na začátku změny stavu byl přivolán sloužící lékař, který indikuje vzhledem k nebezpečnosti pacienta spolupráci PČR. Během čekání na příjezd PČR, pacient pochází po oddělení, budí jiné pacienty, požaduje, ať

vstávají „*tady probíhá vyšetřování*“. Po příjezdu 4 členné posádky PČR probíhalo v ošetřovně smlouvání s pacientem, aby si nechal aplikovat zklidňující injekci Tisercin 2 amp i. m. a Apaurin 1 amp i. m., ordinovanou lékařem. Pacient odmítal aplikaci injekce, nespolupracoval, ze strany PČR zkoušeli i přesvědčení, že jsou kolegové, tak musí spolupracovat, tak ani tak nevyhověl a po dlouhodobém smlouvání jeden člen PČR začal vytahovat paralyzér, jakmile to pacient uviděl, tak v tom momentě změnil názor a nechal si aplikovat zklidňující injekci, a z důvodu ohrožení okolí lékař indikoval omezení pacienta v lůžku.

Další postup probíhal podle směrnic, 1/2 hodinové kontroly zdravotního stavu, kontrola prokrvení všech končetin a 1 hodinové zápisy do dokumentace. Celou noc až do dalšího dne do 9:31 hodin byl medikamentózně utlumen, spavý, somnolentní, FF byly v normě.

1. den, 22:29

Pacient omezen za HKK i DKK, končetiny prokrveny, hybnost neporušená, zavodněn 200 ml čaje, omezení ponecháno, kontrola FF: TK - 155/100 mmHg, P – 102 za minutu, TT 36,5 C°, saturace O<sub>2</sub> - 96 %.

1. den, 23:23

Kontrola stavu při omezení za DKK i DKK, omezení vyhovuje, bez známek periferní cyanózy, končetiny teplé, během kontroly reaguje, zatím nespí.

2. den, 00:22

Kontrola hybnosti a prokrvení končetin bez porušení, cirkulace zachována, na pohmat teplé, momentálně pospává, FF: TK - 150/105 mmHg, P – 98 za minutu, TT – 36,6 C°, saturace O<sub>2</sub> – 96%.

2. den, 1:20

Kontrola zdravotního stavu sloužícím lékařem pacienta v omezení, pospává, při kontrolách se budí, nadále nepřiléhavý, paranoidní bludná produkce s vlivem na chování, končetiny prokrvené, teplé, hybnost v normě, indikace omezení trvá nadále

2. den, 2:17

Pacient v omezení za HKK i DKK, omezení bez výskytu komplikací, končetiny prokrveny, cirkulace zachována, při kontrolách se budí, podáno 250 ml čaje, přetrvává bludná produkce, omezení pokračuje, kontrola FF: TK - 160/100 mmHg, P – 120 za minutu, TT – 36,6 C°, saturace O<sub>2</sub> – 96%.

2. den, 3:25

Omezení v lůžku přerývá, kontrola končetin – končetiny prokrvené, pulzace hmatná, momentálně pospává, omezení ponecháno.

2. den, 4:28

Pacient mechanicky omezen v lůžku ochrannými kurty, končetiny prokrvené, momentálně spí, během kontroly se nebudí, omezení nadále ponecháno, FF: TK - 155/95 mmHg, P – 110 za minutu, TT – 36,7 C°, saturace O<sub>2</sub> – 98%.

2. den, 5:37

Kontrola sloužícím lékařem u pacienta v omezení, momentálně spí, končetiny prokrvené, z důvodu nepředvídatelné chování zatím indikace omezení zatím ponechat.

2. den, 6:33

Pacient v omezení, končetiny prokrvené, hybnost neporušena, pulzace hmatná, nadále spí, vědomí somnolentní, medikamentózně utlumený, doposud nemočil, FF: TK - 150/85 mmHg, P – 100 za minutu, TT – 36,6 C°, saturace O<sub>2</sub> – 96%.

2. den, 7:12

Kontrola zdravotního stavu ošetřujícím lékařem, který naordinoval zavést i. v. linku a aplikovat FR 1000 ml i. v., medikaci zatím ex, kontrolovat FF co 1 hodinu až do probuzení, zatím ponechat omezení vzhledem k nepredikovatelnému chování v rámci psychózy, FF: TK - 145/80 mmHg, P – 102 za minutu, TT – 36,8 C°, saturace O<sub>2</sub> – 97%.

2. den, 8:35

Pacient ještě pospává, cirkulace končetin neporušena, na pohmat jsou teplé, bez známek komplikací, zavodněn infuzní terapií, FF: TK - 150/85 mmHg, P – 106 za minutu, TT – 36,8 C°, saturace O<sub>2</sub> – 97%.

2. den, 9:31

Pacient se probudil, při kontrole navazuje slovní kontakt, neví, co ho to včera popadlo, psychický stav se jeví přílehavější, ošetřující lékař ordinuje zrušení omezení u pacienta, orientovaný všemi směry, vysvětluje incident se synem „nemáme to na něho zkoušet, zná naše praktiky, kluk byl v autě, topil mu, byl tam od 8 ráno do 13 hodin, vozidlo bylo zamčené, měl jsem o něho velký strach, že mi ho seberou, poskytnul jsem mu péči, ochranu, měl tam i hračku“.

Paranoidně nastavený vůči svému otci a družce, podezírá je, že nenarozené dítě není jeho ale jeho otce „*souloží spolem před zraky jejich syna, má z toho nervy, družka se zbláznila, příšerně pije, mluví nesmysly, má podezření, že bere drogy, bude vyžadovat podrobné testy DNA, cizí děcko žít nebude, chtěli z něho udělat blázna, vsugerovali mu, že je nemocný, necítí se být nemocný, družku už ani nechce vidět, syna si vezme do své péče, popírá, že by někoho napadl, jen diskutoval, cítil se ohrožen, nebude to dál vysvětlovat, tečka*“.

### 8.5. Závěr

Pacient 36 let, svobodný, žije s družkou, zaměstnaný jako policista, v minulosti hospitalizovaný na psychiatrii v jiném zdravotnickém zařízení pro F231 Akutní a přechodné psychotické poruchy, 1. hospitalizace v PNKM pro únos svého tříletého syna, seděl s ním 5 hodin v autě a odmítal dítě předat PČR, proto nutná hospitalizace v PNKM. Na oddělení došlo náhle ke změně zdravotního stavu, s příznaky paranoidně - halucinatorního syndromu, kdy si myslel, že vyšetřuje nějaký případ, choval se naléhavě, neusměrnitelně nespolupracující, slovně vulgární. Sloužící zdravotnický personál neměl šanci takto neklidného pacienta usměrnit či zpacifikovat, protože na směně zrovna sloužili 2 ženy a 2 muži, také přispívalo k neúspěchu i zaměstnání pacienta. Naštěstí se u pacienta neprojevila fyzická agrese hned při vstupu do ošetrovny, a tak byl čas přivolat sloužícího lékaře a příslušníky PČR, jinak mohla situace dopadnout negativně se zraněním zdravotnického personálu. V této situaci byl zvolen za omezovací prostředek omezení pacienta v pohybu ochrannými kurty, z důvodu chování ohrožující okolí, kdy se pacient choval paranoidně, výpadově, vyhrožoval, byl mimo realitu. Omezovací prostředek i s neklidou terapií indikoval sloužící lékař, který byl přivolán na oddělení při začínajícím neklidným chování. Další postup probíhal podle standardu zdravotnického zařízení, 1/2 hodinové kontroly zdravotního stavu, kontrola prokrvení všech končetin a 1 hodinové zápisy do dokumentace. Laboratorní odběry na toxikologii u pacienta dopadli negativně.

#### **Základní diagnóza:**

- F200 Paranoidní schizofrenie

## 9. KAZUISTIKA Č. 2.

### 9.1. Základní údaje o pacientovi

- Pohlaví: Muž
- Jméno: S. A.
- Věk: 33 let

### 9.2. Anamnéza

**OA:** běžné dětské onemocnění, 2x zlomená noha, vyštíplý kus pánve, našťípnuté žebra, úraz hlavy - několikrát otřes mozku, byl napadený, jelikož se pořád na všechny směře plicní embolie - 2011, trombóza v levé noze - 2013

**RA:** otec 59 let, matka 57 let, oba zdraví

bratr 35 let - dispenzarizovaný na psychiatrii F25 : Schizoafektivní porucha

děti 3 a 5 let, obě zdravé

z rodiny se léčili bratřenci z otcové strany, oba se oběsili

**PA:** vlastní autoservis a pneuservis

**SA:** bydlí v rodinném domě

**TA:** kouří cigarety 10 denně, alkohol příležitostně, abusus THC - nyní ne

**AA:** PNC, prach, pyl, roztoče

**Manželství:** ženatý s manželkou, doma pohodu nemají, ona pije alkohol, je nepříjemná, je alkoholička, nikde se neléčila

**Kriminalita:** v roce 2010 přejel autem plno čáru, ujížděl PČR celou noc, ve vazbě strávil 5 měsíců, na základě psychiatrického posudku osvobozen

**Střelná zbraň:** nevlastní

**Řidičský průkaz:** odmítá sdělit

### 9.3. Vyšetření lékařem na Centrálním příjmu

**Parere:**

Pacient přivezen ZZS s doprovodem PČR z cely předběžného zadržení, v poutech. Údajně byl na pracovním jednání, byl okraden o bundu s penězi a doklady, byl ubytovaný v hotelu, zde se pak snažil odblokovat kartový zámek pokoje, personálem volána PČR, byl jimi zbit, transportován do cely předběžného zadržení.

Během transportu byl ošetřen na chirurgické ambulanci pro otevřenou ránu na čele uprostřed velikosti 2,5 cm, nutná revize rány, proveden pouze jeden steh, odmítá další provedení ošetření.

**Nynější onemocnění:**

*„Byl jsem na diskotéce a dostal jsem do huby, od vyhazovačů, pak šli na hotel, přijeli policajti a on neměl občanku, ránu na čele má protože šel na píseček a dělal si bábovičku a dal ji čelo, přijeli policajti, protože byly rozbité dveře, o tom něco ví, byla zima, nemohl je otevřít, řekl policajtům všechno, vzali ho za ruku a prohodili ho těma dveřmi, je to jedno velké nedorozumění, zavolejte mého otce a on to vysvětlí, v hotelu ho ubytoval někdo jiný, je to přes agenta, toho agenta nezná, na hotelích je ubytovaný od 1. ledna, protože se zbavil svého majetku a začal nový život od nuly, manželce nechal barák, firmu nechal borcovi a teď jsem šťastný“.*

*„Na policii byl v cele, neví, co tam dělal, ten čas strávil hrozně, vzali mu deku, matraci, oblečení, nechali ho nahatého za mříží bez vody, měl jen namočený toaletní papír, udělal si z něj nápis help, stále ho zvětšoval, nikdo nechtěl zavolat nikomu, z oblečení si dělal smyčku, aby na něho nešlo vidět kamerou, nakonec mu vzali všechno i tepláky i tričko“.*

*„Má být léčen pro embolii, warfarin neužívá, protože chce hrát basketbal a na lyžích je to rizikové. V plánu má dát si kávu a cigaretu, jet taxíkem za synem a za dcerou, se s semnou bavíte jak s nějakým hejskem, já jsem k\*\*\*\* vybudoval tolik věcí a všechno jsem rozdál, protože je dobrý člověk“.*

*„Spánek má záleží jak s kým spí, s kamarádem se vyspí, protože s ním je pohoda, s kamarádkou jsou vždy nějaké problémy, ať si vezme jakoukoliv“.*

*„A teď by mu někdo k\*\*\*\* mohl donést to kávu a cigaretu a k\*\*\*\* hned, on to k\*\*\*\* zaplatí, nikdo k\*\*\*\* mu nedá kávu ani jídlo, každý jen ťuká do počítače“.*

**Psychický stav:**

Lucidní, orientace nelze, situaci postihuje, logorhoický, výpadový, agresivní, chaotické jednání - sebeohrožující, verbálně neusměrnitelný, vulgární, zcela nefunkční sebeřízení, negativismus, myšlení rozjízdivé, test na alkohol negativní, toxikologie negativní, hybnost končetin symetrická, poloha aktivní, rána frontálně - nekrvácí, bez dehiscence, více nelze pro nespolečnosti.

**Plán:**

- Nedobrovolný vstup, převoz PČR na oddělení 6A
- Vstupní odběry, kontrola TK, P - 3x denně

**Terapie:**

- Při neklidu, agresivitě: Haloperidol 1 amp. i. m. + Apaurin 1 amp. i. m. se souhlasem lékaře
- Depakine chrono 500 mg p. o. 1-0-1
- Rivotril 0,5 mg p. o. 1-0-1
- Risperidon 1 mg p. o. 1-0-1

**9.4.Průběh hospitalizace**

0. den, 10:12

Pacient byl během příjmu na oddělení manický, odbržděný, aktivní, rozbíhavý, hostilní, paralogický.

0. den, 12:53

Pacient opakovaně přicházel do ošetrovny s různými požadavky, měl zvýšené sebevědomí. Navštívil ho otec, který upřesnil podrobnosti ohledně pacientova aktuálního stavu. Dle otce „již asi jeden měsíc pozorují manický stav, selhal kvůli tomu ve firmě, kde byl zaměstnaný. Ve firmě pozorovali nepřiléhavosti v jednání, tvrdil jim, že jsou divní oni, všichni jsou proti němu zaujati. Byl roztěkaný, neměl náhled na situaci. Navštěvuje ambulantního psychiatrického lékaře v Hradci Králové, je to rodinná známá, na kontroly ho vozí otec, byl objednan v poslední době v krátkých termínech, protože jeho stav nebyl dobrý a on vše odmítal, jeho lékař doporučil stav sledovat a při potížích řešit. Léky užíval v loni, když měl depresi, dostal se z toho díky lékům, léky vysadil, neužíval nic, lékařka o tom věděla“.



0. den. 18:30

Ještě v ten den pacient volal na linku 155 svým osobním mobilem, který mu přinesl jeho otec. Po operátorce ZZS se dožadoval CT vyšetření, říkal: „*mám strach o své zdraví, chci odebrat krev na INR, protože jsem měl embolii*“. Plačtivý, nechce zemřít, cítí se malátný, bolí ho hlava, tenzní, neklidný, zbaven mobilního telefonu.

0. den, 23:56

V nočních hodinách, kdy všichni pacienti spali, bylo během kontroly oddělení a počítání pacientů zjištěno, že jeden z pacientů na oddělení schází. Proto následovala důkladná kontrola celého oddělení. Zjistili jsme, že pacient S. A. je zaklíněný mezi venkovní mříží a vnějším oknem na toaletě. Po zjišťování informací od pacienta, jak se za okno dostal, bylo zjištěno, že vylezl mezi vnitřní a vnější okno, kdy jeho horní část byla pootevřená, a poté se protáhnul horním ventilujícím oknem a spustil se při přidržení o vnější mříž dolů na vnější parapet. Po opakovaných výzvách a smlouvání, ať pacient sleze zpět z okna, nereagoval. Pacient trval na propuštění, byl lítostivý, říkal: „*chci domů, chci vidět svoji rodinu, manželku i děti, jsem tu neprávem, jsem normální, jak je možný, že když nemám občanský průkaz, abych byl přivezen do psychiatrické nemocnice*“. Pokus o přesilové vytažení za paže pacienta byly bez efektu, poněvadž se úmyslně držel rukama venkovní mříže a nohy měl záměrně vsunuté mezi mřížemi. Proto byl na oddělení přivolán sloužící lékař psychiatrické nemocnice. Ani výzvy lékaře pacient nerespektuje, proto lékař indikuje spolupráci PČR. Na oddělení přijeli dva členové PČR, muž a žena. I na domluvy členů PČR pacient nepřistoupil a jediným zbývajícím řešením bylo odstranění mříže, kdy byli přivoláni Hasiči. Když na oddělení dorazili Hasiči, pacient neviděl jinou možnost, a svévolně slezl z okna. V tu chvíli se začal, choval neklidně, byl vulgární, napadl zdravotnický personál a bylo nutné okamžitě usměrnit pacienta a zahájit omezení pacienta v lůžku ochrannými kurty. Dle indikace lékaře byla aplikována zklidňující terapie Tisercin 1 amp i. m., s pravidelnými 30 minutovými kontroly zdravotního stavu a každou hodinu byly prováděny zápisy aktuálního stavu s kontrolou prokrvení končetin. Omezení pacienta v lůžku bylo zrušeno po dvou hodinách, kdy po zklidňující injekci pacient usnul.

## 9.5. Závěr

Pacient 33 let, ženatý, 2 děti, střední škola s maturitou, 1. hospitalizace v PNKM, pozitivní RA - bratr několikrát léčen na psychiatrii, bratrance z otcové strany taktéž, oba se oběsili.

Záměrem pacienta byl pokus o útěk z uzavřeného psychiatrického oddělení. Díky pravidelných kontrolám oddělení a počítání pacientů, došlo k včasnému zjištění chybění jednoho pacienta a tím zabránění komplikací. Mezi které mohlo patřit prochladnutí až vznik omrzlin pacienta, poněvadž bylo zimní mrazivé počasí. I přes veškerou snahu byl pacient výpadový, slovně vulgární, neklidný a fyzicky agresivní, byla nutná fyzická převaha ze strany zdravotnického personálu, a po několika minutovém přetahování a usměrňování byl pacient omezen pomocí kurtů za HKK i DKK v lůžku. V této situaci bylo mrzutý, že musely být na oddělení vyslány složky integrovaného záchranného systému - PČR a Hasiči, kdy bez jejich přítomnosti by pacient odmítal slézt z okna. V kazuistice byly použity jako omezovací prostředky omezení pacienta v lůžku ochrannými kurty, z důvodu výpadového agresivního chování vůči zdravotnickému personálu po slezení z okna. Omezení pacienta ochrannými kurty indikoval sloužící lékař, který se momentálně nacházel na oddělení. Celý postup probíhal podle standardu zdravotnického zařízení, kdy jeden z kolegů připravil lůžko s kurty a další zdravotnický personál s příslušníky PČR usměrnili pacienta a bylo zahájeno omezení. Následně každých 30 minut zdravotnický personál kontroloval hybnost a prokrvení končetin a každou hodinu jsme prováděli zápis do dekurzu pacienta. Omezení pacienta v lůžku ochrannými kurty bylo zrušeno za dvě hodiny, kdy pacient po zklidňující injekci usnul. Vždy během usměrňování může dojít ke zranění personálu tak i pacienta, v této situaci nedošlo k žádnému zranění, i když byl personál ohrožen brachiální agresí. Pro zajímavost uvádím, že následující den byl pacient znovu brachiálně agresivní vůči zdravotnickému personálu a bylo nutné pacienta znovu usměrnit, a omezit v lůžku ochrannými kurty, kdy u kolegy v průběhu usměrňování došlo k subluxaci palce na pravé horní končetině. Hned po vzniku zranění byl kolega ošetřen na chirurgické ambulanci, byl proveden zápis do knihy úrazů a kolega šel na pracovní neschopnost. Celkem byl pacient hospitalizován v PNKM 19 dnů, kdy si otec pacienta vyžádal překlad do jiného zdravotnického zařízení. Ještě před překladem, bylo pacientovi vyhověno vyzvednutí občanského průkazu v jeho bydlišti v doprovodu rodinného příslušníka - otce, jenže při cestě na úřad pacient otci utekl. V tu chvíli byl pacient ze strany PNKM formálně propuštěn. Bylo zjištěno, že pacient ještě v den útěku byl zadržen a přijatý do plánovaného zdravotnického zařízení.

### **Základní diagnóza:**

- F250 Schizoafektivní porucha, manický typ

## 10.KAZUISTIKA Č. 3.

### 10.1.Základní údaje o pacientovi

Pohlaví: Muž

Jméno: P. M.

Věk: 34 let

### 10.2.Anamnéza

**OA:** běžné dětské nemoci, operace neměl, v bezvědomí opakovaně, epileptický záchvat měl 6-7 x, poprvé neví, poslední asi před týdnem, předtím rok nebyl, byl na CT mozku ve Zlíně, zde řekli, že je to v pořádku, léky pravidelně neužívá.

**RA:** matka zemřela na selhání orgánů ve 39 let, pila alkohol, otec 47 let, oběsil se, také problémy s pitím, našli ho kamarádi, sourozence nemá

**Dětství:** rodiče se vzali mladí, vycházel s nimi dobře, pak se rozešli, matka si našla jiného přítele

**Škola:** na ZŠ se učil v klidu, ročník neopakoval, kázeňské problémy neměl, pak šel na SOU stavební, kde byl po 2 letech vyloučen za záškoláctví

**Zaměstnání:** nezaměstnaný, na ÚP není registrovaný, sociální a zdravotní za něj nikdo neplatí, vloni pracoval na živnost jako jednatel

**Sociální:** bydlí sám v lese, trvalé bydliště má na obecním úřadě, nepohodl s nevlastním otčímem

**Vojna:** Jeden rok na základní vojenské službě, bez problémů, hodnost svobodník, pak ho ponížili na vojína pro opakované pozdní příchody

**Partnerské vztahy:** bez trvalého partnerského vztahu

**Manželství:** svobodný, bezdětný

**Zájmy:** stavebnictví, trochu astronomie, ale na to už není čas

**Abusus:** alkohol 6-8 piv denně, 0,5 litru rumu denně, jak kdy, někdy víc někdy míň, začal pit od vojny, kouří 20-30 cigaret denně, drogy nebere

**Kriminalita:** 1 x podmíněně trestán na 2,5 roku za podvod v rámci firmy, kde byl jednatelem, již není v podmínce

**Střelnou zbraň:** nemá

**Řidičský průkaz:** nemá

### 10.3. Vyšetření lékařem na Centrálním příjmu

**Parere:**

Z PNKM odeslán na PZS do Kroměřížské nemocnice a.s. pro ebrietu 1,5 promile alkoholu v dechu, během pobytu v PZS neklidný, proto přijatý překladem z PZS v Kroměřížské nemocnici zpět do PNKM za doprovodu PČR k nedobrovolné hospitalizaci.

Údajně pobíhal se sekerou po restauraci, v uchu měl čip, ohrožoval sebe i okolí.

**Nynější onemocnění:**

*„Neví co se dnes stalo, nic nepil, asi něco pil, pivo - primuse, taky rum, jo tak půl litru vydrží, něco se mu tady tooo..., spával v boudě na hřbitově, pomáhal uklízet, trvalé bydliště má na úřadu, ale to už asi nebude pravda, párkrát se léčil, měl několik epileptických záchvatů, poslední měl před týdnem“, co vidiny a slyšiny? „no kde začat, těžko říct, lozily po něm malinkaté zvířátka, pavouci, strach asi taky nemá, spíš divný pocit, dalo by se říct, zabít se přímo nikdy nechtěl, to vůbec, i když ho věci dokážou hodně naštvat, radši se napije“, datum neví, měsíc neví, rok taky není schopen říct, kde je taky neví*

**Psychický stav:**

K vyšetření neochotný, při vědomí, dezorientovaný časem, místem, situaci postihuje parciálně, spolupráce minimální, na dotazy nekonkrétní odpovědi, místy až paralogie, PM tempo v normě, chování nepřiléhavé, emotivita nepřiléhavá, suicidální tendence neguje, myšlení paralogické, halucinatorní projevy, vizuální halucinace, dle pacienta v domácím prostředí mikrozoopsie, auditivní halucinace, syndrom závislosti na alkoholu, letitý abusus s degradací osobnosti, denní pití, preference destilátů a piva, opakované epileptické záchvaty, dnes v ebrietě 1,5 promile halucinatorní chování, bludná produkce, ohrožoval okolí sekerou, nepřiléhavý, nebezpečný sobě i okolí pod vlivem duševní poruchy, aktuálně přetrvává ebrieta 0,35 promile, počínající odvykací stav, v popředí alkoholická halucinosa.

**Somatický stav:**

K - P kompenzovaný, rozražený ret

**Plán:**

- Nedobrovolný vstup, převoz PČR na oddělení 6A
- Kontrola TK, P, TT, Saturace O<sub>2</sub> - 3x denně
- Vstupní odběry, i GMT, moč na toxikologii

**Terapie:**

Uložit na observační lůžko, klid na lůžku, CAVE: epileptický záchvat

- FR 250 ml + 20% MgSO<sub>4</sub> 1 amp i. v. á 8 hod
- Elenium 3-3-3-5 tbl. p. o. podat až po vystřízlivění
- Risperidon 1 mg 1-0-1 tbl. p. o. podat až po vystřízlivění
- B-komplex forte 1-0-0 tbl. p. o.
- Při neklidu aplikovat: Haloperidol 1 amp i. m. + Apaurin 1 amp. i. m.
- Při epileptickém záchvatu aplikovat: Diazepam 10 mg 1 tube p. r.

**10.4.Průběh hospitalizace**

0. den, 21:14

Pacient na oddělení přiveden v doprovodu PČR a ošetřovatele CP, uložen na pokoj zvýšené péče, převlečen do pyžama, je dezorientovaný, místem, časem, spolupráce obtížná, podle ordinace lékaře zatím nepodána žádná medikace, zajištěny žilní vstup v PHK aseptickým přístupem, nabídnuté tekutiny, příjmové formality odmítá podepsat, osobní věci byly převzaty a uloženy.

0. den, 21:40

Z pokoje zvýšené péče se ozývá bouchání dveří, křičí „*neřež mě*“ po otevření dveří pacient okamžitě brachiálně napadá zdravotnický personál, docházelo k přetahování se, zcela mimo realitu, neklidný, pokus o verbální usměrnění nebyl možný kvůli okamžité agresi, během usměrňování nutno pacienta dostat na podlahu, kdy bylo nutné na místě použít jeden omezovací popruh na nohy, v tom případě držel nohy jeden zdravotník díky popruhu, další člen personálu mohl přichystat omezovací kurty na volné lůžko na PZP a zbylí dva znemožňovali pacientův pohyb HKK. Po přichystání lůžka s kurty se po dlouhodobém přetahování a usměrňování pacienta podařilo omezit za HKK i DKK. U dokončování omezení pacient začal plivat sliny po zdravotnickém personálu. Během tohoto přesouvání a kymáčení ze strany na

stranu došlo ve dveřích na pokoj zvýšené péče k nárazu pacienta do tváře, byla způsobena tržná rána nad levým obočím pacienta velikosti 1,5 cm.

0. den, 21:49

Po omezení pacienta v lůžku ihned volán sloužící lékař, který ihned indikuje použití omezovacích prostředků v lůžku, z důvodu chování ohrožující okolí, projevující se nepřiléhavým chováním, brachiální agresí vůči personálu, s projevy vizuální halucinací, paranoidní bludnou produkcí, zcela mimo realitu, dezorientovaný, verbálně neusměrnitelný.

Při kontrole lékařem pacient udává „*byl v té šachtě, jak to bouchlo, chtějí ho tady rozřezat, co to má v té ruce? co to je?*“ projevující se alkoholická halucinosa s rozvojem delirium tremens, opoceny, zmítá se v kurtech, sutura rány vzhledem k velkému psychomotorickému neklidu neproveditelná, proto provedena dezinfekce rány Betadine roztokem a stažení pomocí náplastového stehu, odmítá p. o. medikaci. Lékař ordinuje zklidňující injekci, aplikován ihned Haloperidol 1 amp. i. m. + Apaurin 1 amp. i. m. a rozpis infuze FR 250 ml + Apaurin 1 amp. i. v. v 7-15-23 hodin.

0. den, 23:30

Po vykapání infuzní terapie FR 250 + Apaurin 1 amp. i. v., pacient pospával, byl klidnější, proto volán sloužící lékař a omezení v lůžku bylo zrušeno.

1. den, 6:00

Pacient spal klidně až do rána, udával „*že ho přepadli sršni a s ostatními pacienty je zabíjeli*“. Podařilo se odebrat vstupní odběry i s močí na toxikologii, a byla aplikována infuze FR 250 ml + MgSO<sub>4</sub> 20% 1amp i. v.

V průběhu hospitalizace nebylo už nutné pacienta omezovat.

### **10.5. Vyšetření ošetřujícím lékařem oddělení**

Lékař oddělení změnil celou medikaci. Ve vstupních odběrech byly zvýšené pouze jaterní testy ALT 7,00  $\mu$ kat/l, AST 2,35  $\mu$ kat/l, GMT 2,6  $\mu$ kat/l, toxikologie byla negativní. Pro zvýšené jaterní testy přidává do medikace ještě hepatoprotektiva. Při vyšetřování ještě pacient přiznává že „*měl doma problémy s mrtvolami, v noci, otravovali ho, volali ho, bylo jich jedenkrát 10, podruhé 50, vypadaly různě, byly černě i bíle oblečené, měl pořádat akce u hřbitova, v pravém uchu měl čip, už ho tam nemá, ten čip měl být kradený někde z Řípu, nějaký speciální do kosmu*“.

**Vyjádření k incidentu:**

*„Spal vedle v pokoji, naletěli tam sršni, přivázali ho, protože ti naši kumpáni ho chtěli rozřezat pilkou, neví proč“.*

**Změna celé terapie:**

- FR 250 ml + 20% MgSO<sub>4</sub> 1 amp i. v. á 8 hod
- Heminevrin cps. 2-2-3-3 v 6-12-18-24 hodin p. o.
- Thiamin 1-1-1 tbl p. o.
- Pyridoxin 1-1-1 tbl p. o.
- Essentiale forte N 1-1-1 tbl p. o.
- Flavobion 1-1-1 tbl p. o.
- Při epileptickém záchvatu: MgSO<sub>4</sub> 20% 1 amp i. v. dosavadní medikaci zrušil.

Naplánovaná vyšetření: RTG plic, EKG, UZ břicha, interní konziliární vyšetření, EEG, neurologické vyšetření.

**10.6. Závěr**

Pacient 34 let, svobodný, bezdětný, základní vzdělání, žil jako bezdomovec, nezaměstnaný, pozitivní RA – abusus alkoholu ze strany matky tak i otce, otec se oběsil, 1. hospitalizace v PNKM. Přeložený z PZS s doznívající ebriitou 0,35 promile. Po přijetí na oddělení se pacientův zdravotní stav náhle změnil, začal být výpadový a agresivní vůči zdravotnímu personálu, bylo nutné usměrnění pacienta a zahájení omezení v lůžku ochrannými kurty za HKK i DKK, z důvodu chování ohrožující okolí, které se projevovalo brachiální agresí vůči personálu a vizuální halucinací. Omezovací prostředek byl použit bez indikace lékaře, poněvadž došlo k výraznému zhoršení stavu, a došlo k brachiálnímu napadení zdravotnických pracovníků. Ihned po usměrnění pacienta a jeho omezení byl informován sloužící lékař, který omezení potvrdil a provedl zápis do dekurzu. Dle standardu smí všeobecná sestra zahájit omezení pacienta ale jen v případě, že pacient ohrožuje sebe nebo své okolí a všeobecná sestra neprodleně informuje lékaře. I když byly použité nenásilné postupy, tak v této situaci došlo během usměrňování pacienta ke zranění, kdy při přemístování na lůžko došlo k naražení hlavou do dveří a ke zranění nad levým obočím velikosti 1,5 cm. Lékař provedl fyzikální vyšetření, kontrolu zornic, doporučil ošetřit ránu dezinfekcí Betadine roztok a stažení rány pomocí náplastového stehu a po zklidnění pacienta ordinuje suturu chirurgem popřípadě CT mozku. Pokud by došlo ke zhoršení zdravotního stavu ihned hlásit lékaři.

Během hospitalizaci nebylo nutné už pacienta omezovat, příčinou projevů agresivního chování byl syndrom závislosti na alkoholu IV. stupně s odvykacím stavem s projevy halucinací.

**Základní diagnóza:**

- F105 Poruchy způsobené alkoholem - psychotická porucha



## 11.KAZUISTIKA Č. 4.

### 11.1.Základní údaje o pacientovi

- Pohlaví: Muž
- Jméno: P. D.
- Věk: 46 let

### 11.2.Anamnéza

**OA:** běžné dětské onemocnění, v 6 letech zápal plic, operace žádné neprodělal, úraz - zhmožděný IV. prst LHK v dětství od brusle, dle dokumentace v 5/2012 hospitalizace na neurologickém oddělení po krátkodobém bezvědomí s křečemi končetin - 1. epileptický záchvat

**RA:** otec i matka se léčí na hypertenzi, abusus alkoholu - otec, diabetes mellitus - obě babičky a děda

**AA:** neudává

**Dětství:** pohodové

**Škola:** má základní školu, vyučen není

**Vojna:** nebyl

**Zaměstnání:** nezaměstnaný, není veden na ÚP

**Sociální:** bydlí různě, naposledy u kamaráda, vlastní bydlení nemá, kde by na to vzal, dluhy má, neví kolik, sourozence nemá, děti nemá,

**Manželství:** svobodný, bezdětný

**Zájmy:** masírování, má kurz

**Povaha:** klidný, 2x za rok se rozčílí

**Abusus:** nekuřák, drogy nebere, automaty nehraje, alkohol - víno 1,5 litru denně, pivo i slivovici, když je příležitost

**Kriminalita:** netrestán

**Střelnou zbraň:** nemá

### 11.3. Vyšetření lékařem na Centrálním příjmu

**Parere:**

Přivezen na základě indikace lékaře z jiného zdravotnického zařízení pro halucinosu.

**Nynější onemocnění:**

Asi týden nepije alkohol, předtím pil denně 1,5 litru vína, pil doma i ve společnosti, bydlí s rodiči v rodinném domě, kteří mu dnes zavolali ZZS, protože měl halucinace. Ty se objevily až dnes, dříve je neměl doposud, udává že *„viděl lidi, kteří prošli sklem, zalezli mu do postele, byl to muž se ženou, řekl jim, že by se mohli aspoň představit, když k němu takto přijdou, pak ještě viděl armádu vojáků, takových podivínů, přišli zase sklem, vnímal je jako průhledné“*, nic mu neříkali, jen mu ukazovali různé posunky, které vnímal jako nepříjemné, měl dojem, že mu vyhrožují, že mu jde o život.

**Psychický stav:**

Lucidní, vigilní, orientace všemi směry, kontakt v normě, foetor ex ore, roztřesený, dekoncentrovaný, odpovídá bez latence, emočně živý, přiléhavý, hovoří o svých pseudohalucinacích, nyní už je rozumově koriguje, degradace osobnosti pitím alkoholu, abusus alkoholu, nyní test na alkohol z dechu negativní.

**Plán:**

- Převoz sanitkou ZZS, dobrovolný vstup
- Kontrola TK, P, TT, 3x denně
- Běžné vstupní odběry

**Medikace:**

- Elenium 1-1-1 tbl p. o.
- Risperidon 0-0-1 tbl p. o.
- Bisoprolol 5 mg v 6 hodin p. o.
- Při tenzi, neklidu: aplikovat Tiapridal 1 amp. i. m.
- Při epileptickém záchvatu: aplikovat Diazepam 10 mg 1 tube p. r.
- Při nespavosti: podat Buronil 25mg 1 tbl p. o.

## 11.4. Průběh hospitalizace

0. den, 1:50

Pacient přivezen v noci na uzavřené mužské oddělení ZZS, kdy přetrvával tremor HKK, viděl kolem sebe divné věci, ale dokázal spolupracovat při příjmu, na těle bez viditelného zranění, osobní věci byly uloženy dle zvyklostí oddělení, pak uložen na pokoj zvýšené péče.

0. den, 6:25

Do rána pacient nespál, převaloval se v lůžku, ani po podané 1 tabletě Buronilu neusnul, během noci přetrvávali zrakové halucinace, hledal v prostěradle zmizík, ráno udával, že na pokoji bylo veselo „vedle mě spaly dvě báby“ přítom se na pokoji nacházeli jiní pacienti, třes přetrvával, rozvíjelo se delirium tremens.

0. den, 8:17

Poněvadž byl víkend, měl kontrolu sloužícím lékařem nemocnice.

Kdy lékař zjišťuje, že v roce 2010 nedokončil protialkoholní léčbu, recidiva abusu po půl roce od dimise, pije 6 let, týdenní tahy, preferuje víno, 1,5 litru denně, aktuálně v popředí rozvinutý odvykací stav komplikovaný deliriem. Trvá tenze, opocení, tremor aker končetin, myšlení paralogické, zarudlý v obličeji, myšlení paralogické, komplexní vizuální halucinace postav měnlivý charakter.

**Mění medikaci:**

**Vysazuje:**

- Risperidon, Elenium tbl p. o.

**Ordinuje:**

- Heminevrin cps 2-2-3-3 p. o.
- FR 250 ml + MgSO<sub>4</sub> 1 amp i. v. 6-14-22 hodin
- Statimové odběry Urea, Krea, Na, K, Cl, JT, GMT, CRP, KO+Diff, odběry hlásit lékaři
- Při neklidu, nepřiléhavém chování možno omezit v lůžku, při omezení změna na ne-dobrovolný vstup.

0. den, 11:30

Ve statimových odběrech zjištěna hypokalémie 3,06 mmol/l, trombocytopenie 78,00 x 10<sup>9</sup> l.

**Doplnění ordinace:**

- FR 500 ml + 2 amp. KCL 7,5% i. v. v 8 hodin a podat i nyní,
- Essentiale Forte N 1-1-1 cps p. o.
- Pyridoxin 1-1-1 tbl p. o.
- CAVE nic i. m. vzhledem k trombocytopenii, kontrolní Na, K, Cl v pondělí ve vstupních odběrech.

Při kontrole stavu pacienta lékařem zmatený, dezorientovaný „*je v Kroměříži v domově důchodců, všichni sem přijeli na oběd, všichni co jsou tady v tom modrém munduru*“ zajímalo ho, jak se do tohoto domova dostal, na otázku jestli má hlasy odpovídá „*na to ptá každý doktor, chtěl jen vědět, jak se odsud dostane ven, všechny dveře jsou tady zavřené*“; kontakt neochotný, nevlídný, z reality, PMT v normě, odpovídá mimo kategorii dotazů, myšlení s rozvolněnými asociacemi, omezená spolupráce kvůli delirantnímu stavu.

0. den, 14:00

Aplikace infuze dle ordinace lékaře FR 250 ml + MgSO<sub>4</sub> 20% 1 amp i. v.

0. den, 15:50

Došlo náhle ke zhoršení stavu, bouchá do dveří od pokoje zvýšené péče, halucinuje, vidí kolem sebe lítat vrtulníky, něco viděl na židlích, projevuje se neklid, zmatenost, nelze se na ničím domluvit, nereaguje na otázky, žádná spolupráce, zcela mimo realitu, dezorientovaný, s projevem delirantního stavu, silně opocený, nelze verbálně usměrnit, bylo nutné pacienta omezit v lůžku ochrannými kurty za HKK i DKK, po omezení ihned informován lékař, který omezení indikuje z důvodu sebeohrožujícího chování, s rozvojem delirantního stavu, kontrola FF, kdy byla zjištěna tachykardie 120 tepů za minutu,

**Lékař ordinuje:**

- Heminevrin 2 cps a Vasocardin 50 mg 1 tbl p. o. podat nyní
- Kontrola FF každé 2 hodiny
- Hydratace iontovým nápojem
- Změna dobrovolného vstupu na nedobrovolný vstup

**Změna medikace:**

- Heminevrinu na 3-3-3-3 cps p. o.

0. den, 16:50

Stav pacienta lehce klidnější, tremor aker stejný, zmítal se v kurtech, dezorientovaný místem - je v Kostelci, datum nepřesné - o jeden den se zmylil, rok věděl správně, vypil 250 ml iontového nápoje.

0. den, 17:50

Pacient byl pomočen, bylo nutné provést hygienickou péči, vyměnit lůžkoviny, stav se zdál být uspokojivý, proto volán sloužící lékař a omezení v lůžku bylo zrušeno.

0. den, 19:40

Došlo k předání služby a výměně personálu, kdy jsem nebyl přítomen u následujícího započetí omezení, z dokumentace zjištěno, že pacient P. D. byl znovu indikován k omezení pacienta v lůžku pro přetrvávající delirantní stav s projevy halucinací. Omezení trvalo následujících 32 hodin, kdy probíhal delirantní stav. Během omezení byla zajištěna komplexní ošetrovatelská péče v podávání tekutin a stravy, péče o vyprazdňování, hygienu, stav kůže atd.

Projevy halucinací v následujících 32 hodin: *„chtěl useknout nohu mačetou, je v Kostelci, a děláme řepu, na břichu mu leží kočka hnědo-béžovo-oranžová, tady to je bývalá tvrz, ten pán je konkurence, jedeme autobusem, jsme na cestě do Francie“*.

**11.5.Závěr**

Pacient 46 let, svobodný, bezdětný, základní vzdělání, nezaměstnaný, 2. hospitalizace v PNKM, pozitivní RA – abusus alkoholu ze strany otce, přivezen ZZS pro halucinace pro 4 denní nepítí alkoholu. Kazuistika byla zaměřena na pacienta se syndromem závislého na alkoholu IV. stupně, komplikované s rozvojem odvykacího stavu s deliriem tremens, kdy v roce 2010 nedokončil protialkoholní léčbu. Po propuštění vydržel nepítí alkohol půl roku. V domácím prostředí a během hospitalizace u něho došlo k projevům halucinací, kdy bylo indikováno z důvodu sebeohrožujícího chování omezení v lůžku za HKK i DKK. Z omezovacích prostředků bylo použito omezení pacienta v lůžku ochrannými kurty, kdy bylo nutné zahájit neodkladně omezení pacienta z důvodu sebeohrožujícího chování, projevující se vizuálními halucinacemi, kdy viděl kolem sebe lítat vrtulníky (přitom byly kolem něj pacienti),

něco viděl na židlích, rozvíjel se delirantní stav, byl silně opocení, dezorientovaný místem, časem, osobou. Omezení pacienta bylo zahájeno nelékařským zdravotnickým personálem, kdy po omezení pacienta byl ihned informován sloužící lékař, který v nejbližší možné době dorazil na oddělení. Dodatečnou indikaci omezení pacienta v lůžku ochrannými kurty sloužící lékař potvrdil a provedl záznam omezení do dekurzu pacienta. V tomto případě bylo riziko poranění zdravotnického personálu malé, poněvadž se jednalo o indikaci omezení ze sebeohrožujícího chování, a pacient se nechal omezit bez většího fyzického nátlaku.

Celková doba, kdy byl pacient omezen v lůžku, byla poměrně dlouhá, kvůli rozvinutí deliria tremens to bylo celkem 34 hodin. Po tuto dobu byla poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče.

**Základní diagnóza:**

- F104 Poruchy způsobené alkoholem - odvykací stav s deliriem

## 12.KAZUISTIKA Č. 5.

### 12.1.Základní údaje o pacientovi

- Pohlaví: Muž
- Jméno: Š. J.
- Věk: 25 let

### 12.2.Anamnéza

**OA:** fraktura hlavy v dětství - pád na radiátor, traumatická amputace DKK pod koleny - sebevražedný pokus skokem pod vlak 04/2012, aktuálně popisuje jako zkrat, obezita.

**RA:** rodiče žijí, matka má asi 44 let, zdravá, léčila se na psychiatrii, ale neví s čím, otec má 51 let, zdravý, má o 2 roky staršího bratra, který má taky schizofrenii

**AA:** nemá

**Dětství:** vyrůstal v úplné rodině, matka byla dlouhodobě nezaměstnaná, otec pracuje jako OSVČ v zemědělství

**Škola:** ZŠ s prospěchem 4, SŠ nedokončil ve 2 ročníku v oboru instalatér, nedocházel tam

**Vojna:** nebyl

**Zaměstnání:** nikdy nepracoval, ID III. stupně po skoku pod vlak s amputací DKK pod koleny

**Sociální:** bydlí v RD s rodiči, má tam svůj pokoj, nikam moc nechodí, dluhy nemá

**Zájmy:** nemá

**Povaha:** neví

**Abusus:** kuřák 20 cigaret denně, alkohol nárazově víkendově, experimenty s THC, hašišem

**Kriminalita:** netrestán

**Střelná zbraň:** nemá

**Řidičský průkaz:** nemá

### 12.3. Vyšetření lékařem na Centrálním příjmu

**Parere:** Přivezen ZZS pro postupné zhoršení stavu, agresivní, napadl příbuzného, opakované zásahy pro neklid a brachiální agresivitu v domácím prostředí, relaps paranoidní schizofrenie kvůli nežíváním léků.

**Nynější onemocnění:**

*„Vypněte ten kyslík k\*\*\*a, jdi do p\*\*\*\*\* ty p\*\*\*, žere léky, doma se nic nestalo, nebudu se s tebou bavit“.*

**Psychický stav:**

K vyšetření neochotný, vyšetřen v sanitě, připoutaný k lůžku, nespolupracující, tenzní, zpacený, neklidný, zmítá se v omezení, verbální kontakt vulgární, verbální a brachiální agrese, neusměrnitelný, mimo realitu, paranoidně nastavený, dále pro nespolupráci a agresivitu nelze.

**Somatický stav:**

K - P kompenzovaný, amputace DKK staršího data, sám používá protézy

**Plán:**

- Nedobrovolný vstup, převoz ZZS přímou cestou na uzavřené oddělení
- Kontrola TK, P, TT, O<sub>2</sub> - 3x denně

**Medikace:**

- Rivotril 2 mg p. o. podat při příchodu na oddělení
- Při neklidu: Tisercin 1 amp i. m. po schválení lékaře

### 12.4. Průběh hospitalizace

0. den, 01:00

Pacient byl přivezen v nočních hodinách posádkou ZZS za asistence PČR, byl omezen na nosítkách, přemístování pacienta na lůžko proběhlo ve spolupráci s členy posádky ZZS a PČR, bylo nutné zahájit okamžité omezení pacienta v lůžku za HKK pro agresivní chování, slovní vulgarismy vůči zdravotnickému personálu, nespolupráci. Pacient byl silně opocený po celém těle, celkově zapáchal potem i močí, zjištěný foetor ex ore ethylicus, test na alkohol vzhledem pro nespolupráci neproveditelný.



Sloužící lékař vzhledem k suspektní ebrietě **mění medikaci:**

**Vysazuje:**

- Tisercinu inj. 1 amp. i. m.

**Ordinuje:**

- Haloperidol inj. 2 amp. i. m. který byl aplikován.

0. den, 2:00

Pacient byl z neznámého důvodu uvolněn z omezení, kdy po dlouhodobém pokusu o opětovném zahájení omezení se podařilo takto brachiálně agresivního pacienta omezit. Pacient byl stále vulgární, vykřikoval na pokoji zvýšené péče, budil ostatní pacienty na pokoji, nadával, slovní usměrnění nerespektoval, nabízené tekutiny odmítal, plival kolem sebe i po zdravotnickém personálu, byl informován sloužící lékař o situaci, který ordinuje aplikaci Aupaurin 1 amp i. m., a pokračování v omezení za pravidelných kontrol zdravotnického personálu.

0. den, 3:00

Pacient byl lehce klidnější, ale zmítal se v kurtech, naměřené FF byly v normě.

0. den, 3:20

Při kontrole stavu bylo u pacienta zjištěno bezvědomí, nehmatná tepová frekvence, bezdeší, v akrech byl cyanotický, proto byla zahájena KPR nepřímou srdeční masáží frekvencí 100 za minutu, byl zajištěn přívod kyslíku ambuvakem s napojením na centrální kyslík, ihned byla volána posádka ZZS a sloužící lékař. Při příjezdu ZZS na EKG byla již izoelektrická linie, zornice byly mydriatické, areaktivní, chyběl korneální reflex. Proto byl ve 3:30 konstatován exitus letalis, lékař indikoval patologicko-anatomickou pitvu.

## **12.5.Závěr**

Pacient 25 let, opakovaně přijatý do PNKM, celkem 5. hospitalizace, RA - pozitivní ze strany matky a bratra, OA - suicidální pokus skokem pod vlak, traumatická amputace DKK pod koleny, obézní, přivezen ZZS v doprovodu PČR pro agresivní chování vůči příbuznému, relaps paranoidní schizofrenie kvůli neužíváním léků, na oddělení nutné zahájení omezení pacienta v lůžku, kdy v odstupu 1 hodiny aplikována zklidňující terapie. V průběhu hospitalizace došlo k náhlému vzniku bezvědomí s následným zahájením KPR s přivoláním ZZS. I

přes včasný zásah zdravotníků a zjištění zástavy srdce se pacienta nepodařilo úspěšně zresuscitovat a byl konstatován exitus letalis pro asystolii. Mezi podílející faktory na vzniku exitu letalis mohl hrát roli pozitivní abusus alkoholu, vyloučit se nedalo ani podezření na užití THC, které bylo pozitivní v anamnéze, také aplikované psychofarmaka mohli hrát roli.

I tomto případě bylo použito omezení pacienta v lůžku ochrannými kurty, z důvodu chování ohrožující okolím, kdy byl už před příjezdem do psychiatrické nemocnice agresivní vůči posádce ZZS a PČR, na oddělení byl předán přímo na akutní lůžku s přichystanými omezovacími prostředky, kdy bylo omezení pacienta indikováno sloužícím lékařem. Pacient se v průběhu omezení záhadně dostal z omezení, měl volné HKK, možná byla chyba ze strany personálu, kdy mohlo dojít k slabému přitáhnutí popruhu, možná v tom hrál roli i opocená kůže na HKK nebo mohlo dojít k uvolnění i jiným pacientem. Poněvadž na službě sloužil momentálně dvě ženy a muži, byl problém tak neklidného, brachiálně agresivního, plivajícího po personálu, s opocenými rukami, které při úchopu klouzaly, znovu omezit v lůžku a to i přesto, že pacient měl amputované obě DKK.

**Základní diagnóza:**

- F200 Paranoidní schizofrenie
- Abusus alkoholu - foetor ex ore ethylicus při přijetí

**Základní příčina úmrtí:**

- I260 Plicní embolie s akutním cor pulmonale

### 13. DISKUZE

Skoro ve všech kazuistikách nastala podobná situace, kdy se u pacientů projevila náhlé zhoršení psychického stavu s následným brachiálním napadením zdravotnického personálu. Pouze u jedné kazuistiky nedošlo k projevům agresivního chování vůči okolí, ale bylo nutné zahájit omezení z důvodu sebeohrožení pacienta.

Kazuistika č. 1. popisuje pacienta s paranoidní schizofrenií, který měl vystudovanou VŠ, byl zaměstnán u PČR, ve svém volnu se zajímal judem a silovým sportem. Důvodem k hospitalizaci byl únos svého 3 letého dítěte, kterého držel v osobním automobilu. Byl nutný zásah PČR předání dítěte do bezpečí. Při příjmu se zdálo, že bude spolupráce dobrá, jenže se jeho aktuální stav zhoršil, a začal být slovně vulgární, nespolupracující a celou situaci v momentě převzal na svoji stranu. My, jako zdravotnický personál jsme byli zcela bezradní, bez snahy se pokoušet o zklidnění, o fyzickou převahu nemělo cenu pomýšlet, poněvadž výjimečně sloužili dva muži a dvě ženy a byli jsme nuceni požádat o spolupráci PČR. Naštěstí dorazili včas a verbální agrese nepřešla do brachiální agrese. I při příchodu 4 členné posádky PČR nechtěl pacient spolupracovat, ani na výzvy sloužícího lékaře nechtěl spolupracovat, až po zmínění, že bude muset být použitý paralyzér, začal pacient spolupracovat, nechal si aplikovat zklidňující injekci a podle indikace lékaře se nechal omezit ochrannými kurty v lůžku. V této situaci zle vidět, jak může být práce na uzavřeném mužském oddělení nebezpečná a v některých případech může hrozit i újma na zdraví. Situace by byla o něco jistější a bezpečnější, kdyby na směně sloužili 4 muži. Dalo by se spekulovat i nad zavedení paralyzéro v psychiatrických nemocnicích, neboť účinek paralyzéro je rychlý a bezpečný bez nežádoucích účinků. Musel by být schválený za předpokladu jasných indikací k použití, aby nedocházelo k ulehčování práce a jeho zneužívání.

Kazuistika č. 2. je o pacientovi se schizoafektivní poruchou – manického typu, kdy záměrem pacienta byl utéct z uzavřeného mužského oddělení v PNKM. Díky pravidelných kontrolám oddělení a počítání pacientů, došlo k včasnému zjištění chybění pacienta na oddělení, kterého se mi podařilo najít vlezeneho na vnějším parapetu mezi oknem a vnější mříží. V žádném případě nechtěl pacient slézt, byli jsme nuceni povolat PČR a následně Hasiče, kteří by ho vyprostili. Až po příjezdu Hasičů pacient svévolně slezl. Poté začal být výpadový, slovně vulgární, neklidný a fyzicky agresivní, byla nutná fyzická převaha ze strany zdravotnického personálu, a po několika minutovém přetahování a usměrňování byl pacient omezen za HKK

i DKK v lůžku. V této situaci bylo mrzutý, že musely být na oddělení vyslány složky integrovaného záchranného systému - PČR a Hasiči, kdy bez jejich přítomnosti by pacient odmítal slézt z okna. Situaci by si dalo předejít, kdyby bylo pootevřené okno na toaletě zavřené.

Kazuistika č. 3. je zaměřena na pacienta s poruchou způsobenou alkoholem, u kterého se po odnětí alkoholu projeví halucinace, zmatenost, brachiální agrese vůči zdravotnickému personálu, kdy bylo nutné pacienta omezit ochrannými kurty v lůžku. Během tohoto přesouvání a kymácení ze strany na stranu došlo ve dveřích na pokoj zvýšené péče k nárazu pacienta do tváře, byla způsobena tržná rána nad levým obočím pacienta velikosti 1,5 cm. Této komplikaci je velice těžké předejít, neboť při samém usměrňování se nedá předvídat směr pohybu a v tomto případě došlo právě ke zranění ze strany pacienta. Vše bylo důkladně zdokumentováno, pacient byl následně ošetřen a vyšetřen sloužícím lékařem.

Kazuistika č. 4. popisuje o pacientovi s poruchou způsobenou alkoholem s rozvojem delirium tremens při odnětí alkoholu, s příznaky halucinací a zmateností, kdy bylo nutné z důvodu sebeohrožení pacienta zahájit omezení ochrannými kurty v lůžku. Tento stav nastal při každodenním zneužívání alkoholu v nadměrném množství a nedalo se nijak předejít před použitím omezení.

Kazuistika č. 5. dopadla pro pacienta negativně, neboť přes veškerou lékařskou a ošetrovatelskou péči bylo nutné konstatovat exitus letalis. Jednalo se o poměrně mladého pacienta, 25 let, přesto ale už popáté hospitalizovaný v PNKM. Příčinou úmrtí byla plicní embolie s akutním cor pulmonale. I přes včasný zásah zdravotníků a zjištění zástavy srdce se pacienta nepodařilo úspěšně zresuscitovat. Mezi podílejší faktory na vzniku exitu letalis mohl hrát roli pozitivní abusus alkoholu, vyloučit se nedalo ani podezření na užití THC, které bylo pozitivní v anamnéze, také aplikované psychofarmaka mohli hrát roli. V této kazuistice lze vidět, jak jsou psychiatrické onemocnění nebezpečné a nikdy není dobré jejich závažnost podceňovat, hlavně v kombinaci s toxickými látkami. Této situaci by se dalo možná předejít, kdyby byly na pokoji zvýšené péče použity monitory pro snímání EKG křivky a došlo by k dřívějšímu zahájení KPR. Jenže i tato možnost není zcela reálná kvůli akutním stavům pacientům, kdy by mohlo dojít ke zničení monitoru. Navíc by musel být zdravotnický personál příslušné kvalifikační vzdělání.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou v použití omezovacích prostředků u agresivních pacientů na psychiatrickém oddělení. S agresivními pacienty se na psychiatrii můžeme setkat poměrně často, hlavně na uzavřeném mužském oddělení. V takových případech zdravotnickému personálu přibývají obavy o svou bezpečnost a zdraví. Proto rychlý a profesionální přístup vede k úspěšnému splnění cíle zpacifikovat agresivního pacienta a předejít tím rizikům komplikací, mezi které patří zranění osob zdravotnického personálu či zranění pacienta. Jedná se o velice náročné situace, kdy pacientův stav se náhle zhoršil, došlo k projevům agresivního chování a zdravotničtí pracovníci musí zasáhnout. Musím zmínit, že zdravotníci nemají žádné obranné prostředky jako například PČR, a musí si vystačit jen se zdravotní uniformou a silovou převahou zdravotnického týmu. Zpacifikovat agresivního pacienta je velice fyzicky i psychicky náročné. Je dobré mít na takovémto oddělení složený tým převážně muži, který je zkušený, a každý člen ví, co v takové situaci dělat. Jedině v takovém případě se minimalizuje vznik komplikací.

Problematiku omezujících prostředků u agresivních pacientů jsem zvolil z několika důvodů. První důvod je ten, že na psychiatrickém uzavřeném příjmovém oddělení pracuji jako zdravotnický asistent, proto je mi toto téma velmi blízké. Mezi další důvod zvolení této problematiky je ten, že bych chtěl mít dostatek vědomostí, abych ve své budoucí praxi mohl riziku napadení předvídat a vyhnout se tak zbytečným komplikacím. Popřípadě ověřené zkušenosti předat ostatním kolegům pracujícím v psychiatrii pro rychlejší dosažení cíle.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány související kapitoly týkající se problematiky práce. Je zde popsáno, jak probíhá příjem agresivního pacienta na psychiatrické oddělení, nejčastější druhy hospitalizace u agresivních pacientů, jsou zde uvedeny druhy omezovacích prostředků, je zde vysvětlena co je agrese, příčiny vzniku agrese, jak správně komunikovat s agresivním pacientem a jak probíhá léčba neklidného pacienta.

Praktická část je vypracována pomocí kvalitativního výzkumu technikou kazuistik. Kvalitativní výzkum probíhal v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, na uzavřeném mužském oddělení. Celkem je zde popsáno pět kazuistik neboli pět pacientů, u kterých se projevilo agresivní chování, a bylo nutné takto agresivního pacienta zpacifikovat dle směrnic zařízení. V každé kazuistice jsou popsány základní údaje o pacientovi, anamnéza, vyšetření pacienta

na Centrálním příjmu, průběh hospitalizace a vytvořen závěr. Jeden z pěti uvedených pacientů na psychiatrickém oddělení umřel.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- 1) BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON, 2008. *Psychiatric intensive care*. 2nd ed. New York: Cambridge University Press. ISBN 0521709261.
- 2) BOYD, M., 2008. *Psychiatric nursing: contemporary practice*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-078-1791-694.
- 3) BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-648.
- 4) DOHNALOVÁ, Hana, 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi*. Roč. 8, č. 2. s. 86-88. ISSN 1803-5310.
- 5) DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0197-9.
- 6) HARSA, Pavel et al. 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 13, č. 1, s. 15-18. ISSN 1803-5272.
- 7) JONES, Jeffrey S., Joyce J. FITZPATRIK a Vickie L. ROGERS, 2012, *Psychiatric mental health nursing: an interpersonal approach to professional practice*. New York: Springer Publishing Company. 1st edition. ISBN 978-0-8261-0563-9.
- 8) LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
- 9) MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1151-6.
- 10) MZ ČR, 2009. Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky. In: *Věstník MZ ČR* [online]. 30. září 2009, částka 7, s. 5-6 [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3629\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3629_1779_11.html)
- 11) PAPEŽOVÁ, Hana, 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
- 12) PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-802-4742-366.

- 13) PNKM. Standard č. 3. *Příjem pacienta na centrálním příjmu*, ze dne 25. 6. 2012.
- 14) PNKM. Standard č. 4. *Příjem pacienta na oddělení*, ze dne 5. 4. 2013.
- 15) PNKM. Standard č. 12. *Používání omezovacích prostředků*, ze dne 27. 6. 2012.
- 16) PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE. Akutní péče I. *Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. [cit. 2017-4-28]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/akutni-pece-1/>
- 17) RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.
- 18) RABOCH, Jiří et al., 2010. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU. Knihovnicka.cz. ISBN 978-807-3999-841.
- 19) ŠIMOVCOVÁ, Darina, 2015. *Ošetrovatel'ská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia*. Ve Zlíně: v Trenčíne: Univerzita Tomáše Bati; Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka. ISBN 978-807-4545-153.
- 20) ŠVARC, Jiří, 2008. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 9, č. 5, s. 243-245. ISSN 1213-0508.
- 21) ZACHAROVÁ, Eva, 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 11, č. 10, s. 471. ISSN 1803-5256.
- 22) ŽIAKOVÁ, Katarína a kol., 2009. *Ošetrovatel'stvo: teoria a vedecký výskum*. 2., přepracované vydání. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-304-2.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AA	alergologická anamnéza
ALT	alaninaminotransferáza
amp	ampule
AST	aspartátaminotransferáza
CAVE	latinsky pozor
Cl	chlór
CNS	Centrální nervový soustava
CP	Centrální příjem
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
Dg	diagnóza
DKK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
DNA	deoxyribonukleová kyselina
DV	dobrovolný vstup
EEG	elektroencefalograf
EKG	elektrokardiograf
FA	farmakologická anamnéza
FF	fyzilogické funkce
FR	fyzilogický roztok
GMT	gama-glutamyltransferáza
HKK	horní končetiny
i.m.	intramuskulárně
INR	mezinárodní normalizovaný poměr

---

i.v.	intravenózně
JIP	Jednotka intenzivní péče
JT	Jaterní testy
K	draslík
KCl	chlorid draselný
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
K-P	Kardio-pulmonálně
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
LHK	levá horní končetina
mg	miligram
MgSO <sub>4</sub>	Magnézium sulfonicum
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
Na	sodík
NS	nespecifický, neurčitý
NV	nedobrovolný vstup
OA	osobní anamnéza
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
P	Puls
PA	pracovní anamnéza
PČR	Policie České republiky
PHK	Pravá horní končetina
PMT	Psychomotorické tempo
PNC	penicilin
PNKM	Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
p.r.	Per rektum
p.o.	per os

---

PMT	Psychomotorické tempo
PZS	Protialkoholní záchytná stanice
PZP	Pokoj zvýšené péče
RA	rodinná anamnéza
RD	rodinný dům
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RTG	rentgen
SA	sociální anamnéza
SOU	Střední odborné učiliště
SŠ	Střední škola
stp	Stav po
TA	toxikologická anamnéza
tbl	tableta
THC	tetrahydrocannabinol
TK	Tlak krve
TS	Sebevražedný pokus
TT	Tělesná teplota
ÚP	Úřad práce
UZ	ultrazvuk
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Přehled antipsychotik 1. generace (typická, klasická).....	34
Tabulka 2: Přehled antipsychotik 2. generace (atypická).....	35

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1:** Žádost o umožnění přístupu k informacím

**Příloha č. 2:** Žádost o umožnění dotazníkového šetření

**Příloha č. 3:** Připravené lůžko na omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty  
- z vrchu

**Příloha č. 4:** Připravené lůžko na omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty  
- z boku

**Příloha č. 5:** Aplikování ochranného kabátku (kazajky) na osobě - zepředu

**Příloha č. 6:** Aplikování ochranného kabátku (kazajky) na osobě – zezadu


**Příloha č. 7:** Používané injekční léky na psychiatrii

**Příloha č. 8:** Standard Psychiatrické nemocnice v Kroměříži č. 3, příjem pacienta na Centrálním příjmu

**Příloha č. 9:** Standard Psychiatrické nemocnice v Kroměříži č. 4, příjem pacienta na oddělení


**Příloha č. 10:** Standard Psychiatrické nemocnice v Kroměříži č. 12 používání omezovacích prostředků

## Příloha č. 1: Žádost o umožnění přístupu k informacím

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Milan Nábělek, DiS.	
Téma bakalářské práce	Omezovací prostředky u agresivních pacientů na psychiatrickém oddělení	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký  ..... podpis	
Skupina respondentů	Hospitalizovaní pacienti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži - oddělení 6A	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 7 - 09 - 2016 .....


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

**PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V KROMĚŘÍŽI**  
hlavní ošetřovatel  
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

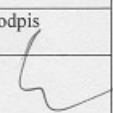
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

## Příloha č. 2: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

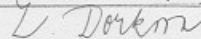
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra prezenční forma studia.

Jméno a příjmení studenta	Milan Nábělek, DiS.	
Téma bakalářské práce	Omezovací prostředky u agresivních pacientů na psychiatrickém oddělení	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Vladimír Koutecký  ..... podpis	
Skupina respondentů	Hospitalizovaní pacienti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži - oddělení 6A	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím <input type="radio"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 7. 09. 2016...

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V KROMĚŘÍŽI  
hlavní ošetrovatel  
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

**Příloha č. 3:** Připravené lůžko na omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty  
- z vrchu



Zdroj: autor



**Příloha č. 4:** Připravené lůžko na omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty  
- z boku



Zdroj: autor

**Příloha č. 5:** Aplikování ochranného kabátku (kazajky) na osobě - zepředu



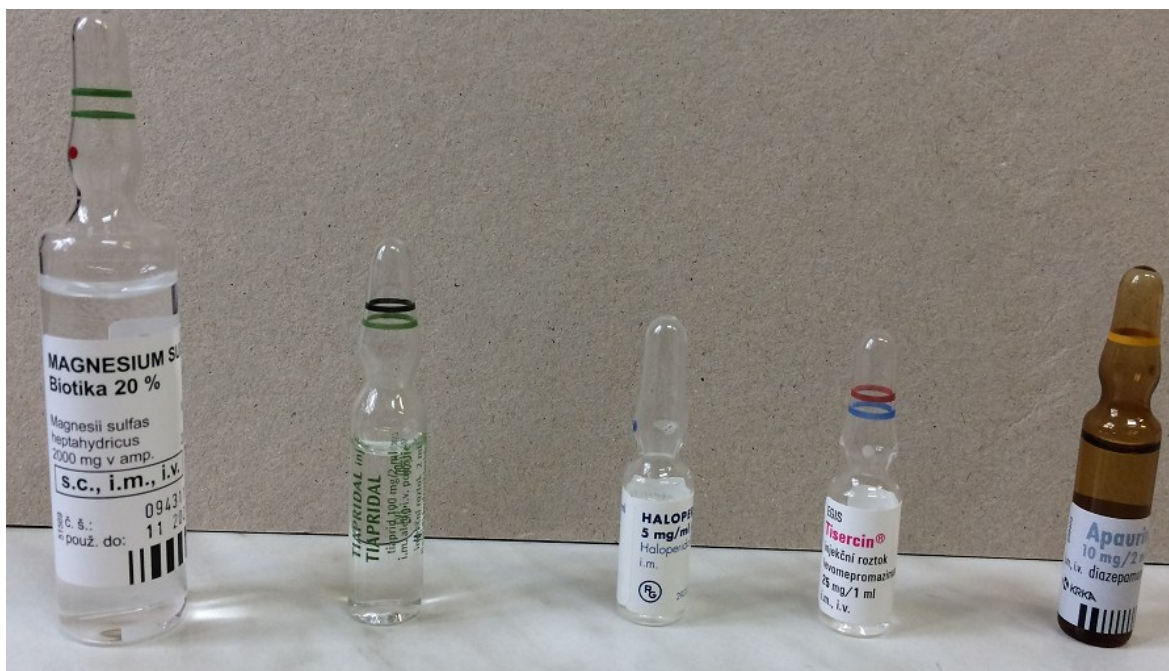
Zdroj: autor

**Příloha č. 6:** Aplikování ochranného kabátku (kazajky) na osobě - zezadu



Zdroj: autor


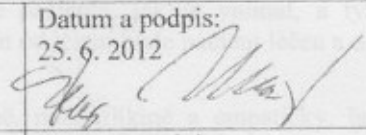
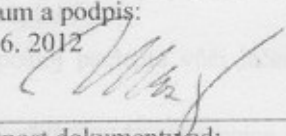
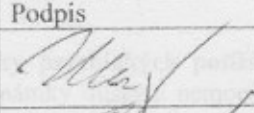

## Příloha č. 7: Používané injekční léky na psychiatrii



Zdroj: autor



**Příloha č. 8:** Standard Psychiatrické nemocnice v Kroměříži č. 3, příjem pacienta na Centrálním příjmu

<b>Psychiatrická nemocnice v Kroměříži</b> Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž <a href="http://www.pnkm.cz">www.pnkm.cz</a>			
Název, druh, číslo a verze dokumentu			
<b>Standard č. 3</b> <b><u>PŘÍJEM PACIENTA NA CENTRÁLNÍM PŘÍJMU</u></b>			
Typ předpisu: <b>STANDARD</b>	Počet stran/příloh: 7/0	Originál uložen: Sekretariát ředitele Psychiatrické nemocnice v Kroměříži	
Vypracoval/a: (titul, jméno, příjmení, funkce)	MUDr. Božek Špaček, primář MUDr. Petr Možný, ředitel Pavel Příkryl, vedoucí CP	Datum a podpis: 25. 6. 2012 	
Schválil/a: (titul, jméno, příjmení, funkce)	MUDr. Petr Možný ředitel Psychiatrické nemocnice v Kroměříži	Datum a podpis: 25. 6. 2012 	
Platnost dokumentu pro:	Lékaře a zdravotnické pracovníky Centrálního příjmu	Platnost dokumentu od: 1. 7. 2012	
<b>Revize dokumentu:</b>			
Číslo	Popis revize	Datum	Podpis
1.	Oprava textu	24. 3. 2014	
2.	Revize dokumentu	1. 4. 2016	
Skartační znak:			

## A. ÚVOD

V tomto Standardu je popsán postup lékaře Centrálního příjmu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži (CP PNKM) a středních zdravotnických pracovníků PNKM při přijímání pacienta k hospitalizaci v souladu se zákonem č. 372/2011 „O zdravotnických službách“.

## B. POSTUP LÉKAŘE CP PNKM PŘI PŘIJÍMÁNÍ PACIENTA K HOSPITALIZACI

1. Lékař CP pacienta **pozdraví a představí se mu.**
2. Pročte si **doporučení k hospitalizaci.**
3. Pacienta se zeptá, **jaké problémy či potíže jej přivádějí do nemocnice.** Provede vyšetření současného psychického stavu a současného somatického stavu.
4. Vždy se zeptá, zda se pacient léčí pro nějaké **somatické nemoci a zda drží dietu a užívá pravidelně nějaké léky.**
5. Zjištěné **psychiatrické i somatické diagnózy lékař zapíše** (nelze napsat „viz minulá hospitalizace“). Diagnózy z minulých hospitalizací, jsou-li stále aktuální, lze snadno překopírovat.
6. Pokud je pacient **doprovázen rodinným příslušníkem**, zeptá se lékař i jeho na okolnosti předcházející odeslání k hospitalizaci, na zdravotní potíže pacienta, jak je vnímal, a tyto informace zapíše. Příbuzného je vhodné informovat na kterém oddělení bude pacient léčen a dát mu telefonické spojení na toto oddělení.
7. S pacientem i dalšími osobami jedná lékař klidně, vstřícně, nekonfliktně a empaticky, bez moralizování a kritizování. Nikdy nelže či neslibuje něco, co nemůže splnit!
8. První dojem z jednání lékaře na CP je velmi důležitý pro další postoj pacienta vůči léčení v psychiatrické nemocnici.

Po provedení vstupního vyšetření musí lékař rozhodnout, zda pacienta přijmout do nemocnice či nepřijmout.

### D) Důvody nepřijetí k hospitalizaci do PN v Kroměříži:

#### 1. *Psychický stav pacienta*

- a) Pacient **nejeví známky duševní nemoci, ani sám žádné příznaky psychických potíží neudává**, ani z dostupné zdravotnické dokumentace nevyplývá, že by známky duševní nemoci jevil v době krátce (dny) před odesláním k hospitalizaci.
- b) Pacient jeví známky duševní nemoci, popisuje sám příznaky duševní nemoci či jsou příznaky duševní nemoci popsány v dokumentaci, ale **pacient hospitalizaci odmítá a aktuálně neohrožuje sebe ani své okolí**, ani v dostupné dokumentaci není popsáno chování, kterým by pacient v důsledku své duševní poruchy ohrožoval sebe nebo své okolí.

#### 2. *Somatický stav pacienta*

- a) Pacient je v tak **špatném somatickém stavu**, že nelze zajistit dostatečnou péči v rámci PN v Kroměříži. V tom případě napíše lékař zprávu o svém vyšetření a doporučení, kde by měl být pacient léčen, a zajistí převoz pacienta na příslušné oddělení nemocnice.

Pokud se lékař rozhodne nepřijmout pacienta z výše uvedených důvodů, je třeba, aby napsal do **Záznamu o odmítnutém příjmu** své psychiatrické vyšetření, v němž uvede některou z možností:

- a) že k hospitalizaci pacienta **není z medicínského hlediska důvod**
- b) že **pacient odmítl hospitalizaci proti radě lékaře**, není zákonný důvod pro nedobrovolnou hospitalizaci a že byl pacient poučen, kde může v případě potřeby vyhledat lékařskou pomoc. V tom případě lékař vytiskne a pacienta nechá podepsat „**Negativní revers**“, který předá SZP k založení.
- c) že **pacient vyžaduje přednostně somatickou péči**, ke které pacienta odeslal s příslušným doporučením, které pacientovi předal.

Ze zápisu v počítači musí jasně vyplývat důvod odmítnutí, který je třeba shrnout v bodu RESUME.

## II) Přijetí pacienta k hospitalizaci pacienta proti jeho vůli

1. Lékař musí ve svém vyšetření jasně zdůvodnit, jakým způsobem pacient v důsledku duševní poruchy aktuálně ohrožuje sebe nebo své okolí.
2. Informaci o nedobrovolném přijetí lékař CP zašle elektronicky na Okresní soud v Kroměříži.

## III) Na jaké oddělení pacienta přijmout

### 1) Na otevřené nebo na uzavřené oddělení:

„Lze se s pacientem rozumně domluvit?“ Ano – otevřené; Ne - uzavřené

„Hrozí, že by v případě opuštění oddělení ohrozil sebe nebo někoho jiného?“ Ano – uzavřené; Ne - otevřené

### 2) Další vodítka pro volbu vhodného oddělení:

Věk – nad 65 roků na gerontopsychiatrii, do 16 roků na dětské

Typ problému (diagnóza) – viz charakteristika jednotlivých oddělení

Volná kapacita oddělení

Přání pacienta – pokud tomu nebrání jiné okolnosti, snažíme se vyhovět

Zkušenost s pacientem z minulých hospitalizací – respektovat údaje z minulých propouštěcích zpráv

## IV) Možné problematické situace při přijímání pacienta:

### 1) Pacient pod vlivem alkoholu

Pacient objednaný na AT primariát ke komplexní PAL, který se dostaví pod vlivem alkoholu a nejeví známky odvykání ani jiné potíže, se odesílá domů s informací, že je třeba se na AT primariátu k nástupu léčby znovu objednat a přijít ve střízlivém stavu.

Rozhodující je aktuální somatický a psychický stav pacienta, nikoli hladina alkoholu v krvi. Akutní ebrieta je duševní porucha (F10.0) a není důvodem k odmítnutí hospitalizace. Jednotlivá oddělení PNKM mohou mít vlastní kritéria pro přijímání pacientů v ebrietě (např. AT primariát), která by měl lékař CP respektovat.

V případě těžké intoxikace s poruchou vědomí a ohrožením vitálních funkcí je třeba pacienta s doporučením odeslat na jednotku intenzivní péče Nemocnice v Kroměříži (telefonicky předem dohodnout).

Převoz na Záchytnou stanici: na záchytnou stanici se převáží pacient, který ohrožuje sebe nebo okolí nebo budí veřejné pohoršení. Převoz na ZS indikuje lékař a je na jeho zvážení, zda k převozu přivolá Městskou policii nebo Policii České republiky (po dohodě s náměstkem MUDr. Javorou není již ze stany ZS vyžadován doprovod policie.).

#### **2) Nedostatečné, nečitelné, žádné parere**

Je třeba vycházet z informací od pacienta, z vyšetření jeho aktuálního stavu, ze zdravotnické dokumentace PNKM.

#### **3) Rozpor mezi aktuálním chováním či tvrzením pacienta a údaji v parere**

Vycházíme z předpokladu, že odesílající lékař nemá důvod lhát; snažíme se získat objektivní informace (telefonicky – příbuzní, odesílající lékař). Pokud je v parere uvedeno, že pacient aktuálně ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy, pak je vhodné hospitalizovat i proti jeho vůli s vysvětlením, že jde o přechodné opatření do vyjasnění situace.

#### **4) Chybějící somatické vyšetření či doporučení u pacienta ve špatném somatickém stavu**

Lékař musí rozhodnout, zda lze pacienta přijmout a zajistit konziliární vyšetření nebo zda je nutné jej odeslat na somatické vyšetření do nemocnice (telefonicky předem dohodnout)

#### **5) Hospitalizaci žádá někdo jiný, pacient ji odmítá**

Lékař musí určit, zda pacient aktuálně ohrožuje sebe nebo své okolí. Pokud nikoli, pak pacienta nelze hospitalizovat proti jeho vůli, i když jeví známky duševní poruchy či choroby. Jinak by se mohlo jednat o trestný čin omezování osobní svobody!

#### **6) Na vhodném oddělení není volné místo**

Lékař pacientovi vysvětlí situaci a nabídne mu dočasné umístění na jiné oddělení s tím, že bude přeložen, jakmile se na vhodném oddělení uvolní místo. Tuto informaci uvede ve svém vyšetření.

Pokud pacient s tímto řešením nesouhlasí, poskytne mu lékař telefonický kontakt na vhodné oddělení, aby si pacient mohl dohodnout termín nástupu k hospitalizaci.

### **C. POSTUP STŘEDNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ (SZP) CP PNKM PŘI PŘIJÍMÁNÍ PACIENTA K HOSPITALIZACI**

#### **I) Postup SZP v čekárně Centrálního příjmu PNKM**

- a) Po zazvonění otevře pacientovi (a jeho doprovodu) dveře, pacienta pozdraví, představí se mu, podá mu ruku, usadí ho v čekárně a nabídne mu možnost použití WC a občerstvení.
- b) Pokud se jedná o pacienta se sníženou mobilitou, zhodnotí, zda mu má pomoci do schodů nebo má použít výtahu a sedačky.
- c) Seznámí pacienta stručně s postupem při přijímání do PNKM a sdělí mu, jaké doklady si má připravit.
- d) Informuje o přítomnosti pacienta v čekárně sestru/ošetřovatele a lékaře příjmové ordinace, který může dle urgency měnit pořadí příjmu pacientů.
- e) Během čekání udržuje s pacientem kontakt, dbá na jeho zavodnění, sdělí mu, kdy přijde na řadu. Chrání pacientovu intimitu - čekárna je veřejný prostor, proto se zde neprovádí alko testy, nezjišťují osobní data, důvody k přijetí apod.
- f) Pokud se v čekárně ocitne pacient, který je nedostatečně oblečen nebo je jeho oblečení nějakým způsobem znehodnoceno či znečištěno, poskytne mu dostatečné erární náhradní oblečení pro pobyt na CP a převod na cílové oddělení.



## II) Postup SZP v příjmové ordinaci Centrálního příjmu PNKM

- a) Na pokyn lékaře CP vyzve pacienta v čekárně, aby vešel do příjmové ordinace.
- b) Pacienta pozdraví, představí se mu, podá mu ruku, posadí jej na židli a seznámí jej s tím, jak bude příjmové vyšetření probíhat. V případě přítomného doprovodu se pacienta zeptá zda mu nevádí jejich přítomnost při vyšetření.
- c) Vyžádá si od pacienta doporučení lékaře k hospitalizaci (parere) a doklady totožnosti (občanský průkaz, průkaz pojištěnce), které pacientovi po zapsání údajů vrátí.
- d) Do počítače zadá do elektronického systému ISpP údaje o pacientovi
  - jméno a příjmení
  - datum narození, rodné číslo
  - zdravotní pojišťovnu
  - bydliště, telefonní kontakt
  - stav, národnost, státní příslušnost
  - odesílajícího lékaře
  - způsobilost k právním úkonům
  - jméno a adresu ambulantního psychiatra a praktického lékaře, včetně telefonních čísel
  - kontakt na nejbližšího příbuzného/blízko osobu, popř. opatrovníka
  - jméno a adresu člověka, který doprovod
  - číslo občanského průkazu
- e) Po zapsání uvedených údajů je odešle do počítače lékaře, zapíše do Přijímací knihy a vytiskne samolepicí štítky se jménem pacienta a záznam o přijetí pro přijímací kancelář
- f) V případě, že se jedná o pacienta, který již byl v minulosti v PNKM hospitalizován, vytiskne minulou Propouštěcí zprávu a předá ji lékaři CP
- f) V případě potřeby vyplní formulář Pracovní neschopnosti.
- g) Po ukončení vyšetření pacienta lékařem CP a rozhodnutí o jeho hospitalizaci v PNKM vytiskne záznam o dobrovolné hospitalizaci, na kterém podepíše jako svědek nebo záznam o nedobrovolné hospitalizaci.
- h) Nabídne pacientovi brožuru s informacemi o Psychiatrické nemocnici v Kroměříži
- i) Vloží všechny formuláře - parere, protokol o přijetí, lékařské vyšetření, štítky a zprávu z minulé hospitalizace - do zalepené obálky s označením oddělení, na kterém bude pacient léčen, a toto oddělení o příjmu pacienta telefonicky uvědomí.
- j) Před odesláním pacienta na oddělení se jej zeptá, zda nemá ještě nějaký dotaz.
- k) Stručně pacientovi popíše charakter oddělení, na kterém bude léčen, předá jemu nebo jeho doprovodu zalepenou obálku s formuláři a zajistí, aby se bezpečně dostal na cílové oddělení PN
  - chodícího klidného dobrovolně se léčícího pacienta, přijatého na otevřené oddělení, nasměruje pomocí mapky PN
  - pacientovi se sníženou mobilitou zajistí transport sanitou PN – telefonní číslo 292
  - pacientovi, který je neklidný či zmatený, který je hospitalizován nedobrovolně a/nebo byl přijat na uzavřené oddělení, zajistí transport sanitou a zdravotnický doprovod – telefonní číslo 292

### III. Odmítnutý příjem

V případě, kdy lékař CP rozhodne, že pacient nebude přijat k hospitalizaci v PNKM

- a) sestra **vyplní v jednom vyhotovení formulář Odmítnutí zdravotní péče** a nechá ho pacientem podepsat. Pokud hospitalizaci žádá pacient a lékař ji odmítne, formulář o Odmítnutí zdravotní péče se nevyplňuje.
- b) Po skončení **lékařského vyšetření odmítnutého pacienta SZP záznam o tomto vyšetření vytiskne**, vloží do obálky a pacienta poučí, aby ji předal do ambulance svého praktického lékaře, případně svého ambulantního psychiatra.
- c) Kopii lékařského vyšetření, parere a negativní reverz založí do **sešitu odmítnutých příjmů**.
- d) Pokud je **odmítnutý pacient přivezen sanitou**, vyplní sestra pro řidiče sanity Příkaz transportu, aby mohl být po lékařském vyšetření odvezen zpět.
- e) Pokud je **odmítnutý pacient bez doprovodu a není zdejší**, SZP zjistí, zda se orientuje v Kroměříži a zda ví jak se dostane na nádraží. Může také odmítnutému pacientovi nabídnout setrvání v čekárně CP, dokud si telefonicky nedohodne odvoz domů. Péče o odmítnutého pacienta, čekajícího v čekárně CP, je stejná jako o pacienta čekajícího na příjem.

### IV. Pacient, odeslaný lékařem na Protialkoholní záchrannou stanici (PZS)

Pokud lékař CP po vyšetření pacienta rozhodne, že je nutné jej odeslat na PZS v Kroměříži, SZP

- a) Ověří telefonicky, zda je na PZS volné místo a uvedomí PZS, že k nim bude přivezen pacient
- b) Napíše příkaz k transportu
- c) Zavolá sanitu PNKM (na službě i hotovostního ošetřovatele)
- d) V případě neklidného, agresivního pacienta požádá telefonicky Městskou policii v Kroměříži nebo Policii ČR o asistenci k převozu na PZS – převoz indikuje lékař a sám zvaží, zda je účast MP či PČR u převozu potřeba.
- e) Uvedomí telefonicky PZS v Kroměříži, že k nim bude přivezen pacient
- f) Vloží do obálky **Žádost lékaře CP o observaci na PZS a odešle pacienta v doprovodu ošetřovatele CP (nebo hotovostního ošetřovatele) a (policisty) sanitou s řidičem na PZS.**

### V. Telefonování - podávání informací

Nejčastější typy telefonních hovorů se týkají:

- objednávky k hospitalizaci
- možnosti hospitalizace v PN
- informací o pacientech
- domluvení překladů z jiných zdravotnických zařízení či přímo z terénu (ZZS)

Objednávky k hospitalizaci sestra přepojuje na příslušná oddělení:

- a) odd. 8A – jde o oddělení příjmové, na které jsou pacienti muži přijímáni bez objednání. Přijímání jsou pacienti k detoxu, pacienti v horším somatickém i psychickém stavu,

v odvykacím stavu, kombinované závislosti, duální diagnózy, ochranné léčby muži. Objednávají se pouze muži toxikomani k detoxu před přijetím k ptx léčbě na odd. 17B.

- b) odd. 8B – objednávky muži a ženy k PAL, opakované léčby, kombinované závislosti, duální diagnózy, ochranné léčby ženy. Dále ženy k xeroxu před ptx léčbou na odd. 17B.
- c) odd. 15 – objednávky muži a ženy k PAL, prvoléčby i opakované léčby, ale pacienti v dobré psychické a fyzické kondici, motivovaní. Na odd. 15 jsou přijímáni pacienti ve střízlivém stavu a bez výraznějších odvykacích příznaků.
- d) patologické hráčství - odd. 10B
- e) psychotherapeutický šestitýdenní pobyt - odd. 18B
- f) děti do šestnácti let (do ukončení školní docházky) - odd. dětské

Hovory týkající se informací o možnosti hospitalizace v PN, informací o pacientech, domluvy týkající se překladu z jiných zdravotnických zařízení či terénu (ZZS) **předá lékaři CP**. Na hotovostní službě **žurnálními lékaři** dle rozpisu (muž či žena).


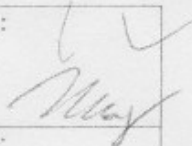
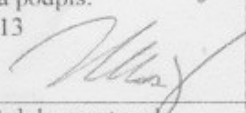

**Sestra nemůže podávat po telefonu žádné informace o pacientech**, ani v případě, kdy volá policie, nemocnice, soud či jiná instituce. Tyto hovory předá lékaři CP případně ŽL dle rozpisu.

Pokud se jedná o příbuzné či známé, přepojí hovor na příslušné oddělení, kde mají v dokumentaci pacientem určený souhlas, komu je možné informace podávat.

#### D. ZVLÁŠTNÍ PŘÍPADY

1. V případě **zcela imobilního pacienta** může lékař CP rozhodnout, že vyšetření a zjištění potřebných informací proběhne přímo v sanitním voze, kterým byl pacient do PNKM přivezen. O této okolnosti provede záznam do vstupního vyšetření.
2. V případě, že je pacient přivezen do PNKM **vozem Rychlé záchranné služby**, provede lékař CP vyšetření přednostně, nenechá však vůz ZZS odjet dříve, než rozhodne, že pacient je k hospitalizaci v PNKM indikován.
3. Pokud je pacient přivezen do PNKM sanitou v **doprovodu příslušníků Policie ČR** z důvodu jeho neklidu či agresivity, a lékař CP rozhodne o tom, že pacient bude v PNKM hospitalizován, zajistí SZP přivolání hotovostního ošetřovatele, event. personálu z jiného odd. (6A, 5A či kroměřížské policie, aby byla zajištěna bezpečná přeprava pacienta z Centrálního příjmu na příslušné oddělení PNKM sanitou.  
Dokud není zajištěno bezpečí pacienta a zdravotnického personálu CP PNKM, **jsou příslušníci Policie ČR povinni zůstat na místě a nadále poskytovat pomoc** při zvládnutí pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

**Příloha č. 9:** Standard Psychiatrické nemocnice v Kroměříži č. 4, příjem pacienta na oddělení

<b>Psychiatrická nemocnice v Kroměříži</b> Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž <a href="http://www.pnkm.cz">www.pnkm.cz</a>			
Název, druh, číslo a verze dokumentu			
<b>Standard č. 4</b> <b><u>PŘÍJEM PACIENTA NA ODDĚLENÍ</u></b>			
Typ předpisu: <b>STANDARD</b>	Počet stran/příloh: 4/3	Originál uložen: Sekretariát ředitele Psychiatrické nemocnice v Kroměříži	
Vypracoval/a: <small>(titul, jméno, příjmení, funkce)</small>	Petr Mlčák hlavní ošetřovatel MUDr. Petr Možný ředitel	Datum a podpis: 5. 4. 2013 	
Schválil/a: <small>(titul, jméno, příjmení, funkce)</small>	MUDr. Petr Možný ředitel Psychiatrické nemocnice v Kroměříži	Datum a podpis: 5. 4. 2013 	
Platnost dokumentu pro:	Střední zdravotnický personál a lékaře	Platnost dokumentu od: 5. 4. 2013	
<b>Revize dokumentu:</b>			
Číslo	Popis revize	Datum	Podpis
1.	Revize dokumentu	1. 4. 2016	
Skartační znak:			

## A. ÚVOD

Tento Standard popisuje proces, kterým prochází pacient, který je přijat k hospitalizaci do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a je po vyšetření lékařem na Centrálním příjmu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži (dále „PNKM“) odeslán k další zdravotnické péči, po příchodu na oddělení PNKM.

## B. ODESLÁNÍ PACIENTA Z CENTRÁLNÍHO PŘÍJMU PNKM NA ODDĚLENÍ

1. Pacienti jsou přijímáni do PNKM k hospitalizaci na Centrálním příjmu (dále „CP“) nepřetržitě 24 hodin denně. Postup příjmu na CP je popsán ve Standardu č. 3.
2. Na základě rozhodnutí lékaře CP je pacient odeslán k další péči na některé oddělení PNKM. Pacient může být na oddělení odeslán:
  - a) **sanitním vozidlem v doprovodu zdravotníka**, který jej předá staniční sestře nebo směnové sestře s příjmovou dokumentací.  
Zdravotník CP vždy předem telefonicky upozorní oddělení, pokud je přijetí k hospitalizaci do PNKM spojeno s agresí a neklidem pacienta nebo je pacient imobilní.
  - b) **v doprovodu příbuzných** s příjmovou dokumentací, pokud je klidný a jedná se o dobrovolnou hospitalizaci na otevřeném oddělení.
  - c) **sám** s příjmovou dokumentací, pokud je klidný, jedná se o opakovanou dobrovolnou hospitalizaci na otevřeném oddělení a pacient se bezpečně orientuje v areálu PNKM.

## C. PŘIJETÍ PACIENTA NA ODDĚLENÍ STŘEDNÍM ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM

1. Při prvním kontaktu s pacientem na oddělení se mu směnová sestra představí a seznámí jej s úkony, které bude provádět při přijetí (dle zdravotního stavu pacienta).
  2. Směnová sestra provede při přijetí pacienta na oddělení tyto administrativní úkony:
    - a) **Založení dekurzu**  
První strana dekurzu v den přijetí obsahuje tyto údaje (viz Standard č.1)
      - dieta
      - kategorie
      - ordinace lékaře (farmakoterapie, vstupní laboratorní vyšetření, další pokyny)
      - označení, zda je pacient hospitalizován dobrovolně (DV), nedobrovolně (NV) nebo zda má nařízenou ochrannou léčbu (OL)
      - zápis o přijetí na oddělení
      - identifikace pacienta
    - b) **Založení ošetřovatelské dokumentace + screening v elektronické dokumentaci ISpP**
      - aa) **Ošetřovatelská dokumentace**
        - ošetřovatelská anamnéza
        - plán ošetřovatelské péče (do 24 hod. od přijetí)
        - edukační karta
        - souhlas s poskytováním informací
      - bb) **Hodnotící měřicí techniky - screening**
        - Barthelsův test
        - riziko sebevražedného jednání
        - riziko agrese
        - riziko pádů
        - nutriční screening
        - hodnocení rizika vzniku dekubitů
- Dle stupně rizika je stanovena oš. dg. a ošetřovatelský plán. Pokud je vyhodnocen vysoký stupeň rizika informuje oš. personál lékaře odd. nebo žurnál. lékaře.



3. Seznámí pacienta s možností uložení cenností, finančních prostředků a osobních věcí na oddělení a sepiše seznam uložených věcí na formulář „**Potvrzení o úschově věcí**“, který podepíše pacient, sestra, která věci přijala, a jako svědek se podepíše druhý zdravotník ve službě. Originál je součástí ošetrovatelské dokumentace a kopie se předá pacientovi.
4. Za věci, které si ponechá pacient u sebe, si ručí sám. Toto SZP zaznamená na šatní lístek a pacient tuto skutečnost stvrdí svým podpisem.
5. Další formuláře „**Smlouva o správě finančních prostředků**“ nebo „**Prohlášení pacienta o samostatném obstarávání finančních prostředků**“ a „**Hlášení o správě finančních prostředků**“ SZP na oddělení vyplní a odevzdá nejpozději do 24 hodin po přijetí - odpovídá staniční setra. Při přijetí sobotu, neděli a svátky jsou formuláře odevzdány první následující pracovní den.
6. NZP provede s pacientem **základní hygienické úkony**
  - koupel, kontrola vlasové části a povrchu těla ke zjištění parazitů, vyrážek či zranění
  - zhodnotí případné nálezy a informuje lékaře oddělení či službu konajícího lékaře
  - vlastní oblečení pacienta, které si nechá na sobě, musí být hygienicky nezávadné. Pokud tomu tak není, NZP zajistí, aby byl pacient převlečen do ústavního prádla.
7. Dle aktuálního zdravotního stavu je pacient buď uložen na lůžko nebo zůstane na denním sále a směnová sestra pacienta **seznámí s oddělením a léčebným režimem:**
  - ukáže mu prostory, určené pro pacienty, tj. WC, denní místnost, jídelnu, terapeutickou místnost aj.
  - poučí jej o režimu oddělení a ukáže mu místo, kde si jej může přečíst
  - seznámí jej s Domácím řádem a Právy pacienta a ukáže mu, kde si je může přečíst
  - zodpoví dotazy pacienta v rámci svých kompetencí, případně jej odkáže na ošetřujícího lékaře
8. Směnová sestra zaznamená příjem pacienta:
  - do **Knihy příjmů, překladů a propuštění**
  - do **Raportní knihy**, kam zároveň zapíše ordinovaná vyšetření
  - má-li pacient na CP vystavenou **Pracovní neschopnost (PN)**, vloží její III. díl do obálky a zajistí odeslání na adresu zaměstnavatele pacienta.
  - Pokud pacient přišel s PN vystavenou jiným ZZ, zašle **Hlášení ošetřujícího lékaře** na adresu ČSSZ Kroměříž a praktického lékaře pacienta.
9. Úkony, které nebylo možné při přijetí učinit z důvodů nespolupráce pacienta, zapíše službu SZP do **Záznamu sestry** v ISpP a do **Raportní knihy**. Při předávání směny ústně sdělí nastupující službě jaké úkony nebyly provedeny a proto je třeba je ještě provést.

#### **D. PŘIJETÍ PACIENTA NA ODDĚLENÍ LÉKAŘEM**

1. Po přijetí pacienta na oddělení a provedení nezbytných úkonů SZP je pacient odeslán k provedení vstupního psychiatrického vyšetření za ošetřujícím lékařem oddělení. Proces provedení vstupního psychiatrického vyšetření je popsán ve Standardu č. 5.
2. Každý pacient, přijatý k hospitalizaci, musí být lékařem PNKM vyšetřen do 24 hodin od přijetí.
3. Pacienta, přijatého k hospitalizaci v pátek odpoledne a v průběhu soboty nebo ve dnech pracovního klidu, vyšetří službu konající lékař. Ten zjistí a do dekurzu popíše aktuální psychický a tělesný stav pacienta, zkontroluje a případně upraví terapii ordinovanou lékařem CP, rozhodne o případných neodkladných vyšetřeních a terapeutických opatřeních. Neodebírá podrobnou anamnézu a nestanovuje terapeutický plán.

#### 4. PŘÍLOHY:

- 1) Smlouva o správě finančních prostředků klienta po dobu hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži
- 2) Prohlášení klienta o samostatném obstarávání finančních prostředků po dobu hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži
- 3) Hlášení o správě finančních prostředků hospitalizovaných v PN

Zdroj: standardy Psychiatrické nemocnice v Kroměříži

**Příloha č. 10:** Standard Psychiatrické nemocnice v Kroměříži č. 12 používání omezovacích prostředků

<p><b>Psychiatrická léčebna v Kroměříži</b>                  Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž  <a href="http://www.plkm.cz">www.plkm.cz</a></p>			
<p>Název, druh, číslo a verze dokumentu</p>			
<p><b>Standard č. 12</b>  <b><u>POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ</u></b></p>			
Typ předpisu: <b>STANDARD</b>	Počet stran/příloh: 6/2	Originál uložen: Sekretariát ředitele Psychiatrické léčebny v Kroměříži	
Vypracoval/a: (titul, jméno, příjmení, funkce)	MUDr. Petr Možný ředitel Psychiatrické léčebny v Kroměříži	Datum a podpis: 27. 6. 2012	
Schválil/a: (titul, jméno, příjmení, funkce)	MUDr. Petr Možný ředitel Psychiatrické léčebny v Kroměříži	Datum a podpis: 27. 6. 2012	
Platnost dokumentu pro:	Všichni zdravotničtí pracovníci PL Kroměříž	Platnost dokumentu od: 1. 7. 2012	
Revize dokumentu:			
Číslo	Popis revize	Datum	Podpis
Skartační znak:			



## A) ÚVOD

Tento Standard definuje omezovací prostředky, používané v Psychiatrické léčebně Kroměříž, stanovuje obecná pravidla pro jejich používání a konkrétní postup při používání jednotlivých druhů omezovacích prostředků.

## B) Základní pojmy

- 1) **Omezovací prostředky:** Podle zákona 372/2011 § 39 odst. 1 se za omezovací prostředky považuje
  - a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky
  - b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty
  - c) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu (dále „odluka“),
  - d) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta
  - e) injekční podání psychofarmak, která slouží k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb,pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo s jeho souhlasem.
- 2) Omezovací prostředky jsou **specifická režimová opatření ošetrovatelské péče** a jejich používání u hospitalizovaných pacientů podléhá v léčebně zvláštním pravidlům, evidenci a kontrole.
- 3) **Omezovací prostředky lze použít**
  - a) pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, a
  - b) pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití podle písmene a).
- 4) U pacienta, který je způsobilý k právním úkonům, lze použít omezovací prostředky bez jeho souhlasu jen v případě, že je v léčebně hospitalizován nedobrovolně a jeho hospitalizace byla schválena soudně. V případě nutnosti použití omezovacích prostředků u pacienta, který je v léčebně hospitalizován dobrovolně, je nutné do 24 hodin buď získat dodatečný souhlas pacienta s použitím omezovacích prostředků nebo změnit statut jeho hospitalizace na nedobrovolnou a ohlásit tuto změnu Okresnímu soudu v Kroměříži.
- 5) U pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům a u pacientů mladších 18 let je třeba informovat o použití omezovacích prostředků do 24 hodin jejich zákonného zástupce a získat jeho písemný souhlas. Pokud se tento souhlas nepodaří získat je nutné ohlásit skutečnost použití omezovacích prostředků bez souhlasu pacienta Okresnímu soudu v Kroměříži.
- 6) **Lehká fixace k lůžku nebo křeslu a užití postranic nebo zábran u lůžka nebo křesla** pro zabránění pádu a zranění u pacienta trpícího demencí, deliriózním stavem nebo jinými závažnými zdravotními komplikacemi projevujícími se poruchami hybnosti **nejsou považovány za omezovací prostředek**. Jedná se o běžná režimová opatření ošetrovatelské péče, o jejichž použití v rámci ošetrovatelského procesu rozhoduje staniční sestra nebo vedoucí směny ošetrovatelského personálu na oddělení (dále „vedoucí směnová sestra“).
- 7) **ISpP** – elektronická databáze Informační systém pro psychiatrii  
**MPK<sub>m</sub>** – Městská policie Kroměříž, telefon 573 321 156.

### C) Postup při použití omezovacích prostředků – obecná pravidla

1. **Omezovací prostředek lze použít vždy až poté**, co se nepodařilo dosáhnout zklidnění pacienta a odvrátit bezprostřední ohrožení života, zdraví a bezpečnosti pacienta či jiných osob pomocí méně omezujících terapeutických a ošetrovatelských postupů, jako je slovní domluva, psychoterapeutický pohovor, podání medikace per os, odstranění fyzických a somatických příčin pacientova ohrožujícího chování (bolest, nepohodlí, tělesné onemocnění či poranění, problém ve vztahu s jiným pacientem nebo personálem aj.). Použít postupu, kterým lze předejít použití omezovacích prostředků, je povinen každý zdravotnický pracovník léčebny.
2. O použití omezovacího prostředku **rozhoduje vždy ošetřující lékař** (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby).
3. V případě, že v důsledku akutního ohrožení života, zdraví či bezpečnosti pacienta nebo jiných osob **vyžaduje situace neodkladné řešení**, je oprávněn o použití omezovacích prostředků rozhodnout i jiný zdravotnický pracovník oddělení. V tom případě musí být ošetřující lékař (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby) o použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí co nejdříve potvrdit oprávněnost jeho použití.
4. **Před použitím omezovacího prostředku je nutné pacienta informovat o důvodech jeho použití** a to pro něj srozumitelným způsobem, je-li to vzhledem k jeho psychickému stavu možné. Tuto informaci podá pacientovi jak ošetrovatelský personál, tak ošetřující lékař (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby).
5. Není-li vzhledem k psychickému stavu pacienta možné vysvětlit mu důvody použití omezovacího prostředku před a v době jeho použití, je nutné, **aby mu tuto informaci podal ošetrovatelský personál či ošetřující lékař jakmile se psychický stav pacienta zlepší natolik**, aby byl schopen důvody pro použití omezovacího prostředku pochopit.
6. O použití omezovacího prostředku musí lékař, který jeho použití indikoval či schválil, **učinít písemný záznam** jak do zdravotnické dokumentace pacienta, tak do elektronické zdravotnické databáze ISpP, modul „Denní záznam – omezení“. Tento záznam obsahuje tyto údaje:
  - a) počátek omezení – datum a čas
  - b) druh omezení
  - c) zdůvodnění opatření
  - d) popis situace a psychického stavu pacienta, které předcházely použití omezovacího prostředku
  - e) jméno a příjmení lékaře, který rozhodl o použití omezovacího prostředku
  - f) ukončení omezení – datum a čas
  - g) jméno a příjmení lékaře, který rozhodl o ukončení omezovacího prostředku
7. Při použití omezovacího prostředku je nutné, aby ošetrovatelský personál i ošetřující lékař **v maximální míře dbali na zachování lidské důstojnosti a soukromí pacienta**.
  - a. Ošetrovatelský personál i ošetřující lékař se chovají k pacientovi s respektem a používají jen minimální nezbytnou míru fyzického omezení.
  - b. Pacient, u něhož byly použity omezovací prostředky, je umístěn na oddělení mimo přímý kontakt s ostatními pacienty oddělení, umožňuje-li to stavební dispozice oddělení a organizačně provozní opatření na oddělení.
  - c. Ošetrovatelský personál je povinen i při použití omezovacího prostředku zajistit pacientovi s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav lidsky důstojné provádění všech základních osobních potřeb (osobní hygiena, vyprazdňování, stravování) - i mimo omezovací prostředek, pokud tomu použitý omezovací prostředek brání.
8. Po dobu použití omezovacího prostředku musí být pacient **pod trvalým dohledem ošetrovatelského personálu**; dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta.

9. Všechny záznamy, zapisované v době použití omezovacího prostředku do zdravotnické dokumentace lékařem nebo ošetrovatelským personálem, musí mít podobu **elektronického zápisu do ISpP a poté musí být vytisknuty na dekurzním listu**. Každý záznam musí být **podepsán** tak, aby bylo možno určit, kdo zápis provedl.
10. Pokud u pacienta v době použití omezovacího prostředku **dojde k poruše nebo zástavě základních životních funkcí** (dech, krevní oběh), ošetrovatelský personál musí vždy okamžitě zahájit kardiopulmonální resuscitaci a přivolat ošetroujícího lékaře (v mimopracovní době lékaře pohotovostní služby) a záchranou zdravotní službu.
11. V době aplikace omezovacího prostředku **nejsou pacientovi umožněny návštěvy**. Výjimku v konkrétní situaci může povolit pouze ošetroující lékař.
12. O možnosti použití omezovacích prostředků **jsou pacienti informováni v Domácím řádu oddělení**. Pokud je pacient po ukončení použití omezovacího prostředku schopen chápat smysl a důvody jeho použití, lékař je s ním následně projedná a vysvětlí mu je.
13. **Zdravotničtí pracovníci jsou o postupech při užívání omezovacích prostředků pravidelně proškoleni primáři a vrchními sestrami**. Pravidla používání omezovacích prostředků jsou také nedílnou součástí pravidelného školení zdravotnických pracovníků o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci.
14. Za dodržení správného postupu ošetrovatelského personálu v každém konkrétním případě použití omezovacího prostředku u psychiatrického pacienta na oddělení **odpovídá vedoucí směnová sestra**. Za průběžnou kontrolu postupů ošetrovatelského personálu při používání omezovacích prostředků na oddělení **odpovídá primář a staniční sestra oddělení**.

#### D) Postup při použití jednotlivých typů omezovacích prostředků

##### 1. Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky

- a. Tento omezovací prostředek lze použít jen v případě, kdy pacient svým chováním aktuálně a bezprostředně ohrožuje svůj život nebo své zdraví (například tluče hlavou do zdi nebo si jiným způsobem způsobuje vážná zranění) nebo ohrožuje závažným způsobem život či zdraví jiných osob.
- b. Před jeho použitím je třeba se vždy pokusit zklidnit pacienta slovně, odstranit příčiny jeho chování, je-li možné je zjistit, a nabídnout pacientovi lék na zklidnění či umístění do terapeutické odluky.
- c. Při použití úchopu pacienta zdravotnickými pracovníky je nezbytné, aby byla zajištěna fyzická převaha na jejich straně. Minimální počet zdravotnických pracovníků, provádějících úchop pacienta s cílem jeho zklidnění, jsou tři, optimální počet je pět. V případě potřeby jsou zdravotničtí pracovníci oddělení oprávněni požádat o pomoc pohotovostní ošetrovatelskou službu, ošetrovatelskou službu z jiného oddělení, případně si vyžádat pomoc MP Km.
- d. Při provádění úchopu pacienta musí zdravotničtí pracovníci v první řadě dbát, aby pacientovi nezpůsobili zranění a zbytečnou bolest, a také dbát o vlastní bezpečnost.
- e. Tento způsob omezení musí trvat vždy co nejkratší dobu – maximálně 30 minut - a sloužit k tomu, aby mohl být pacientovi aplikován injekčně zklidňující lék, omezen v lůžku kurty nebo umístěn do terapeutické odluky.
- f. Po ukončení omezení pacienta úchopem zdravotnickými pracovníky zapiše ošetrovatelský personál do dekurzu záznam o důvodech použití omezovacího prostředku s uvedením času omezení a jmen zdravotnických (event. i nezdravotnických) pracovníků, kteří se jej účastnili.

##### 2. Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy (kurty)

- a. Tento omezovací prostředek lze použít u pacienta, který svým chováním aktuálně ohrožuje svůj život nebo své zdraví nebo ohrožuje život nebo zdraví jiných osob, nebo u pacienta,

u něhož je nezbytný pobyt v lůžku, protože vyžaduje intenzivní léčbu (např. infuzní) a pohybem mimo lůžko ohrožuje svůj život či zdraví, a zároveň není v důsledku své duševní poruchy schopen či ochoten tento pobyt v lůžku dodržovat. Nejčastěji se jedná o pacienty s diagnózou delirantního stavu nebo dementní zmatenosti.

- b. Při použití omezovacích pásů (kurtů) musí zdravotničtí pracovníci dbát, aby nedošlo k poškození zdraví pacienta. Proto musí nepřetržitě sledovat stav vědomí a kardiopulmonální funkce pacienta.
- c. Ošetrovatelský personál kontroluje každých 30 minut stav prokrvení končetin, stav hydratace a vědomí, zjištěný stav zapisuje každých 60 minut do zdravotnické dokumentace. O kontrole dalších tělesných funkcí a hodnot (TK, puls, tělesná teplota, glykémie aj.) a jejich frekvenci rozhoduje ošetřující lékař (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby), který použití omezovacích pásů u pacienta indikoval.
- d. Při kontrolách stavu se ošetrovatelský personál snaží pacienta zklidnit, vysvětlit mu důvody omezení, a dbá na dostatečný přísun tekutin, prevenci vzniku dekubitů, na zajištění hygieny a prevenci prochladnutí. Pokud je to možné, umožní pacientovi použití WC, i když to znamená přerušování omezení v lůžku.
- e. V případě jakéhokoli zhoršení zdravotního stavu pacienta, který je omezen v lůžku, informuje ošetrovatelský personál okamžitě ošetřujícího lékaře (v mimopracovní době lékaře pohotovostní služby).
- f. Ošetřující lékař (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby) kontroluje zdravotní stav pacienta omezeného v pohybu ochrannými pásy v intervalu 4 až 6 hodin podle svého uvážení, zdůvodnění intervalu kontrol zapíše do dekurzu pacienta. Při kontrole stavu pacienta lékař popíše aktuální psychický a somatický stav pacienta a důvody pro případné další pokračování omezení a čas následující kontroly zdravotního stavu pacienta.
- g. O ukončení omezení pacienta ochrannými pásy rozhoduje lékař. Na základě pověření ošetřujícím lékařem (v mimopracovní době lékařem pohotovostní služby) může o ukončení omezení rozhodnout i ošetrovatelský personál, pokud pominou důvody omezení. Ten, kdo rozhodl o ukončení omezení, zapíše do dekurzu čas a důvod ukončení omezení.

### 3. Umístění pacienta v terapeutické odluce

- a. Tento omezovací prostředek lze použít u pacienta, který svým chováním aktuálně ohrožuje svůj život nebo své zdraví nebo ohrožuje život nebo zdraví jiných osob nebo je kvůli svému chování ohrožován jinými pacienty. Nejčastěji se jedná o pacienty s psychomotorickým neklidem, manické, hlučné, verbálně agresivní, vyvolávající konflikty se spolupacienty.
- b. Před umístěním pacienta do terapeutické izolace jej zdravotnický personál prohlédne a odebere mu vše, čím by se mohl poškodit - např. zápalky, zapalovače, ostré předměty, provázky, tkaničky, léky apod. Prohlédne také v odluce pro pacienta dosažitelná místa, kde by tyto předměty mohly být ukryty.
- c. V době umístění do terapeutické odluky sleduje ošetrovatelský personál nepřetržitě chování pacienta a jeho změny. V případě podezření na zhoršení zdravotního stavu pacienta provede personál okamžitě kontrolu kardiopulmonálních funkcí, TK, puls, hydratace a informuje ošetřujícího lékaře.
- d. Ošetrovatelský personál zapisuje do dekurzu každých 60 minut chování pacienta v terapeutické odluce. O kontrole dalších funkcí a hodnot (TK, puls, tělesná teplota, glykémie aj.) a jejich frekvenci rozhoduje ošetřující lékař (v mimopracovní době lékař ústavní pohotovostní služby), který umístění pacienta do terapeutické odluky indikoval.
- e. Ošetřující lékař (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby) kontroluje zdravotní stav pacienta umístěného v terapeutické odluce v intervalu 6 až 8 hodin podle svého uvážení, zdůvodnění intervalu kontrol zapíše do dekurzu pacienta. Při kontrole stavu pacienta lékař popíše aktuální psychický a somatický stav pacienta a důvody pro případné další pokračování omezení a čas následující kontroly zdravotního stavu pacienta.



- f. O ukončení umístění pacienta do terapeutické odluky rozhoduje lékař. Na základě pověření ošetřujícím lékařem (v mimopracovní době lékařem pohotovostní služby) může o ukončení omezení rozhodnout i ošetřovatelský personál, pokud pominou důvody omezení. Ten, kdo rozhodl o ukončení omezení, zapíše do dekurzu čas a důvod ukončení omezení.

#### **4. Použití ochranného kabátku, zamezujícího pohybu horních končetin**

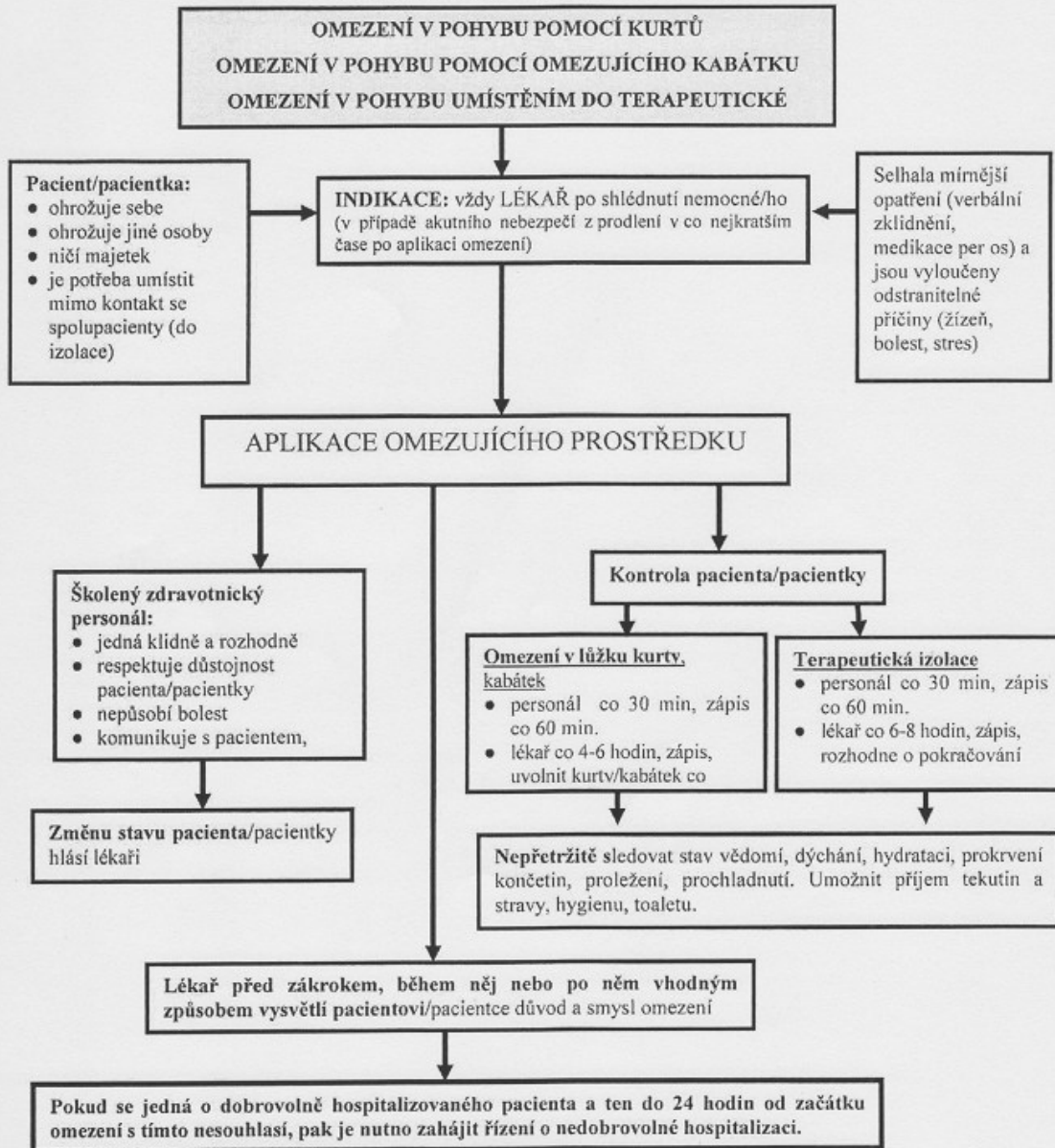
- a. Tento omezovací prostředek lze použít u pacienta, který svým chováním aktuálně ohrožuje svůj život nebo své zdraví nebo ohrožuje život nebo zdraví jiných osob – obvykle se jedná o pacienta, který ohrožuje sám sebe či druhé osoby rukama nebo sám sebe polykáním nebezpečných předmětů.
- b. Ošetřovatelský personál musí dbát na to, aby při nasazování ochranného kabátku nedošlo ke zranění pacienta ani jiných osob a aby nasazený ochranný kabátek účinně bránil pacientovi v sebepoškození i v ohrožování jiných osob horními končetinami, přitom však nedošlo u pacienta k omezení dýchání a prokrvení horních končetin.
- c. Po nasazení ochranného kabátku sleduje ošetřovatelský personál trvale chování pacienta a jeho změny. Do dekurzu zapisuje každých 60 minut psychický stav pacienta. O kontrole dalších tělesných funkcí a hodnot (TK, puls, tělesná teplota, glykemie aj.) a jejich frekvenci rozhoduje ošetřující lékař (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby), který použití ochranného kabátku u pacienta indikoval.
- d. Každé 2 hodiny provádí ošetřovatelský personál u pacienta s nasazeným ochranným kabátkem kontrolu hybnosti a prokrvení horních končetin.
- e. Ošetřující lékař (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby) kontroluje zdravotní stav pacienta omezeného v pohybu ochranným kabátkem v intervalu 4 až 6 hodin podle svého uvážení, zdůvodnění intervalu kontrol zapíše do dekurzu pacienta. Při kontrole stavu pacienta lékař popíše aktuální psychický a somatický stav pacienta a důvody pro případné další pokračování omezení a čas následující kontroly zdravotního stavu pacienta.
- f. O ukončení omezení pacienta ochranným kabátkem rozhoduje lékař. Na základě pověření ošetřujícím lékařem (v mimopracovní době lékařem pohotovostní služby) může o ukončení omezení rozhodnout i ošetřovatelský personál, pokud pominou důvody omezení. Do dekurzu zapíše čas a důvody ukončení omezení.

#### **5. Injekční aplikace psychofarmaka bez souhlasu pacienta**

- a. Tento omezovací prostředek lze použít u pacienta, který svým chováním aktuálně ohrožuje svůj život nebo své zdraví nebo ohrožuje život nebo zdraví jiných osob a nelze jej usměrnit domluvou či podáním léku per os nebo tuto nabídku i přes podané vysvětlení opakovaně odmítl.
- b. Lékař je oprávněn uvést ve zdravotnické dokumentaci typ a dávku injekčního psychofarmaka, kterou je vhodné pacientovi v případě výše uvedeného chování aplikovat i bez jeho souhlasu.
- c. O injekční aplikaci psychofarmaka bez souhlasu pacienta rozhoduje lékař (v mimopracovní době lékař pohotovostní služby). V případě, že hrozí nebezpečí z prodlení, může o aplikaci injekčního psychofarmaka rozhodnout i ošetřovatelský personál, v tom případě o tom musí lékaře neprodleně informovat.
- d. Injekční aplikaci psychofarmaka bez souhlasu pacienta provádí ošetřovatelský personál. Přitom musí především dbát, aby pacientovi nezpůsobil zranění a zbytečnou bolest, a také dbát o vlastní bezpečnost.
- e. Injekční aplikaci psychofarmaka bez souhlasu pacienta zaznamená ošetřovatelský personál do dekurzu pacienta s uvedením času aplikace a typu a dávky aplikovaného psychofarmaka.
- f. Po injekční aplikaci psychofarmaka bez souhlasu pacienta sleduje ošetřovatelský personál nepřetržitě chování a psychický stav pacienta a s odstupem 60 minut zapíše do dekurzu vliv injekce na psychický stav pacienta.

Příloha 1

DOPORUČENÝ POSTUP PŘI UPLATNĚNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ  
V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ V KROMĚŘÍŽI



Příloha 2

DOPORUČENÝ POSTUP PŘI UPLATNĚNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ  
V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ V KROMĚŘÍŽI

