

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**VÝJEZDOVÁ SKUPINA RZP A AKUTNÍ PSYCHÓZY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PAVEL STEC**

**Praha 2017**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**VÝJEZDOVÁ SKUPINA RZP A AKUTNÍ PSYCHÓZY**

Bakalářská práce

PAVEL STEC

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2017



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Stec Pavel**  
**3. C ZZ**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

**Výjezdová skupina RZP a akutní psychózy**

*Emergency Medical Rescue Team and Acute Psychosis*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny, literaturu a tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze, dne 20. března 2017

.....  
Pavel Stec

## **PODĚKOVÁNÍ**

Především bych rád poděkoval panu Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D. za cenné rady, vstřícný přístup a profesionální vedení této bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval Mgr. Tošnarové Ph.D. za laskavou pomoc a pochopení. Dále bych rád poděkoval Pavlu Tajčovskému za pomoc při závěrečném formátování textu.

## ABSTRAKT

STEC Pavel. Výjezdová skupina RZP a akutní psychózy. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jan Pekara Ph.D. Praha 2017. 76 s.

Bakalářská práce poskytuje komplexní pohled na problematiku práce výjezdových skupin RZP u pacientů s akutní psychózou. V teoretické části pojednává o patofyziologii a etiologii akutních psychóz a jejich zvládnutí v rámci první pomoci i odborné pomoci výjezdovou skupinou RZP. Praktická část s použitím teoretických poznatků popisuje na několika příkladech reálných kazuistik situace a stavy s akutní psychózou. Dále popisuje způsoby přístupu k pacientům s akutní psychózou a jejich léčbu výjezdovou skupinou rychlé zdravotnické pomoci RZP, včetně spolupráce s ostatními složkami IZS.

### Klíčové pojmy

Agitovanost. Agrese. Halucinace. Přednemocniční neodkladná péče. Psychomotorický neklid. Psychóza.

## **ABSTRACT**

STEC Pavel. Emergency service crews and acute psychosis. College of Nursing, plc. Degree qualifications: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jan Pekara Ph.D, Prague 2017. 76 pages.

Bachelor thesis provides a comprehensive view on the issue of labour ambulance teams PLA in patients with acute psychosis. The theoretical part discusses the pathophysiology and aetiology of acute psychoses and manages them in first aid and technical assistance crews PLA. The practical part using theoretical knowledge describes several examples of real case studies, situation and conditions with acute psychosis and also describes ways to approach patients with acute psychosis and treatment of crews, emergency medical PLA, in numerous collaborations with other components of the IRS.

### **Keywords**

Aggression. Agitation. Hallucinations. Prehospital Emergency Care. Psychomotor Agitation. Psychosis.

# OBSAH

ÚVOD .....	13
<b>1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 ORGANIZACE A ZAŘÍZENÍ POSKYTOVATELE ZZS .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 VYMEZENÍ ČINNOSTI     ZÁCHRANNÉ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY .....</b>	<b>17</b>
<b>1.3 DOSTUPNOST ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 VÝJEZDOVÉ ZÁKLADNY ZZS .....	17
1.3.2 OPERAČNÍ ŘÍZENÍ ZZS .....	18
1.3.3 STUPNĚ NALÉHAVOSTI TÍSŇOVÉHO VOLÁNÍ .....	18
<b>1.4 VÝJEZDOVÉ SKUPINY A JEJICH SLOŽENÍ .....</b>	<b>19</b>
1.4.1 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ .....	20
1.4.2 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE .....	20
1.4.3 VÝJEZDOVÁ SKUPINA RYCHLÉ ZDRAVOTNICKÉ POMOCI .....	22
1.4.4 OPRÁVNĚNÍ A POVINNOSTI ČLENŮ VÝJEZDOVÉ SKUPINY RZP .....	22
1.4.5 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE ZDRAVOTNÍ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY .....	24
<b>1.5 VYBAVENÍ VOZU RYCHLÉ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY .....</b>	<b>25</b>
1.5.1 DEESKALAČNÍ POMŮCKY VE VOZE RZP .....	26
<b>2 PSYCHÓZY .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 PROJEVY PSYCHÓZ .....	27
2.1.2 BLUDY .....	28
2.1.3 HALUCINACE .....	28
2.1.4 AGITOVANOST .....	28



<b>2.2 PSYCHÓZY A PORUCHY CHOVÁNÍ PROVÁZENÉ AGRESÍ .....</b>	<b>29</b>
2.2.1 SCHIZOFRENIE .....	29
2.2.2 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA .....	29
2.2.3 DELIRIUM .....	29
2.2.4 DEPRESE .....	30
2.2.5 DISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI .....	30
2.2.6 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA .....	30
2.2.7 PSYCHÓZY A PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY .....	31
2.2.8 POSTUPY PŘI LÉČBĚ PSYCHÓZ, AGRESE A AGITOVANOSTI .....	31
<b>2.3 AGRESE .....</b>	<b>32</b>
2.3.1 ROZDĚLENÍ AGRESE PODLE PŘÍČINY .....	33
2.3.2 NEJČASTĚJŠÍ DRUHY AGRESE .....	34
2.3.3 AGRESIVITA .....	35
<b>3 KOMUNIKACE S PACIENTEM S AKUTNÍ PSYCHÓZOU .....</b>	<b>36</b>
3.1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	36
3.1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	36
3.1.3 PŘÍSTUP K NEKLIDNÝM A AGRESIVNÍM PACIENTŮM ...	37
3.1.4 ZÁSADY PŘI OŠETŘOVÁNÍ AGRESIVNÍHO PACIENTA S AKUTNÍ PSYCHÓZOU .....	38
3.1.5 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB BEZ SOUHLASU PACIENTŮ S AKUTNÍ PSYCHÓZOU .....	39
3.1.6 ZÁSADY PRO POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ ...	39
3.1.7 PSYCHOFARMAKA V LÉČBĚ AGRESIVITY A AGITOVANOSTI .....	40
3.1.8 OMEZENÍ VOLNÉHO POHYBU NEKLIDNÉHO PACIENTA	41

<b>4 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 KAZUISTIKA 1 .....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 KAZUISTIKA 2 .....</b>	<b>55</b>
<b>DISKUZE .....</b>	<b>64</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>67</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ASČR Asociace Samaritánů České republiky

cm centimetr

č. číslo

ČR Česká republika

dTK diastolický krevní tlak

EKG elektrokardiogram

f dechová frakce

FiO<sub>2</sub> inspirační koncentrace kyslíku

GCS Glasgow coma scale

HZS Hasičský záchranný sbor

i. m. intramuskulární

i. v. intravenózní

IZS integrovaný záchranný systém

JIP jednotka intenzivní péče

kg kilogram

LZS letecká záchranná služba

m metr

ml mililitr

mmHg milimetr rtuťového sloupce

mmol milimol

o. p. s. obecně prospěšná společnost

PČR Policie České republiky

peep	pozitivní tlak na konci výdechu
PNP	přednemocniční neodkladná péče
PŽK	periferní žilní katetr
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
RV	rendez-vous systém
Sb.	sbírka
SpO <sub>2</sub>	saturace krve kyslíkem
STČ	sestava typových činností
sTK	systolický krevní tlak
UPV	umělá plicní ventilace
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VS	výjezdová skupina
ZOS	zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

(VOKURKA a kol., 2008), (Šeblová, 2013), (Knor, 2014)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Agrese – útok  
Agresor – útočník  
Anizokorické zornice – nestejně velké zornice  
Anosognózie – neschopnost nemocného vnímat vlastní nemoc  
Antipsychotika – neuroleptika  
Cyanóza – namodralé zbarvení kůže  
Deeskalovat – uklidnit  
Eskalace – stupňování  
Frakcinovaně – přerušovaný, dělený  
Glykemie – hladina cukru v krvi  
Hypnotika – léky na spaní  
Ikterus – žloutenka  
Intramuskulárně – do svalu  
Intranazálně – na nosní sliznici  
Intravenózně – nitrožilně  
Koagulum – krevní sraženina  
Medikace – léčení pomocí léků  
Mydriáza – rozšířené zornice  
Orotracheální – týkající se úst a průdušnice  
Parere – krátká lékařská zpráva, určená jinému lékaři  
Psychostimulancia – léky stimulující psychickou činnost  
Psychóza – disociace mezi vnímáním, chováním a prožíváním  
Puls – tep  
Spontánní – bezprostřední  
Medioklavikulární – procházející střední částí klíční kosti  
Tachypnoe – zrychlené dýchání

(VOKURKA a kol., 2008), (Šeblová, 2013), (Knor, 2014)

## ÚVOD

Bakalářská práce zpracovává problematiku Zdravotnické záchranné služby a činnosti výjezdových skupin RZP u pacientů s akutní psychózou, vznik a projevy akutních psychóz a jejich řešení výjezdovými skupinami ZZS.

Teoretická část bakalářské práce je zpracována ve třech kapitolách. V první kapitole je za pomoci odborné literatury a ostatních odborných zdrojů popsána organizace a operační řízení ZZS a činnost výjezdových skupin ZZS. Teoretická část je doplněna zpracovanými informacemi o způsobu vzdělávání a získávání kompetencí zdravotnických záchranářů. Dále je nastíněn popis a činnost výjezdových skupin rychlé zdravotnické pomoci. V další části kapitoly jsou přehledně zpracovány informace o technickém vybavení členů výjezdových skupin RZP a o přístrojovém vybavení vozů ZZS. V následující kapitole jsou popsány nejčastější příčiny a charakteristické symptomy psychotických stavů a jejich projevy. Pozornost při zpracování problematiky agrese a násilí byla věnována jejich příčinám a projevům. V další části jsou popsány situace, ve kterých se nejčastěji setkávají zasahující záchranáři s agresivním jednáním psychotických pacientů. Ve třetí kapitole jsou zevrubně popsány způsoby a techniky komunikace s pacientem s akutní psychózou. Jsou zde popsány možné přístupy k pacientům s akutní psychózou. V praktické části jsou demonstrovány na několika příkladech reálných kazuistik způsoby řešení stavů pacientů s projevy akutní psychózy v různých situacích včetně způsobů deeskalace násilí. U použitých kazuistik jsou uvedeny příklady komunikace v rámci ZZS včetně spolupráce s dalšími složkami integrovaného záchranného systému. Následně je popsán postup při vyšetření a ošetření pacienta a jeho předání do cílového zdravotnického zařízení. S použitím teoretických poznatků jsou analyzovány a diskutovány příklady přístupů a způsobů léčby pacientů s akutní psychózou.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:**

Za pomoci zdrojů odborné literatury popsat organizace, práci ZZS a výjezdových skupin RZP, a problematiku akutních psychóz a jejich léčbu v PNP.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:**

**Hlavní cíl praktické části:**

Vypracování a tvorba karty, která by měla sloužit jako podpůrný nástroj pro členy skupiny RZP pro komunikaci s pacientem s akutní psychózou. Pro tvorbu karty budou použity podklady získané zpracováním odborných zdrojů a případových kazuistik.

**Dílčí cíle praktické části:**

1. Jaké jsou nejčastější limitující faktory ovlivňující práci členů výjezdových skupin RZP pro komunikaci s pacientem s akutní psychózou.
2. Jaké nefarmakologické možnosti a deeskalační techniky má k dispozici výjezdová skupina RZP pro použití při ošetřování pacientů s akutní psychózou.

**Vstupní literatura**

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

PROBSTOVÁ Václava a Ondřej PĚČ, 2009. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

RABOCH Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80.246-1985-9.

VÝROST, Josef a Ivan SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální Psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1428-8.

## **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem „Výjezdová skupina RZP a akutní psychózy“.

Základní prameny:

- katalogy Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- kvalifikační práce (thesis cuni)
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Online katalog NCO NZO

Sběr dat probíhal v období od listopadu 2016 do března 2017.



# 1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Podmínky pro poskytování zdravotnické záchranné služby jsou upraveny zákonem č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších předpisů. Zdravotnická záchranná služba poskytuje zejména přednemocniční neodkladnou péči na základě tísňové výzvy osobám v bezprostředním ohrožení života anebo se závažným postižením zdraví (ANON, 2016).

POSKYTOVATELÉ zdravotnické záchranné služby patří mezi základní složky integrovaného záchranného systému. Zákon č. 239/2001 Sb. IZS je právně vymezen jako otevřený systém koordinace a spolupráce jeho ostatních složek (Trnovská, 2013).

Mezi složky IZS patří:

- Hasičský záchranný sbor ČR
- Jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany
- Poskytovatelé zdravotnické záchranné služby
- Policie České republiky

Tyto složky jsou povinny a musí být schopny na základě zákonů a předpisů provádět rychlý a nepřetržitý zásah na území celého státu. Mezi jednotlivými složkami IZS mohou být uzavírány dohody o poskytnutí pomoci, a to buď předem podle paragrafu 2 zákona O IZS anebo při záchranných a likvidačních pracích podle paragrafu 21 zákona o IZS a paragrafu 15 vyhlášky č. 328/2001 Sb. (Vilášek, 2014).

## 1.1 ORGANIZACE A ZAŘÍZENÍ POSKYTOVATELE ZZS

Zdravotnickým zařízením poskytovatele zdravotnické záchranné služby se rozumí prostory a mobilní prostředky určené pro poskytování zdravotnické záchranné služby. Zařízení zdravotnické služby, které vyjmenovává Zákon č. 374/2011 Sb. jsou:

Ředitelství

- Zdravotnické operační středisko

- Výjezdové základny s výjezdovými skupinami
- Pracoviště krizové připravenosti
- Vzdělávací a výcvikové středisko (ANON, 2016).

## **1.2 VYMEZENÍ ČINNOSTI ZÁCHRANNÉ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY**

ZZS nepřetržitě přijímá tísňové výzvy na národní číslo tísňového volání a vyhodnocuje stupně naléhavosti tísňového volání a rozhoduje o vyslání výjezdové skupiny nebo její případné přesměrování. ZZS prostřednictvím operačního střediska organizuje přednemocniční péči v místě události a zároveň vede komunikaci a spolupracuje s velitelem složek IZS a s cílovými poskytovateli akutní lůžkové péče. V nezbytných případech ZZS poskytuje instrukce k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací do příjezdu výjezdových skupin na místě události. ZZS zajišťuje leteckou přepravu pacientů, tkání a orgánů k transplantaci mezi poskytovateli akutní lůžkové péče, nelze-li přepravu zajistit jiným způsobem. ZZS prostřednictvím výjezdových skupin ZZS zabezpečuje kontinuální zdravotnickou péči a nepřetržité sledování hodnot základních životních funkcí pacienta během přepravy až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi cílového poskytovatele akutní lůžkové péče. Při hromadném postižení zdraví v důsledku krizových a mimořádných událostí ZZS organizuje a třídí raněné osoby podle odborných hledisek (ANON, 2016).

## **1.3 DOSTUPNOST ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY**

### **1.3.1 VÝJEZDOVÉ ZÁKLADNY ZZS**

Pokrytí území výjezdovými základnami je koncipováno tak, aby zohledňovalo demografické, topografické a rizikové zvláštnosti jednotlivých území obcí a městských částí hlavního města Prahy tak, aby bylo dosaženo dojezdových časů do 20 minut. Plán

pokrytí území kraje výjezdovými základnami je zpracován krajem, a aktualizován nejméně jednou za 2 roky. Dojezdová doba je počítána od okamžiku, kdy výjezdová skupina převezme pokyn k výjezdu od operátora ZOS. Dojezdová doba je stanovena do 20 minut a delší dojezdová doba je přípustná pouze ve výjimečných situacích, jako jsou nepříznivá povětrnostní nebo dopravní. V případech hodných zvláštního zřetele je zákonem dána možnost aby ZZS požádala o součinnost ostatními složkami IZS (Trnovská, 2013).

### **1.3.2 OPERAČNÍ ŘÍZENÍ ZZS**

Řízení zdravotnické záchranné služby je v každém kraji zajišťováno operačním střediskem anebo pomocným operačním střediskem. Zdravotnické operační středisko je centrálním pracovištěm, na kterém jsou nepřetržitě 24 hodin denně přijímána a vyhodnocována všechna tísňová volání. Současně jsou zdravotnickým operačním střediskem přebírány a vyhodnocovány výzvy a vyrozumění od ostatních základních složek IZS. Při práci zdravotního operačního střediska jsou využívány také doporučené postupy č. 11, 12, 16 a 19 Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Těmito doporučeními je upřesněna činnost operátorů ZOS při telefonických instruktážích k provádění první pomoci a také stanovení kritérií pro použití letecké záchranné služby. Prvotním úkolem operátora ZOS po přijetí tísňové výzvy je provést klasifikaci události, vyhodnocení její naléhavosti a stanovení indikace. Na základě indikace a určení priority naléhavosti je pak rozhodnuto operátorem ZOS jaká odbornost výjezdové skupiny bude na místo události vyslána (Šeblová, 2013).

### **1.3.3 STUPNĚ NALÉHAVOSTI TÍSŇOVÉHO VOLÁNÍ**

- první stupeň, jde-li o osobu, u které došlo k selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, nebo mimořádnou událost s hromadným postižením osob
- druhý stupeň, jde-li o osobu, u které pravděpodobně hrozí selhání základních životních funkcí

- třetí stupeň, jde-li o osobu, které bezprostředně nehrozí selhání základních životních funkcí, ale jejíž stav vyžaduje poskytnutí zdravotnické záchranné služby
- čtvrtý stupeň, nejde-li o případy shora uvedené a pokud operátor zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska rozhodne o vyslání výjezdové skupiny

V případě prvního stupně naléhavosti tísňového volání je na místo události přednostně vyslána nebo přesměrována nejbližší dostupná výjezdová skupina; pokud je touto výjezdovou skupinou RZP, je na místo události současně vyslána nebo přesměrována výjezdová skupina RLP a nebo RV. Při převzetí tísňového volání s vyhodnoceným stupněm naléhavosti od zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska jiného poskytovatele zdravotnické záchranné služby je již přejímaná s určeným stupněm naléhavosti (Trnovská, 2013).

## 1.4 VÝJEZDOVÉ SKUPINY A JEJICH SLOŽENÍ

Přednemocniční péče je poskytována prostřednictvím výjezdových skupin ZZS, které jsou na místo události vysílány operačním střediskem ZZS. Operační středisko podle priority tísňového volání vyčleňuje adekvátní výjezdovou skupinu (Bydžovský, 2008).

- RV výjezdová skupina setkávajícího systému „rendez-vous“ je složena z lékaře a řidiče vozidla ZZS.
- RLP výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci je tříčlenná, tvoří jí lékař, zdravotnický záchranář a řidič vozidla ZZS.
- RZP výjezdová skupina RZP je obsazena zdravotnickým záchranářem a řidičem vozidla ZZS.
- LZS výjezdová skupina letecké záchranné služby poskytuje primární péči v rámci celého kraje. LZS tvoří jí tříčlenná posádka pilot, lékař a zdravotnický záchranář (Bydžovský, 2008).

### 1.4.1 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ

Zdravotnický záchranář patří mezi nelékařské zdravotnické pracovníky a je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Zdravotnický záchranář je velmi často nucen zasahovat v obtížných situacích a řešit úkoly, ve kterých je vystaven enormní psychické zátěži. Nároky jsou kladeny na rychlé a účinné rozhodování, kontrolu sebeovládání a na projev dostatečné míry empatie k postiženým osobám a jejich blízkým na místě události (Andršová, 2012).

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře upravuje zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (Trnovská, 2013):

- Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře se získává absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, anebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách.
- Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči (Trnovská, 2013).

### 1.4.2 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

**Zdravotnický záchranář může bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:**

- *monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování SpO<sub>2</sub> pulzním oxymetrem*

- *zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu*
- *zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií*
- *provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat*
- *obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení*
- *provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení*
- *zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu*
- *vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému*
- *zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého*
- *přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu*
- *přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu*
- *provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu*
- *přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky*
- *provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu (Česko, 2011, § 17).*

### **Zdravotnický záchranář může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:**

- *zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci*
- *podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů*
- *asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji*
- *provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let*
- *odebírat biologický materiál na vyšetření*
- *asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence*
- *zajišťovat intraoseální vstup (Česko, 2011, § 17).*

### **1.4.3 VÝJEZDOVÁ SKUPINA RYCHLÉ ZDRAVOTNICKÉ POMOCI**

Výjezdová skupina RZP je tvořena zdravotnickým záchranářem a řidičem vozidla ZZS. Členové výjezdové skupiny RZP jsou s operačním střediskem ZZS v neustálém kontaktu spojovou a komunikační technikou, aby bylo možno kdykoli v případě potřeby konzultovat postup s lékařem anebo vyžádat si jeho přítomnost v rámci setkávacího systému RV na místě události. Takto postavená výjezdová skupina je kompetentní provádět všechna rozhodnutí a úkony, které jsou nutné pro ošetření a k poskytnutí neodkladné přednemocniční péče postiženým na místě události (Bydžovský, 2008).

### **1.4.4 OPRÁVNĚNÍ A POVINNOSTI ČLENŮ VÝJEZDOVÉ SKUPINY RZP**

Výjezdová skupina RZP je prostředkem, kterým poskytovatel ZZS realizuje zajišťování přednemocniční neodkladné péče. Výjezdová skupina RZP pracuje na místě události samostatně nebo v režimu rendez-vous. Kompetence jsou stanoveny vyhláškou č. 424/2004 Sb. v platném znění (Trnovská, 2013).

- *Podle § 18, jsou členové výjezdové skupiny oprávněni vstupovat za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče do cizích objektů, obydlí a na cizí pozemky, pokud se tam podle dostupných informací nachází osoba, které má být*

*přednemocniční neodkladná péče poskytnuta. Dále jsou členové výjezdové skupiny oprávněni, vyžaduje-li to účinná ochrana lidského života a zdraví, požadovat od fyzických osob, které se zdržují na místě události nebo v jeho blízkosti, informace nezbytné k poskytnutí pomoci zdravotnickou záchrannou službou anebo věcnou pomoc, a to v nezbytné míře, a pokud tím tyto nebo jiné osoby nebudou vystaveny ohrožení života nebo zdraví.*

- *Podle § 19 jsou členové výjezdové skupiny povinni splnit pokyn operátora zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska k výjezdu, a to do 2 minut od obdržení pokynu.*
- *Členové výjezdové skupiny jsou povinni poskytnout přednemocniční neodkladnou péči i bez tísňové výzvy. V tomto případě je vedoucí výjezdové skupiny povinen bezodkladně nahlásit čas zahájení poskytování přednemocniční neodkladné péče a místo události zdravotnickému operačnímu středisku nebo pomocnému operačnímu středisku.*
- *Vedoucí výjezdové skupiny je oprávněn rozhodnout o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče v místě události v případě, pokud by při poskytování přednemocniční neodkladné péče byly bezprostředně ohroženy životy nebo zdraví členů výjezdové skupiny, nebo měla být přednemocniční neodkladná péče poskytnuta za podmínek, pro jejichž zvládnutí nebyli členové výjezdové skupiny vycvičeni, vyškoleni nebo vybaveni vhodnými technickými či osobními ochrannými prostředky a poskytnutí přednemocniční neodkladné péče toto vyžaduje. Rozhodne-li vedoucí výjezdové skupiny o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče, je povinen neprodleně oznámit tuto skutečnost zdravotnickému operačnímu středisku nebo pomocnému operačnímu středisku, včetně důvodu tohoto rozhodnutí (ANON, 2016, s. 242–243).*

V případě poskytování přednemocniční neodkladné péče několika výjezdovými skupinami, koordinuje jejich činnost vedoucí výjezdové skupiny, kterého určí zdravotnické operační středisko nebo pomocné operační středisko (Trnovská, 2013).



#### **1.4.5 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE ZDRAVOTNÍ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY**

Zdravotnická dokumentace obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi vedení zdravotnické dokumentace je upraveno vyhláškou č. 98/2012 Sb. (Polcar, 2010).

Úplně, správně a čitelně vyplněný záznam o výjezdu (pareré) je základem postupu lege artis při poskytování přednemocniční péče posádkou ZZS. Nedodržením pravidel záznamu výjezdové dokumentace může být vystaven člen výjezdové skupiny závažným forenzním důsledkům (Trnovská, 2013).

Vzhledem k tématu a cíli bakalářské práce bude účelné věnovat pozornost pouze „záznamu o výjezdu“ a „záznamu o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb“.

##### **Záznam o výjezdu by měl obsahovat minimálně tyto údaje:**

- Datum a čas hlášení
- pořadové číslo výjezdu
- osobní údaje pacienta, minimálně jméno, datum narození, (pokud je možno údaje dohledat)
- čas výjezdu a příjezdu výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby na místo události
- stručný popis klinického stavu a pracovní diagnózu
- popis poskytované zdravotní péče včetně názvu podaných léků, a záznam o dávce podávaného léku a způsobu jeho podání
- Čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení, včetně identifikačních údajů přijímajícího zdravotnického zařízení anebo čas a místo ukončení výjezdu pokud pacient nebyl předán do zdravotnického zařízení.
- Osobní údaje a podpis vedoucího zásahu

Záznam o výjezdu je předáván cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, popřípadě pacientovi v listinné podobě, kopie záznamu je archivována v listinné nebo elektronické podobě u poskytovatele zdravotnické záchranné služby (Polcar, 2010).

### **Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb**

Možnost, aby pacient odmítl zdravotnické služby, je upravena zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a vyhláškou č. 98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci. Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb pacientem musí obsahovat: údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách a údaje o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta. V dokumentu je pak také uvedeno místo, datum, hodina a podpis pacienta a podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl (ANON, 2016).

Nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, a příjmením a podpisem svědka, který byl odmítavému stanovisku pacienta přítomen. Dále je v dokumentu zaznamenán důvod, pro který se pacient nemohl podepsat, a způsob, jakým pacient projevil svou vůli. Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, musí z prohlášení o odmítnutí zdravotních služeb vyplývat, že příslušné informace byly poskytnuty jak zákonnému zástupci pacienta, tak i pacientovi. Pokud nebyly informace pacientovi řádně poskytnuty, provede se záznam o důvodu jejich neposkytnutí (Raboch, 2012).

## **1.5 VYBAVENÍ VOZU RYCHLÉ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY**

Vozidlo RZP musí být vybaveno v souladu s vyhláškou č. 296/2012 Sb. pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Vybavení vozu RZP pro přepravu dětských a dospělých pacientů musí obsahovat nosítka s podvozkem vybavené zádržným systémem pro děti a dospělé, transportní plachtu, vakuovou matraci,

přikrývky a lůžkoviny, termoizolační folii a folii s vakem pro zemřelé. Přístrojová technika je ve voze RZP zastoupena přenosným defibrilátorem a dvanáctisvodovým záznamem EKG křivky a stimulátorem srdečního rytmu, umělou plicní ventilací, rozvodem medicínálních plynů, sadou pomůcek na zajištění dýchacích cest, sadou pro zajištění žilního vstupu a aplikaci infuzní terapie.

Dále pak pomůckami k měření krevního tlaku, a to včetně pulsního oxymetru, glukometrem, a teploměrem. Dále jsou ve voze k dispozici pomůcky a vybavení na ošetření popálenin, porodnický balíček, vyprošťovací zařízení se spinálním a nebo scoop rámem, dále pomůcky na znehybnění krční páteře a imobilizaci pacienta. V neposlední řadě také ochranné a hygienické prostředky pro zasahující členy výjezdové skupiny RZP (Trnovská, 2013).

### **1.5.1 DEESKALAČNÍ POMŮCKY VE VOZE RZP**

Výjezdová skupina RZP má ve voze ZZS v souladu s vyhláškou č. 296/2012 Sb. k dispozici pomůcky, které je možno použít k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče. Jedná se o ochranné pásy, kurty nebo obvazy, vybavení a zdravotnický materiál pro akutní parenterální podávání psychofarmak, nebo jiných léčivých přípravků omezující volný pohyb pacienta (Bydžovský, 2008).

## 2 PSYCHÓZY

Psychóza je porucha, při které je zásadně narušena schopnost pacienta rozpoznávat své okolí, ve kterém se nachází, a srozumitelně se orientovat v reálném životě (Marková, 2014). Příčina vzniku psychózy může být vyvolána toxickými látkami, traumatickým zážitkem nebo organickým onemocněním, může se také manifestovat bez jasně zjištěné příčiny. Každý psychotický stav je závažným zásahem do integrity jedince a velkou zátěží nejen pro postiženého, ale také pro jeho okolí (Probstová, 2009).

Akutní psychózy a akutní psychotické stavy se vyznačují náhlým začátkem, bohatým spektrem příznaků a jejich proměnlivostí v čase. Těžká stresová situace může mít souvislost se vznikem akutní psychózy, projevující se příznaky, jež jsou přítomny i u ostatních psychotických poruch (Raboch, 2012).

Psychózu je nutno také chápat v kontextu vědomého a nevědomého významu, který jedinec přikládá vlastním prožitkům a událostem ve svém životě. Můžeme být svědky toho, že i nepatrná a nedůležitá událost, tak jak jí vnímá okolí pacienta, může spustit psychotickou reakci (Probstová, 2009).

Psychózy jsou vyvolány nerovnováhou v systému nervového přenašeče dopaminu v mozku. Tato příčina je vodítkem k volbě a způsobu léčby, která je zpravidla farmakologická. Léky používané k léčbě psychóz svým účinkem přenos dopaminu normalizují (Raboch, 2012).

### 2.1.1 PROJEVY PSYCHÓZ

Akutní psychotická ataka může mít celou řadu příznaků. Patří mezi ně nespavost, změny chuti k jídlu, úzkost a strach. Nemocný postupně ztrácí kontakt se skutečností a dává přednost vlastním psychotickým prožitkům, podle nichž se i chová. Pacient nepochybuje o tom, že jeho prožívání je skutečné a autentické, nepřipouští jiný výklad

svého chování. Chybějící nadhled na realitu je zdrojem nedorozumění s blízkými lidmi v okolí a příčinou odmítání léčby (Marková, 2014).

### **2.1.2 BLUDY**

Bludy jsou mylná a nevyvratná přesvědčení, která nemocný vnímá jako reálné a pravdivé. Bludy se vyvíjejí v čase postupně od bludné myšlenky až do propracovaného systému bludů. Obsahy bludů jsou většinou vztahovačného rázu, kdy pacient je utvrzen v představě, že je sledován anebo pronásledován. Postižený může pod vlivem bludů trpět představami a pocity výjimečnosti, nadřazenosti, anebo přesvědčením, že disponuje nadpřirozenými schopnostmi. V chování jedince s bludnými představami bývá přítomna agitovanost, agrese a různé projevy bizarního chování (Raboch, 2012).

### **2.1.3 HALUCINACE**

Halucinace jsou vjemy, které nevznikají na podkladě reálného podnětu, ale pro daného jedince mají charakter skutečnosti a jsou vnímány, jako autentické tedy skutečné. Nejčastěji se vyskytují halucinace sluchové, kdy nemocný slyší hlasy. Halucínovat je možno všemi smysly. Halucinace se mohou klasifikovat jako jednoduché, pokud jsou přítomny prostřednictvím jednoho smyslového orgánu anebo halucinace komplexní, které jsou charakterizovány tím, že v halucinacích slyší celé věty a vidí postavy lidí nebo zvířat.

Při halucinacích, které jsou označovány jako kombinované, jsou přítomny například postavy, které mluví, a zároveň jsou s pacientem ve fyzickém kontaktu. Pokud na první halucinaci navazuje halucinace další, a obsahově jí doplňuje, anebo potvrzuje, je označován tento stav jako asociovaná halucinace (Dušek, 2015).

#### **2.1.4 AGITOVANOST**

Agitovanost je popisována jako stav, ve kterém dominuje neorganizovaná a chaotická psychomotorická aktivita, která je výsledkem fyzického a duševního napětí a nepohody (Raboch, 2012). Přítomnost agrese, bludů, halucinací a pocitů z pronásledování je možno zaznamenat při kontaktu s osobou trpící akutní psychózou (Knor, 2014).

## **2.2 PSYCHÓZY A PORUCHY CHOVÁNÍ PROVÁZENÉ AGRESÍ**

### **2.2.1 SCHIZOFRENIE**

Ta je hodnocena jako závažné duševní onemocnění, narušující schopnost postižené osoby vnímat správné podněty z okolí a z toho vyplývající neschopnost jednat přiměřeně a v souladu s vnějším okolím. Typickými příznaky této nemoci jsou halucinace, tedy přítomnost falešných smyslových vjemů. V současném období je popisováno asi sedm klinických forem schizofrenie, z nichž nejčastější a nejzávažnější je Paranoidní schizofrenie (Raboch, 2012).

### **2.2.2 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA**

O bipolární afektivní poruchu se jedná vždy tehdy, když se u pacienta rozvinula minimálně jedna manická epizoda. Etiologie bipolární afektivní poruchy ukazuje, že její vznik je ovlivněn jak biologicky tak i psychosociálně. Manická epizoda je odrazem spíše častější deprese. Myšlení se jeví jako urychlené, sebevědomí může být nepřiměřeně zvýšeno a osoba s bipolární poruchou může trpět představou, že disponuje mimořádnými schopnostmi a nadpřirozenou silou. Psychomotorika je urychlená a potřeba spánku bývá potlačena, ačkoli organismus vykazuje známky spánkového deficitu (Dušek, 2015).

### 2.2.3 DELIRIUM

Delirium je akutní organický syndrom postihující mozek pacienta. Delirium je doprovázeno typickými příznaky, mezi které patří zejména dezorientace, porucha pozornosti, přítomnost halucinací, při kterých jsou přítomny prožitky až s bizarním obsahem, doprovázené výrazným psychomotorickým neklidem (Dušek, 2015). Hyperaktivní forma deliria je na rozdíl od hypoaktivní formy dobře rozpoznatelná. V důsledku psychomotorického neklidu může docházet k sebepoškozování nebo brachiální agresi vůči svému okolí (Raboch, 2012).

### 2.2.4 DEPRESE

Mezi hlavní znaky projevující se u pacientů trpících depresemi patří zvláště ztráta aktivity, rychlá unavitelnost, snížené sebevědomí, celková skleslost a úzkostné stavy se sklony k sebevražednému jednání. Výjezdové skupiny ZZS se setkávají v přednemocniční péči s depresivními pacienty dlouhodobě léčenými antidepresivy (Šeblová, 2013). Autoagrese představuje zvláštní druh agrese namířené proti vlastní osobě. Tuto aktivitu lze rozdělit do dvou skupin – sebevražedná aktivita a ostatní autoagrese (Raboch, 2012)

*Při depresivní náladě je nebezpečí sebevražedné aktivity, zvláště když se zlepší dynamogenie, dříve než smutek (Dušek, 2015, s. 59).*

### 2.2.5 DISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

V etiopatogenezi se uplatňují genetické i psychosociální faktory. Jedná se o poruchu osobnosti vyznačující se nedostatkem citu, chladem a lhostejností, přehlížení společenských norem. Bezohledné asociální chování vede k častým konfliktům se společností, ve které postižení žijí. Jedinci s disociální poruchou osobnosti trpí nízkou schopností hodnocení sama sebe a nízkou schopností empatie. Dalším povahovým rysem u pacientů s disociální poruchou osobnosti je impulzivita, sklon a pohotovost k agresi (Raboch, 2012).

## **2.2.6 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA**

Posttraumatická stresová porucha je reakcí na prožité trauma a stresovou traumatickou událost, která svou intenzitou přesahuje běžné životní prožitky. Traumatické zážitky a jejich znovuprožívání se v klinickém obraze objevují velmi často. Zvláště velmi silně negativně na psychiku působí znovu prožívané traumatické zážitky spolu s děsivými sny a úzkostnými stavy, přehnané úlekové reakce a panické stavy (Humpl s kol, 2013).

Projevy a reakce pacienta pod dojmem znovu prožívaného traumatu mohou mít velice pestrou a mohutnou reakci zahrnující tendence k sebepoškození (Marková, 2014).

## **2.2.7 PSYCHÓZY A PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY**

Alkohol má na centrální mozkový systém komplexní vliv na mnoha úrovních. Agresivní chování můžeme vyzorovat při akutních stavech po užití alkoholu v opilosti, anebo jako důsledek dlouhodobého užívání alkoholu. Agresivita pacienta se může rozvinout v období alkoholického deliria (Látalová, 2013).

Psychostimulancia jsou látky, mezi které řadíme amfetamin, efedrin, kokain a metamfetamin vyvolávají po použití tělesnou a duševní stimulaci. Dostavuje se pocit bdělosti, snížení únavy. Při vyšších dávkách pak dochází k pocitu svědění, mravenčení, nespavosti, ale také k potřebě překotné činnosti, pocitu síly, nadřazenosti, náladovosti. V tomto stadiu dochází často k rozvoji agresivního chování. Dlouhodobé užívání psychostimulačních látek může vyvolat toxickou psychózu, která je doprovázena zrakovými, hmatovými a sluchovými halucinacemi. Dalšími doprovodnými projevy toxické psychózy jsou paranoidní bludy, panické stavy, pocity neustálého ohrožení a nutkání k stereotypním činnostem (Látalová, 2013).



## **2.2.8 POSTUPY PŘI LÉČBĚ PSYCHÓZ, AGRESE A AGITOVANOSTI**

Podle některých statistik stoupá počet zásahů u psychosociálních urgencí až o 15 procent. Označení psychosociální urgencye je používáno v souvislosti se stavy majícími svůj původ v psychice a sociální oblasti. Nebezpečím pro zasahující zdravotníky jsou zvláště psychomotorický pohyb, napětí, emoční výbuchy, vyhrůžky házení předmětů (Šeblová, 2013).

Poskytování pomoci u pacientů s akutní psychózou je specifické, protože je vyžadováno na místě vzniku anebo v prostředí, kde se nežádoucí psychopatologie objevila. Při ošetřování je důležité vždy zvážit nejen zdravotní stav postiženého, ale také související okolnosti na místě zásahu (Raboch, 2012).

Nejčastější důvody pro rychlou zdravotnickou intervenci na místě jsou stavy psychomotorického neklidu, zejména ve spojení s agresí, akutní delirantní stavy, stavy s rizikem sebevraždného jednání, panické poruchy. Zásah a léčebná intervence v počátečním období je vedena především jako preventivní intervence u postižené osoby. Takto poskytnutá léčebná intervence omezuje a zabraňuje dalšímu rozvoji psychické poruchy a chrání před následky dalšího rozvoje vzniklé krize (Raboch, 2012).

## **2.3 AGRESE**

Výrazným doprovodným projevem akutních psychóz je přítomnost agrese v různých formách. Agresi je možno popsat jako akt, který je vědomě veden s úmyslem ubližovat, násilně omezovat svobodu a poškozovat jiné osoby nebo věci. Agresí není přemýšlení o negativním činu. Agresivitu je možno jednoznačně definovat jako aktivitu, které má za cíl útočit a ničit. Strach, frustrace, bezohledné prosazování vlastních zájmů, to jsou motivy, které ve svém důsledku vedou k agresivním činům (Andršová, 2012).

Typ agrese je rozpoznatelný podle cíle, na který směřuje. Agrese může být vedena směrem k agresorovi nebo na jeho okolí. Podle druhu je možné klasifikovat druhy agrese jako verbální, fyzickou anebo přímou a nepřímou (Látalová, 2013).

*Při hodnocení aktu agrese je důležité, jak je agresor vnímán svým okolím, tak aby bylo jeho chování označeno za agresivní. Podle teorie učení je agrese naučená forma obrany nebo útoku vlivem sociálního učení (Raboch, 2012 s. 139).*

Většina případů agrese je vyprovokována změnou prostředí. Dá se hovořit o podnětech, které v novém prostředí agresi provokují. Nejspolehlivěji je agrese vyvolána přímým fyzickým či verbálním útokem. Reakce fyzicky či verbálně napadené osoby je zpravidla stejná jako způsob, jakým byla napadena (Výrost, 2008).

Vytváření násilných situací může být výsledkem působení systému zdravotní péče a faktorů, týkajících se sociálních vlivů (Bennett, 2012).

Také zdravotníci mohou svým nevhodným či neprofesionálním přístupem k pacientovi v určitých případech vyprovokovat potenciálního útočníka k násilí. Zasahující záchranáři mohou na základě nedostatečné znalosti anamnézy volit nevhodná slova, slovní spojení nebo svým chováním zapůsobit na pacienta tak, že to vyvolá u ošetřovaného pacienta nelibé pocity a ty pak vyústí v agresi a eskalaci násilí (Pekara, 2015).

Sociální psychologie (věda o chování, prožívání a zkušenostech jednotlivce ve společnosti) vnímá a pohlíží na agresi jako na vzájemnou souvislost agrese a biologických faktorů. Snaží se zahrnovat do svého pohledu na příčiny agrese poznatky i z jiných vědních oborů. Tím se staví proti tomu, aby agrese byla vysvětlována pouze jen jako biologický akt vyvolaný instinktem. Dosavadní poznatky naznačují, že agrese jako komplexně vyvolaný akt, je řízen určitou oblastí mozku. Do souvislosti s biologickými příčinami agrese se uvádějí i vlivy dědičnosti jako jeden ze zdrojů individuálních rozdílů. Předpokládá se, že agresivita je zčásti založená na vrozených faktorech (Výrost, 2008).

### **2.3.1 ROZDĚLENÍ AGRESE PODLE PŘÍČINY**

- Impulsivní agrese je neplánovaná a je podmíněna nedostatkem zábrán, je páchána bez obav z následků, které způsobí.

- Psychotická agrese bývá vyvolána a doprovázena halucinacemi, paranoidními bludy a poruchou při zpracování informací.
- Instrumentální agrese se vyznačuje tím, že je dopředu promyšlena a je realizována s cílem uspokojit potřebu (Látalová, 2013).

### 2.3.2 NEJČASTĚJŠÍ DRUHY AGRESE

- Fyzická agrese může být uplatňována se zbraní nebo beze zbraně. Vyznačuje se zadržováním, strkáním, narážením, různými způsoby chvatů, úderů, kopů (Andršová, 2012).
- Psychická agrese má za cíl vyvolat u oběti emoční újmu, realizovaná odepíráním materiální a sociální jistoty bezpečí. Mezi psychickou agresivitu se řadí ponižování, šikana nepřiměřená i nadměrná kontrola a omezování (Andršová, 2012).
- Sociální agrese postihující zejména seniory materiálním a finančním týráním, zesměšňováním a stigmatizací před společností (Andršová, 2012).
- Institucionální týráním je agresivita vyskytující se v nemocnicích, domovech důchodců, dětských domovech, věznicích – všude tam, kde není zabezpečena účinná možnost bránit se proti zneužívání dominantního postavení zaměstnanců a jednotlivých vedoucích, majících na starosti chod těchto zařízení (Andršová, 2012).
- Rasová agrese je agresivita z důvodu odlišnosti rasy (Andršová, 2012).
- Přenesená forma agrese je agresivní chování proti zástupné náhradní oběti, namísto člověka, proti kterému není možno z různých důvodů agresí uplatnit (Andršová, 2012).
- Afektivní (hostilní, impulzivní, emocionální) agrese je popisována jako druh agrese, která má reaktivní charakter, obvykle není plánován a vzniká náhle vyprovokováním (Andršová, 2012).

V krizové situaci se můžeme setkat s explozivními projevy agrese, která je spolehlivěji rozpoznatelná podle viditelných varovných projevů a zpravidla vždy se jedná o verbální a fyzickou agresí. Zvláštní pozornost zasahujících záchranářů si

zasluhuje implozivní agrese, která je latentně přítomna u postiženého. Pacient může působit až překvapivě klidným dojmem a v nejméně očekávanou chvíli může u něj dojít k explozi agrese, vyplývající ze zadržovaných projevů emocionálního vzrušení a hromadění vnitřního napětí (Burda, 2014).

### **2.3.3 AGRESIVITA**

Agresivita je popisována jako vnitřní pohotovost k agresivnímu jednání, která se transformuje do různých podob. Mezi běžnými živočichy se toto chování jeví jako nutná a přirozená vlastnost, která jim umožňuje přežít v prostředí, ve kterém žijí. Látalová uvádí, že agresivita je způsob reakce na podkladě strachu, přání (frustrace, žádosti), heredity (dědičnosti), opuštění nebo tyranie a že agresivita se často prolíná s asertivitou, tedy se sebeprosazováním při dosahování svých cílů (Látalová, 2013).

*Agresivita je určitý způsob návykového chování, je to povahový sklon určený jak vrozenými tak získanými činiteli (Raboch, 2012 s. 140).*

## **3 KOMUNIKACE S PACIENTEM S AKUTNÍ PSYCHÓZOU**

Zdravotnický záchranář při poskytování přednemocniční neodkladné péče je konfrontován i s pacienty, kteří nemají objektivní pohled na svou nemoc nebo situaci, ve které se nacházejí. Neschopnost náhledu na vlastní situaci může u pacienta vyvolat projevy neklidu a agrese. Včasné rozpoznání signálů možného agresivního chování pacienta s akutní psychózou může zabránit rozvoji a eskalaci agrese při komunikaci záchranářů s pacientem (Marková, 2014).

Komunikace je zvláštní formou propojení mezi lidmi zvláštní formou přijímáním a předáváním různých významů. Tyto předávané a přijímané významy spolupůsobí s ostatními formami komunikace a umožňují společnou činnost a kooperaci mezi lidmi. Někteří autoři zahrnují do komunikace všechny projevy, kterými na sebe lidé vzájemně působí (Výrost, 2008).

Každá komunikace má svůj účel. Jejím cílem není však jenom vzájemné dorozumívání, ale i vytváření, udržování a upevňování mezilidských vztahů. Základním znakem lidské komunikace je její zpětnovazebný charakter (Vymětal, 2008).

### **3.1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Verbální komunikací se rozumí vyjadřování se pomocí slov, prostřednictvím příslušného jazyka (tvoří asi jednu třetinu sdělení). Širší kontext verbální komunikace může zahrnovat komunikaci ústní i písemnou, živou nebo reprodukovanou, přímou nebo zprostředkovanou (Výrost, 2008).

### **3.1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

V neverbální komunikaci jsou používána gesta spolu s pohyby, pozicí komunikujícího v prostoru, držení těla, doteky, mimika tváře, oční kontakt. Do

samostatné kategorie nonverbální komunikace se řadí i parajazykové jevy. Neverbální komunikace plní také svou funkci ve vazbě na komunikaci verbální. Prostřednictvím verbální komunikace jsou sdělovány zhruba dvě třetiny veškerých informací (Špatenková, 2009). Významná úloha neverbální komunikace se uplatňuje v situacích, ve kterých jsou zdravotníci v kontaktu se zvláště agresivním psychotickým pacientem, jehož chování je ovlivněno požitím návykových látek (Burda, 2014).

Neverbální komunikace má své nezastupitelné místo při navazování, vedení a usměrňování komunikace s pacientem s akutní psychózou. Při neverbální komunikaci je používáno lidské tělo a tělesný kontakt jako prostředek komunikace. Komunikace je ovlivňována okolnostmi, za kterých probíhá, a prostředím, ve kterém ke komunikaci dochází. Podle prostředků, které jsou k neverbální komunikaci použity, se neverbální komunikace dělí na různé druhy (Konečná, 2009).

### **3.1.3 PŘÍSTUP K NEKLIDNÝM A AGRESIVNÍM PACIENTŮM**

Komunikace v prostředí ZZS má své zvláštnosti a specifické danosti. Atmosféra na místě zasahujících záchranářů bývá mnohdy velice vypjatá. Veškerá pozornost postižených, včetně jejich emočních projevů, je směřována k zasahujícím záchranářům. Ohrožení života a zdraví je naší společností pokládáno jako ohrožení těch nejvyšších hodnot (Andršová, 2012).

Zdravotnickými pracovníky bývá psychomotoricky neklidný pacient vždy vnímán jako komunikačně velmi náročný. Zdroje agrese pacienta můžou mít původ dvojího druhu: vnitřní a vnější. Mezi vnitřní zdroje agrese patří osobnost pacienta. Zvláště determinanty jako jsou emoční nestabilita, impulzivita, nadužívání návykových látek, ale i psychiatrická diagnóza, organické poškození, nebo osobní špatná zkušenost při ošetřování zdravotnickými pracovníky v minulosti. Mezi vnější zdroje, které mohou ovlivňovat a vyprovokovat pacientovu agresi patří negativní zkušenosti z prostředí a okolnosti, za jakých byl pacient ošetřován (Špatenková, 2009).

Při ošetřování neklidného pacienta s akutní psychózou může být eskalace násilí zapříčiněna i nevhodným chováním nebo chybou zasahujících záchranářů. Zejména snaha záchranářů zareagovat protiútokem na agresivní chování pacienta. Despekt při komunikaci s pacientem je dalším eskalačním faktorem, kterého je nutno se vyvarovat. Dalším spouštěčem, který může odstartovat eskalaci agrese ze strany pacienta, je jeho pocit, že je mu vnucována podřízená role v situaci, ve které se nachází. Nepřesný odhad a podcenění rizika při setkání s psychotickým pacientem může vést až k tragickým následkům pro záchranáře (Andršová, 2012).

Za většinu útoků si zdravotníci mohou sami svým chováním (Pekara, 2015).

V situaci, která v sobě nese znaky možné eskalace fyzické agrese, není doporučeno dělat ze strany zdravotníků rychlá a výrazná gesta. Je důležité, aby všechny projevy a chování při komunikaci s agresivním pacientem byly kontrolovány zdravotníkem, který komunikaci s pacientem vede. Doporučován je neutrální postoj, s horními končetinami podél těla, a celkově klidný projev. Komunikace by měla probíhat ve stejné výšce s agresorem. Za nejvhodnější pozici při komunikaci se pokládá komunikace v sedě. Nebezpečná situace s možností eskalace agrese může nastat, pokud agresivní pacient zaujme aktivní pozici ve stoje a zdravotník zůstane sedět. Doporučená vzdálenost při komunikaci je nejméně jeden metr, při hrozící agresi alespoň tři metry. Pokud je ze strany agresivního pacienta signalizována hrozba anebo přímá agrese, je doporučeno zachovat klid, neodpovídat na chystající se útok protiútokem a v žádném případě nezesměšňovat a nebagatelizovat odhodlání agresora hrozbu anebo útok provést. Komunikace by měla být vedena tak, aby agresivní pacient měl vždy na výběr možnost, jak konflikt ukončit (Burda, 2014).

### **3.1.4 ZÁSADY PŘI OŠETŘOVÁNÍ AGRESIVNÍHO PACIENTA S AKUTNÍ PSYCHÓZOU**

- Pokusit se pacienta uklidnit a navázat s ním kontakt.
- Včas podle vývoje situace zvažovat asistenci policie ČR

- Dodržovat dostatečný odstup od agresivního pacienta a vždy mít promyšlenou únikovou cestu
- Bedlivě sledovat adekvátnost řečového projevu, vzhled a chování, motorickou aktivitu, abnormální pohybovou aktivitu a její dynamiku.
- Všímat si výrazů gest, posunků a jejich symbolů.
- Podle vývoje situace zvolna přebírat iniciativu při komunikaci.
- Zjistit anamnézu od rodinných příslušníků, přátel, kolegů ze zaměstnání nebo sousedů.
- Provést vyšetření, zdali je pacient orientován osobou, místem, časem a situací, ve které se nachází (Trnovská, 2013).

### **3.1.5 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB BEZ SOUHLASU PACIENTŮ S AKUTNÍ PSYCHÓZOU**

Ohrožuje-li pacient bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví-li známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí, může zasahující zdravotnický záchranář poskytnout ošetření pacienta bez jeho souhlasu. Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu upravuje zákon O zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Zákon uvádí následující příklady, kdy není nutný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb. Pokud bylo pacientovi pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče, nebo podle zákona o ochraně veřejného zdraví mu byla nařízena izolace, karanténa nebo léčení. Dále pak byla-li dotyčné osobě podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních nařízeno vyšetření zdravotního stavu. Poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu lze také osobě, která je pod vlivem návykové látky a je nebezpečná sobě či svému okolí a nelze-li tuto hrozbu odvrátit jinak, nebo její zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovila svůj souhlas s ošetřením či hospitalizací (Polcar, 2010).



### 3.1.6 ZÁSADY PRO POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ

Použití omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je nutno považovat za krajní řešení, neboť znamená zásah do lidských práv a důstojnosti člověka. Laickou veřejností je zpravidla použití omezujících prostředků vnímáno kontroverzně. Omezovací prostředky lze použít až po té, co byly použity bezúspěšně za účelem zklidnění pacienta jiné mírnější postupy. Vždy je potřeba dbát, aby při použití omezovacího prostředku byla zachována důstojnost a soukromí pacienta (Dušek, 2015).

Užití omezovacích prostředků upravuje § 39 zákona o zdravotních službách č. 372/2011. Omezovací prostředky je třeba volit takové, které jsou nejvhodnější s ohledem na aktuální situaci a daný účel. Jeho použití by mělo představovat pro pacienta co nejmenší zdravotní riziko. O použití omezovacího prostředku a jeho druhu rozhoduje lékař přítomný na místě události. Není-li lékař přítomen, může o použití omezovacího prostředku a jeho druhu rozhodnout jakýkoliv nelékařský zdravotnický pracovník k tomu způsobilý a o jeho použití informuje bezodkladně lékaře, který o dalším trvání nebo ukončení omezení rozhodne. Po dobu použití omezovacího prostředku musí být zajištěn dohled zdravotnickými pracovníky. Přijatá opatření musí být odpovídající závažnosti zdravotního stavu pacienta a musí být taková, aby zabránila poškození jeho zdraví (ANON, 2016).

### 3.1.7 PSYCHOFARMAKA V LÉČBĚ AGRESIVITY A AGITOVANOSTI

Farmakologickou léčbu u pacientů s projevy agresivity a agitovanosti je možno dělit na akutní a dlouhodobou. Používané druhy léků jsou pro obě skupiny podobné. Zpravidla se liší jen ve způsobech podání – tablety, kapky, podání léků intramuskulárně, intravenózně a nebo intranazálně (Látalová, 2013).

*Podání psychofarmak proti vůli resp. bez souhlasu pacienta není považováno za omezovací prostředek, spíš prostředek léčebný. Psychofarmaka se ve většině případů*

*podávají za účelem zklidnění pacienta při částečné nebo úplné anosognózi* (Dušek, 2015, s. 571).

Antipsychotika, nebo dříve také neuroleptika, jsou používána při léčbě psychóz pro svůj příznivý účinek halucinolytický a delirolýtický. Antipsychotika jsou užívána také pro svůj antimanický a sedativní (pacifikující) účinek. Vzhledem k širokému spektru antipsychotických účinků a vlastnostem, které mají, jsou vhodná v řadě indikací. K léčbě neklidu spojeného s agresí jsou voleny sedativní hypnotika první generace, jako je Tisercin a Plegomazin, které jsou nejčastěji podávány injekční formou. Při volbě antipsychotika je vždy nutné brát zřetel na možné nežádoucí účinky jejich použití. Například Haloperidol aplikován intramuskulárně je vhodný zvláště u agresivní osoby pod vlivem alkoholu a intoxikace anebo epileptika v kombinaci s použitím omezovacích prostředků. U akutně suicidálního pacienta anebo dosud neléčeného psychotického pacienta je vhodné volit Sulpirid nebo Olanzapin. Moderní a účinnou formou podání atypických antipsychotik jsou rychle rozpustné tablety. Jejich výhodou je zvláštní vrstva, kterou jsou tablety potaženy, a při aplikaci tablety pacientovi dochází k přilnutí tablety na bukalní sliznici v ústech, a tak je znemožněno vyplivnutí podávané tablety pacientem (Raboch, 2012).

### **3.1.8 OMEZENÍ VOLNÉHO POHYBU NEKLIDNÉHO PACIENTA**

K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče lze použít omezovací prostředky anebo jejich kombinace jako je držení pacienta zdravotnickými pracovníky, omezení pohybu pacienta ochrannými pásy nebo kurty, parenterální podávání psychofarmak nebo jiných léčivých přípravků vhodných k omezení volného pohybu pacienta (Raboch, 2012).

Pomůcek, omezujících pohyb pacienta nebo obranných chvatů je dovoleno použít pouze ve výjimečných případech ohrožení života pacienta nebo zdravotníků, a to až po vyčerpání všech pokusů o účinnou komunikaci (Richmond, 2012).

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena případová studie. Praktickou část tvoří dvě rozpracované případové studie.

### **Průzkumný problém:**

Jaké jsou současné postupy při ošetřování pacienta s akutní psychózou?

### **Cíle praktické části**

#### **Hlavní cíl praktické části:**

Vypracování a tvorba karty, která by měla sloužit jako podpůrný nástroj pro členy skupiny RZP pro komunikaci s pacientem s akutní psychózou. Pro tvorbu karty budou použity podklady získané zpracováním odborných zdrojů a případových kazuistik.

#### **Dílčí cíle praktické části:**

1. Jaké jsou nejčastější limitující faktory ovlivňující práci členů výjezdových skupin RZP pro komunikaci s pacientem s akutní psychózou.
2. Jaké nefarmakologické možnosti a deeskalační techniky má k dispozici výjezdová skupina RZP pro použití při ošetřování pacientů s akutní psychózou.

### **Metodika sběru a interpretace dat**

Případové studie jsou zpracovány z podrobných záznamů o výjezdu Zdravotnické záchranné služby ASČR Praha-západ, z výjezdových míst Praha-Zbraslav a Praha-Čakovice. Každá případová kazuistika je autentická (povolení viz příloha B). Problematika byla po odborné stránce konzultována s Mgr. Františkem Kleinem, vedoucím výjezdových skupin ZZS ASČR. Další podklady pro zpracování praktické

části bakalářské práce, byly získány nahlížením do zdravotní dokumentace PN Bohnice Praha (povolení viz příloha C), a byly konzultovány s Mgr. Hanou Tošnarovou Ph.D., vrchní sestrou pavilonu 21 PN Bohnice Praha.

Každá případová studie byla psána systematicky i s údaji o anamnéze. Popsáno bylo také prostředí, včetně specifických skutečností na místě zásahu, které ovlivňovalo taktiku a průběh zákroku výjezdové skupiny RZP u pacienta s akutní psychózou.

Pořad událostí je sestaven s časovou sousledností tak, jak probíhaly v reálném čase. Chronologicky byly zaznamenány postupy při ošetřování zasahujícími členy výjezdových skupin RZP a ostatních členů složek IZS. Každá zpracovaná kazuistika je doplněna analýzou, interpretací.

Závěrečné zpracování praktické části je tvořeno souhrnnou diskuzí, jejímž tématem je všeobecná problematika a úskalí poskytování ošetrovatelské péče pacientům s akutní psychózou. Výstupem z této diskuze by měla být doporučení vhodná pro praxi.

## **4.1 KAZUISTIKA 1**

Výjezdové stanoviště: Praha-Zbraslav

VS na výjezdu: RV, RZP, HZS

Indikace: Zmatený muž

Vzdálenost cca 11 km (13 minut jízdy)

### **Popis události:**

Obec Libeř se nachází ve Středočeském kraji v okrese Praha-západ 18 km jižně od Prahy a 4 km severně od Jílového u Prahy. Počet obyvatel zhruba 1000. Bylo sobotní dopoledne 10. ledna. Krajina kolem byla zasněžená a venkovní teplota se pohybovala kolem 5 °C.

V patrovém rodinném domku zjistila ráno majitelka, že se její manžel od rána necítí dobře, a je nějaký divný. Bez udání důvodu si vzal na sebe zimní bundu a odešel

z domu. Vrátil se až po cca jedné hodině, byl velmi rozrušený a neklidný. Zpočátku se snažila zjistit důvod jeho rozrušení. Na otázky odmítal odpovídat, vyhýbal se očnímu kontaktu a jen nesrozumitelně vzrušeným hlasem neustále opakoval něco jako „že on za to nemůže, ať mu dají všichni pokoj, nebo si něco udělá“. Manželka se snažila zjistit, co se stalo. Pokoušela se s ním mluvit, uklidnit ho, ale její manžel zareagoval ještě vyšší intenzitou svého rozrušení. Pak náhle rozrazil dveře od kuchyně a vyběhl před dům. Před domem nahlas vykřikoval různé nadávky a kopal do vrat od garáže. Manželce, která za ním vyběhla, se po chvíli podařilo přemluvit manžela, aby se vrátil zpátky domů. I když měla pocit, že se její muž trochu zklidnil, přesto se rozhodla zavolat ZZS z obavy, aby to nebylo něco vážnějšího.

10:20 Zdravotní operační středisko ZZS HMP, 10. ledna 2016 přijalo výzvu od rozrušené pětáctyřicetileté ženy, která udává, že její manžel je od rána divný, že jí připadá zmatený, a že je bezdůvodně rozrušený. Má strach, aby se něco nestalo. Operátor ZOS ZZS HMP se cílenými dotazy dozvěděl od volající, že se jedná o 47letého muže, který je její manžel. Pracuje jako automechanik ve své soukromé dílně. Dále operátor ZOS zjistil, že se dotýčný v té době s ničím neléčil, ani ambulantně nedocházel na žádnou terapii. Volající uváděla, že je to poprvé, kdy ho viděla takhle rozrušeného, a že předtím se mu to nikdy nestalo. Na dotaz, jestli si vzal nějaké prášky nebo jiné látky, uvedla, že ho neviděla, že by si něco bral. Dále volající uvedla, že si všimla jisté změny v jeho chování od doby před třemi týdny, kdy se stal účastníkem dopravní nehody, která je nyní v šetření. Na dotaz dispečera co dělá její muž v současné chvíli, volající odpověděla, že sedí v kuchyni, která je v přízemí jejich patrového rodinného domu a kouká z okna ven. Na dotaz, jestli v domě bydlí ještě někdo jiný, odpověděla, že v domě bydlí pouze oni dva. Dispečer vyzval volající, aby se pokusila v dané situaci zachovat klid. Dále doporučil volající, aby zatím zůstala se svým manželem v kontaktu a přitom od něj udržovala bezpečnou vzdálenost. Pokud to bude možné, aby odstranila z jeho blízkosti nebezpečné předměty, a pokud by se zvyšovalo agresivní chování jejího manžela, ať má připravený způsob, jak utéci ven. Ujistil volající, že na místo vyšle výjezdovou skupinu RZP a RV s lékařem.

10:22 Výjezdové stanoviště RZP a RV Praha-Zbraslav 11 km od místa události přijalo výzvu k výjezdu VS RZP s indikací Dezorientovaný muž.

10:24 Výjezdová skupina RZP, která se nacházela v tu chvíli nejbližší, vyjela ve složení řidič vozidla RZP a zdravotnický záchranář na místo události v obci Libeň.

10:35 Výjezdová skupina RZP ZZS ASČR přijela k rodinnému domku v obci Libeň. Po příjezdu VS RZP se naskytl členům výjezdové skupiny následující obrázek. Po střeše rodinného domu, která byla z části pokrytá sněhem, pobíhal muž oblečený jen do tepláků a v košili s krátkým rukávem, na nohou měl domácí sandály. Muž vytrhával ze střechy kusy krytiny a házel je dolů. Přitom vykřikoval nesouvislé věty. Před domem stála rozrušená plačící žena, a volala na něj, aby slezl ze střechy dolů, že vše bude v pořádku, hlavně ať sleze.

Celé situaci přihlíželi sousedé a ostatní přihlížející z okolí. Oba záchranáři s nasazenou ochrannou přilbou přistoupili k ženě, představili se jí a zeptali se, jestli volala záchrannou službu. Od plačící ženy dostali informaci, že hned po ukončení hovoru s operačním střediskem se vrátila zpátky do kuchyně, kde seděl její manžel. Tam mu řekla, že zavolala pomoc, ať se nebojí, pokud bude potřeba, tak že mu doktor pomůže a vše bude v pořádku. Muž prý zareagoval impulzivně. Vstal od stolu, smetl všechny věci, které v tu chvíli na stole ležely. Stůl pak převrátil a vyběhl po schodech na půdu rodinného domu. Střešním vikýřem nad prvním patrem vylezl jen tak v domácím oblečení na střechu. Od té doby, pobíhá po střeše sem tam, neustále křičí, a hází dolů střešní tašky.

Záchranáři obdrželi od ostatních přihlížejících informace, že to je asi deset minut, co ho viděli vylézt na střechu a od té doby ho nikdo nemůže přemluvit, aby slezl dolů. Vedoucí výjezdové skupiny poděkoval za informace a všechny přihlížející požádal, aby odstoupili do bezpečné vzdálenosti z dosahu padajících střešních tašek.

10:40 Vedoucí výjezdové skupiny se spojil s operačním střediskem ZZS HMP, aby podal situační zprávu, ve které popsal podrobně aktuální situaci na místě události.

Od operačního střediska si vyžádal informace o výjezdové skupině RV s lékařem, která zatím nebyla na místě. Záchranáři vyhodnotili vzniklou situaci jako nebezpečnou, ve které hrozí riziko pádu ze střechy, anebo možné demonstrování úmyslu sebevraždy. Od záchranářů zazněl požadavek na operační středisko na asistenci Policie ČR na místě události z důvodu nebezpečně se vyvíjející situace. Další požadavek směřoval na technickou pomoc HZS. Situace na místě se vyvíjela tak, že pobíhající muž po střeše stále odhazoval střešní tašky a nahlas slovně agitoval. Vedoucí výjezdové skupiny se rozhodl, že vyčká na příjezd Policie ČR a HZS, a z bezpečné vzdálenosti se pokusí situaci sledovat a průběžně informovat operátora ZOS. Současně s tím předal instrukce druhému členovi VS RZP, aby připravil vše potřebné pro okamžik, kdy bude možné pacienta vyšetřit a ošetřit. V sanitní zástavbě byl udržovaný tepelný komfort, připraveny byly zdravotnické pomůcky pro zajištění žilního vstupu a pro i. m. aplikaci léků, vybavení a materiál na podporu a zachování tělesné termoregulace včetně isotermické folie, teplých přikrývek a předehřátých infuzních přípravků. Vzhledem k nebezpečnosti vzniklé situace, ve které se nedal vyloučit ani sebevražedný pokus anebo pád z výšky, byly připraveny pomůcky pro ošetření pacienta s traumatickým zraněním a pro zajištění dýchacích cest včetně léků pro orotracheální intubaci.

11:05 na místo události přijela jednotka Policie ČR a policejní vyjednávač. Vozidla Policie ČR dojela na místo bez použití výstražných světelných a zvukových znamení. Ve stejný okamžik na místo událost dojely také tři vozy HZS včetně automobilu Tatra 815 s plošinou PP28 určenou pro zásahy ve výškách také bez použitých zvukových a světelných znamení. Zástupce Policie ČR se na místě kontaktoval s vedoucím výjezdové skupiny RZP ZZS ASČR a po vyslechnutí aktuální situační zprávy převzal velení na místě zásahu. Zdravotnický záchranář, který byl v neustálém kontaktu s dispečinkem ZZS HMP informoval zpětně o aktuálním vývoji dispečera ZOS. Dispečer ZOS mu předal informaci, že VS RV s lékařem je na cestě a její zpoždění bylo zapříčiněno zásahem VS RV na jiném místě. Příslušníci Policie ČR na pokyn velitele zásahu vytvořili kolem místa události bezpečnou zónu, do které kromě vyjednávače neměl nikdo jiný přístup.

Bylo rozhodnuto, že nasazení policejního vyjednaváče bude provedeno samostatně. Po konzultacích velitele zásahu, policejního vyjednaváče a zástupce HZS a ZZS bylo rozhodnuto, že veškerá přítomná technika i zasahující členové složek IZS na místě budou přesunuti na méně viditelné místo s tím, aby byli připraveni pro jejich případný zásah. Opatření bylo vedeno záměrem vytvořit ničím nerušené prostředí pro práci policejního vyjednaváče s nebezpečně se chovajícím mužem. Až po navázání kontaktu na dálku se rozhodne, zdali se využije schodiště rodinného domku včetně střešního vikýře vedoucího na střechu. Členové HZS byli připraveni pro případ potřeby poskytnout technickou pomoc konkrétně výškovou plošinu. Na letišti Václava Havla byl uveden do pohotovosti vrtulník LZS Kryštof 01 připravený k okamžitému vzletu. Aktuální situace na místě byla beze změny, na střeše stále zůstal neklidný muž a slovně agitoval.

11:15 Policejní vyjednaváč zahájil svůj pokus o kontakt s agitujícím mužem na střeše. Z bezpečné vzdálenosti asi 30 m od domu se pokusil navázat kontakt na dálku. Policejní vyjednaváč se představil a oslovil muže na střeše jeho vlastním příjmením. Muž byl psychomotoricky neklidný a verbální projev působil nesouvisle a chaoticky, na výzvy vyjednaváče neodpovídal a působil, jako když ztratil kontakt s okolím. Při dalším pokusu o kontakt, kdy vyjednaváč muži nabízel teplý nápoj a zimní bundu, aby mu na střeše nebyla zima, muž nereagoval a pokračoval v hlasité slovní agitaci a přecházením po hřebenu střechy. Pak se zastavil u komína, kterého se jednou rukou přidržoval a začal shazovat ze střechy odlomené kusy cihel a křičel, ať jdou všichni pryč. Ve chvíli, kdy se chtěl přemístit na druhou stranu komínu, aby uchopil další kus cihly, zavadil pravou nohou o drát od hromosvodu, který byl veden v horní části střechy, zavrával a zřítel se asi z osmimetrové výšky dolů na trávník vedle domu.

11:25 Členové výjezdové skupiny RZP ZZS ASČR byli povoláni velitelem zásahu Policie ČR na místo neštěstí, kde došlo k pádu osoby ze střechy. Ve stejnou chvíli byl aktivován vzlet LZS Kryštof 01. Záchranáři, kteří byli připraveni nedaleko pro případný zásah, přijeli na místo události vozem RZP. Vedoucí výjezdové skupiny RZP běžel s výběhovým batohem k ležícímu muži, aby zkontroloval základní životní



funkce. Tělo muže leželo na pravém boku v nepřírozané poloze na zčásti zasnežená ploše trávníku. Muž neprojevoval žádná známky aktivity.

Záchranář přistoupil k vyšetření podle algoritmu ABCDE. Na oslovení muž nezareagoval, byla zaznamenána slabá dechová aktivita doprovázená chrčivými zvuky a volně vytékající krví z úst. Po přiložení prstů na levou krkavici byla záchranářem ověřena přítomnost pulsu. Držením oběma rukama pod hlavu postiženého a mírným tahem v ose zafixoval záchranář krční páteř. Mezitím druhý záchranář, který přinesl z vozu RZP krční fixační límec a páteřní desku opatrným ohledáním těla od hlavy až k patě se ujistil, zda postižená končetina masivně nekrvácí. Byla provedena kontrola stability hrudníku a pánve s negativním výsledkem.

Za stálého zajišťování krční páteře úchopem oběma rukama, byl postiženému přiložen krční fixační límec pro znehybnění krční páteře. Přítomní členové HZS byli požádáni o asistenci při polohování zraněného pomocí páteřní desky. Postižený byl za asistence čtyř členů HZS a dvou záchranářů rukama fixován zády k přiložené páteřní desce a opatrným přetočením polohován na záda. Vedoucím výjezdové skupiny bylo rozhodnuto, že další vyšetření a ošetřování pacienta bude probíhat až v sanitní zástavbě vozu RZP. Po zajištění pacienta proti pohybu na páteřní desce byl přemístěn přítomnými členy HZS a záchranáři do zástavby vozu RZP na nosítka, na kterých byla již připravena rozvinutá vakuová matrace.

Sanitní zástavba byla po celou dobu na místě zásahu vyhřívána tak, aby byl pro případné ošetřování pacienta, zajištěn tepelný komfort. Až když byl pacient přenesen do sanitní zástavby, bylo možné provést kompletní vyšetření pacienta algoritmem ABCDE. Odezva na oslovení a algický podnět byla bez reakce GCS 1-1-1, puls na a.carotis a na arterii radialis byl zachován. Byla zaznamenána nevýrazná spontánní dechová aktivita. Bariérovým odsávacím přístrojem bylo provedeno odsátí krevního koagula, poté vizuálně zkontrolována ústní dutina a odstraněny fragmenty extrahovaných zubů. Další dechová aktivita byla zajištěna ručním dýchacím vakem s připojeným na O<sub>2</sub> rozvod

s průtokem 10 l/min. Osvitem zornic byla vyšetřena fotoreakce. Zornice byly anizokorické, pravá zornice byla mydriatická a fotoreakce obou zornic byla zachovalá.

Mezitím druhý řidič-záchranář uvolnil nůžkami oděv na horní polovině těla. Fonendoskopem bylo záchranářem provedeno vyšetření hrudníku s nálezem nesymetrické dechové aktivity pravé a levé plíce. Levá plíce vykazovala lepší vzdušnost než plíce na pravé straně společně s nevýrazným pohybem hrudníku oproti levé straně. Na hrudník byly umístěny čtyři lepící elektrody EKG. Fonendoskopem bylo záchranářem provedeno vyšetření hrudníku s nálezem nesymetrické dechové aktivity pravé a levé plíce. Levá plíce vykazovala lepší vzdušnost než plíce na pravé straně společně s nevýrazným pohybem hrudníku oproti levé straně.

Na levé paži byla pacientovi přiložena manžeta tonometru a změřen TK. Na pravé horní končetině byla kontinuálně měřena neinvazivní pulzní oxymetrií saturace SpO<sub>2</sub>. Opakovaná kontrola měření krevního tlaku byla nastavena na každých 5 minut. Hodnoty fyziologických funkcí byly naměřeny aktuálně DF 11 dechů za minutu, SpO<sub>2</sub> 90%, P 130 za minutu. sTK 90 mmHg, dTK 65 mmHg. Křivka EKG vykazovala na monitoru nepravidelnou srdeční aktivitu, patrná byla fibrilace síní. Záznam EKG byl ovšem ovlivněn svalovým třesem postiženého. Do pravé i levé horní končetiny byla zavedena PŽK kanyla 17G. Přetlakovou manžetou byl podán předehřátý infuzní roztok Ringer 500 ml i. v. a Plasmalyte 1000 ml i. v. z důvodu prohřátí organismu a doplnění cirkulující tekutiny v oběhu. Kontrolní hodnoty glykémie se pohybovaly na úrovni 12 mmol. Dechové parametry zraněného se však dramaticky změnily, spontánní dechová aktivita začala být neefektivní, naměřená hodnota SpO<sub>2</sub> byla 86 %.

Záchranáři proto rozhodli pacientovi akutně zajistit dýchací cesty supraglotickou pomůckou za použití laryngeální masky. Po odsátí obsahu z ústní dutiny byla záchranářem v pozici za hlavou pacienta zavedena laryngeální maska do horních cest dýchacích a napojena na křísící vak. Pacient byl ventilován frekvencí 14 dechů za minutu s průtokem O<sub>2</sub> 10 l/min. Aktuální hodnoty měření P 135 za minutu, sTK/dTK 90/55 mmHg, SpO<sub>2</sub> byla 85 %. Znovu byla poslechově vyšetřována fonendoskopem

pacientova dechová aktivita obou plic. Poslechovým vyšetřením bylo zjištěno, že pravá plíce ventilovala nedostatečně, byl zaznamenán výrazný rozdíl mezi dechovou aktivitou levé a pravé plíce, než při prvotním poslechovém vyšetření. Záchranáři suspektně uvažovali na možnost tenzního pneumotoraxu. Ten se rozhodli za pomoci kanyly 14G převést na pneumotorax otevřený jako život zachraňující výkon.

Za stálého ventilování pacienta ambuvakem záchranáři po desinfekci místa provedli kanylou 14G vpich a punkci pravé strany hrudníku v oblasti druhého a třetího mezižebří v medioklavikulární linii. Punkci vedli v místě při horním okraji třetího žebra tak, aby nepoškodili nervově-cévní svazky, které v tomto místě probíhají. Po slyšitelném úniku vzduchu z pleurální oblasti kanylu zafixovali náplastí a zajistili tak, aby unikající vzduch z pravé pohrudnice mohl odcházet ven a přitom nedošlo k zpětnému nasátí vzduchu z vnějšího prostředí. Po provedené punkci zpětně zkontrolovali poslechem pomocí fonendoskopu vzdušnost pravé a levé plíce. Byla zjištěna lepší se funkce pravé plíce. Aktuální naměřené fyziologické hodnoty se pohybovaly P 55 za minutu, sTK 110 mmHg dTK 60 mmHg, SPO<sub>2</sub> 90 %.

11:30 Na místo dojela výjezdová skupina RV s lékařem. Po vyslechnutí zprávy o vývoji situace a postupu při ošetřování pacienta se lékař rozhodl provést definitivní zajištění dýchacích cest endotracheální intubací, z důvodu bezpečného zajištění dýchacích cest během transportu do cílového zdravotnického zařízení. Ta byla provedena OTK č. 8. Po zajištění dýchacích cest byl převeden pacient na dýchací přístroj Oxylog 1000. UPV parametry ventilátoru byly nastaveny záchranářem podle ordinace lékaře na FiO<sub>2</sub> 5,0, VT 500 ml, f 12/min Peep 4. V dalším sledu pak byla ošetřena traumatická poranění na dolních a horních končetinách. Uzavřené fraktury kostí patních a dlouhých kostí dolních končetin a fraktura pravé kosti pažní byly fixovány vakuovými dlahami. Preventivně byla fixována i oblast pánve, i když se její nestabilita vyšetřením neprokázala. Pacientovi byl lineárním dávkovačem kontinuálně podáván Propofol 2% 10 ml/hod.

11:40 Dosedl vrtulník LZS Praha na nedaleké fotbalové hřiště vzdálené asi 200 m od místa události. Bezpečnost okolí a samotné přistání zabezpečila Policie ČR. Po konzultaci s velitelem zásahu a lékařem RV a lékařem LZS bylo dohodnuto, že pacient bude vozem RZP převezen na místo přistání a předán výjezdové skupině LZS Praha. Byl pořízen záznam o výjezdu s náležitostmi, které jsou uvedeny ve vyhlášce č. 98/2012 Sb. včetně zaznamenání času předání pacienta VS LZS Praha.

11:45 Po předání pacienta LZS Praha byl pacient směřován do traumacentra ÚVN Střešovice Praha 6.

12:10 Odjezd výjezdové skupiny RZP zpět na výjezdové stanoviště ZZS ASČR Praha Zbraslav.

#### **Časová linka zásahu na místě události**

- 10:20 – příjem tísňové výzvy dispečerem ZOS
- 10:24 – výzva ZOS k výjezdu VS RZP
- 10:35 – příjezd na místo události
- 10:40 – odeslání zpětné situační zprávy na ZOS
- 11:05 – příjezd Policie ČR a HZS na místo události
- 11:15 – zahájení vyjednávání (Policie ČR)
- 11:25 – pád osoby ze střechy
- 11:27 – začátek ošetřování členy VS RZP
- 11:45 – dojezd VS RV s lékařem
- 11:45 – přistání LZS Praha Kryštof 01
- 11:55 – předání pacienta
- 12:10 – konec a odjezd VS RZP zpět na výjezdové místo ZZS Praha-Zbraslav

#### **Analýza**

Příjem tísňové výzvy na operačním má svůj jasný pořad úkonů, který je nutno dispečerem ZOS zvládnout (Trnovská, 2013). Zřejmě nejobtížnější situací byla tísňová

výzva, ve které převládaly emoce nad schopností podat objektivní informace. Objektivní informace z místa události jsou důležité pro co nejpřesnější provedení jejich analýzy a jejich následné vyhodnocení. Příkladem situace, kdy volající byla emočně rozrušena a nebyla schopna podat objektivní informace na tísňovou linku, je shora uvedená kazuistika. Rozrušená žena volala na ZOS že její manžel je nějaký divný, a že se bojí, aby se něco nestalo. Informace, které zazněly v rámci tísňového volání, jsou řečeny jen ve všeobecné rovině.

Lze považovat za správný věcný přístup operátora ZOS, který se snaží cílenými otázkami vytěžit z hovoru maximum důležitých informací. Otázky na probíhající léčbu nebo probíhající ambulantní docházku, užívání léků nebo užití návykových látek byly zvoleny vhodně a mohly situaci na místě události více ozřejmit (Trnovská, 2013). Také dotaz na aktuální chování manžela byl na místě a dobře cílený. Ze všech informací, které měl dispečer k dispozici pro vyhodnocení, byla indikace k výjezdu určena správně. Je možno se domnívat, že by byla vhodná doplňující informace od dispečera ZOS pro výjezdovou skupinu RZP o akutním riziku možné eskalace situace na místě.

Situace, ve které se nacházela výjezdová skupina RZP po příjezdu na místo události poskytla několik závažných poznatků. Nejdůležitějším z nich byl bezesporu ten, jak situace na místě události podléhala dramatickému vývoji v čase u pacienta s příznaky akutní psychózy (Raboch, 2012). Za 13 minut, které uplynuly od převzetí výzvy k výjezdu, se situace na místě události zcela změnila.

Záchranáři, po zhodnocení situace na místě přijali jako první opatření zajištění vlastní bezpečnosti a bezpečnosti přihlížejících zvědavců. Kladně je možno hodnotit použití ochranných přileb a ochranných pomůcek (Trnovská, 2013). Tím, že vyzvali přihlížející, aby podstoupili do bezpečné vzdálenosti od místa události, eliminovali hrozící riziko jejich zranění.

Další krok, který byl proveden v souladu s doporučeními, bylo neprodlené podání zpětné situační zprávy na dispečink ZZS. Z pohledu pozdějšího vývoje tak, jak se udál, je možno vyvodit, že odhady rizik, které členové VS RZP formulovali v situační zprávě

pro dispečink, byly přesné. Asistenci Policie ČR a technickou pomoc HZS, kterou si vedoucí výjezdové skupiny vyžádal, byla zcela v souladu s plněním typových činností složek IZS při společném zásahu při mimořádné události (Humpl, 2013).

Jako rozvážné lze hodnotit chování záchranářů, že se za každou cenu nepouštěli do řešení situace, ve které neměli k dispozici odbornou asistenci Policie ČR ani technickou podporu HZS. Jako správná z hlediska taktiky zásahu se jeví urychlená příprava zdravotního materiálu, přístrojů a léků k okamžitému použití pro případ ošetření nebo resuscitaci vážně zraněné osoby.

Ostatní složky IZS, které dorazily na místo události až ve druhé vlně, při plnění STČ–02/IZS–Demonstrování úmyslu sebevraždy se správně rozhodly nepoužít při dojezdu na místo události výstražná a zvuková znamení. Použitím výstražných zvukových a světelných znamení v situacích, ve kterých je plněná typová činnost složek IZS při společném zásahu při mimořádné události, hrozí nepředvídatelná reakce od osoby s příznaky akutní psychózy (Humpl, 2013). Převzetí velení příslušníkem policie na místě události a vzájemná komunikace mezi velitelem VS RZP bylo v souladu s typovými činnostmi složek IZS zpracovanými podle § 18 vyhlášky č. 328/2001 Sb. Vyklizení prostoru v okolí vyjednávání bylo rozhodnuto velitelem zásahu správně. Rozhodnutí mělo za cíl vyloučit z prostředí co nejvíce rušivých vlivů, které by mohly negativně ovlivňovat úspěšné vyjednávání s agitující osobou (Dušek, 2015).

Po tragickém vývoji situace, kdy se muž zřítíl ze střechy, byla činnost záchranářů plně soustředěna na úkony zajišťující základní životní funkce. Zajištění krční páteře, bezprostřední kontrola možného masivního krvácení, spontánní ventilace a zachování krevního oběhu, byly provedeny v souladu s postupy při ošetření osoby s traumatickým poraněním. Provizorní fixace krční páteře, která byla provedena mírným tahem v ose oběma rukama jednoho ze záchránců a následné její zajištění krčním límcem byla provedena v souladu s doporučenými postupy (Bydžovský, 2008). Rozhodnutí záchranářů zajistit tepelný komfort pacienta a pokračovat v dalším vyšetření až v sanitní

zástavbě vozu RZP bylo na místě. Vzhledem k povětrnostním podmínkám, které panovaly na místě, hrozilo zraněné osobě prochladnutí.

Událost se odehrála v lednu, kdy se venkovní teplota pohybovala kolem 5 °C. Zajištění dvou žilních vstupů PŽK kanylami 17G a infuzní terapie předeřhřátými roztoky F1/1 1000 ml a Plasmalyte 500 ml byla zvolena správně. Při pádu z výšky hrozilo traumatické poranění fraktury báze lebni, trauma páteře, poranění vnitřních orgánů, zlomeniny končetin, pánve. Výsledkem mohly být masivní krevní ztráty ať zjevné nebo skryté, které mohly ohrožovat život zraněné osoby. Koordinovaná spolupráce členů HZS a členů VS RZP při polohování pacienta za pomoci páteřní desky byla příkladná. Způsob, jakým bylo polohování provedeno, snížilo možnost traumatického poškození páteře. Neustále opakovaná kontrola životních funkcí podle pořadí ABCDE byla provedena správně (Šeblová, 2013).

Významné riziko pro přežití pacienta představovalo krvácení z dutiny ústní. Riziko aspirace krve nebo zubních úlomků bylo u tohoto pacienta vysoké. Inspekce dutiny ústní s následným odsátím směsi krve a sputa a odstranění viditelných fragmentů extrahovaných zubů snížila riziko aspirace na minimum. Kontinuální kontrola krevního tlaku každých pět minut byla zvolena v souladu s možnými riziky, které hrozily při skrytém krvácení do tělních dutin a svalů v důsledku poranění vnitřních orgánů anebo fraktur pánve a dlouhých kostí. Monitorace EKG a kontrola SpO<sub>2</sub> za pomoci pulsní oxymetrie byla v souladu s nutností kontroly dechových parametrů, které by se mohly horšit po traumatickém poranění hrudníku a plic (Knor, 2014).

Další vývoj zdravotního stavu pacienta je příkladem důležitosti neustálé kontroly parametrů životních funkcí, které mohou u vážných poranění vykazovat dramatické změny. Jen správná úvaha nad poslechovou kontrolou dechových parametrů pacienta odhalila rozvoj tenzního pneumotoraxu. Na výkon, který provedli záchranáři při řešení tenzního pneumotoraxu lze pohlížet jako na úkon život zachraňující. I když není zahrnut mezi kompetencemi, které jsou jmenovitě vyjmenované zákoně. Dojezd VS RV s lékařem na místo a jeho praktického zapojení do léčby pacienta je vždy vnímán členy

VS RZP, jako vítaná pomoc na místě. Přítomnost lékaře přináší do týmu záchranářů i ostatních členů IZS jisté zklidnění. Odbornost, kvalifikace a praktické zkušenosti lékaře a tandem „doktor – sestra“ jsou bonusem pro pacienta. Léčba se tak stává účinnější v důsledku vyšší efektivity při rozhodování o způsobu léčby.

Včasná aktivace LZS Praha již v prvních minutách mimořádné události se ukázala jako správná, zcela ve smyslu zákona č. 374/2011 Sb. Zákon o zdravotnické záchranné službě. Letecká přeprava pacienta s umělou plicní ventilací a s traumatickým poraněním napomohla rychlejšímu a šetrnějšímu transportu pacienta do traumacentra ÚVN Střešovice.

## **4.2 KAZUISTIKA 2**

Výjezdové stanoviště: Bývalá kasárna v Benešově u Prahy

VS na výjezdu: RV, RZP

Indikace: Toxická psychóza

Vzdálenost cca 500 m (2 min)

### **Popis události:**

V prvním srpnovém víkendu ve dnech 01. 08. – 02. 08. 2014, proběhl v Benešově v bývalém areálu vojenských kasáren, již podruhé, hudební festival Let It Roll. Jeden z největších drum-and-bassových festivalů v Evropě, konaný vždy v letních měsících. Počet účastníků je odhadován kolem 15 000.

Ubytování účastníků bylo zajištěno ve stanových městech rozložených kolem místa celé akce v několika vymezených zónách. Zdravotnická záchranná služba ASČR, která zajišťovala zdravotnickou asistenci festivalu, měla připravená dvě stanoviště pro ošetřování pacientů. Stanoviště ZZS ASČR tvořily dva kryté nafukovací velkoprostorové stany, součástí vybavení stanů bylo 10 lůžek pro pacienty, zdravotnický materiál pro ošetření úrazů a prostředky pro infuzní terapii a aplikaci léků. Na stanovištích byly k dispozici čtyři výjezdové skupiny RZP, jedna výjezdová skupina



RV. Podporu a spojení zajišťovalo mobilní pomocné operační středisko ZZS ASČR, které zprostředkovalo nepřetržité přímé spojení členů výjezdových skupin ZZS ASČR s OS ZZS Středočeského kraje. Na místě konání drum-and-bassového festivalu byla připravena také mobilní služebna Policie ČR a stanoviště jednotky HZS.

23:10 Dvojice mladých lidí přišla na stanoviště ZZS ASČR a oznámila, že jejich 17letý kamarád běhá zcela nahý v odlehlém prostoru za hlavním jevištěm. Zmateně pobíhá, mává rukama a vzrušeným hlasem vykřikuje, že je sledován, a že musí utéct pryč. Na dotaz jestli jejich kamarád užil nějakou návykovou látku, odpověděli, že neví, ale že si asi dal éčko.

23:12 Dispečer pomocného mobilního operačního střediska odeslal výzvu k výjezdu pro VS RZP s indikací intoxikace osoby neznámou látkou.

23:14 Vyjela VS RZP na místo události. Mladá dívka (kamarádka postiženého) po domluvě se záchranáři doprovázela VS RZP na výjezdu, aby jim ukázala místo, kde naposledy viděla svého kamaráda. Průjezd vozem RZP byl komplikován velkým počtem účastníků na příjezdové komunikaci.

23:25 Výjezdová skupina dojela k místu události. Záchranáři zaznamenali pobíhající postavu excitovaného mladého muže, který odpovídal jeho popisu. Záchranáři s nasazenými čelovými svítilnami vystoupili z vozu a snažili se přiblížit k agitujícímu mladíkovi. Mladý muž příjezd záchranářů zaznamenal, chvíli je nehybně pozoroval a nechal je přijít blíž. Kamarádka mladíka oslovila jménem. Záchranáři se k muži přiblížili asi na pět kroků, Záchranáři oslovili mladíka a představili se. Oslovený mladý muž začal v rychlém sledu chrlit věty o pronásledování, a o jeho odposlouchávání neznámými lidmi. Záchranáři nabídli nahému a rozrušenému mladíkovi, že mu podají tričko a kalhoty, které mezitím přinesla jeho kamarádka ze stanu, aby si je mohl obléknout. Zajímali se také o to, jaká událost ho rozrušila a jestli nepotřebuje nějakou konkrétní pomoc. Okolní hlasitá hudební produkce velice ztěžovala srozumitelnou hlasovou komunikaci. Mladík neustále překotně chrlil věty, sdělující obavy o jeho sledování a pronásledování. Po chvíli se znenadání rozeběhl a skokem

přes přední část karoserie vozu RZP vyběhl na jeho střechu. Na střeše vozu se pohyboval chaoticky a pobíhal po celé ploše střechy auta. Na prosby jeho kamarádky, která všemu na místě přihlížela, aby ze střechy vozu slezl, mladík nereagoval a pokračoval dál v překotné slovní agitaci.

23:27 Vedoucí VS RZP se radiostanicí spojil s operátorem mobilního OS ZZS ASČR a předal na dispečink podrobnou situační zprávu o aktuálním vývoji na místě události. Prostřednictvím dispečera požádal o příjezd lékařem a o asistenci Policie ČR. Záchranáři se pokusili celou situaci neeskalovat a vyčkávali příjezdu lékaře a příslušníků policie. Všeobecný rozruch, který tato situace vyvolala, začal přitahovat pozornost kolemjdoucích účastníků hudebního festivalu. Nedostatečné osvětlení místa události a okolní hluk znemožňoval navázat účinnou komunikaci s mladíkem na střeše sanitního vozu. Mezitím jeho kamarádka přinesla ze stanu osobní doklady agitujícího mladíka, o které jí požádali záchranáři.

23:41 Na místo dojela výjezdová skupina RV. Po vyslechnutí zprávy o aktuální situaci od záchranářů se lékař pokusil o kontakt se stále agitujícím mladíkem. Lékař se představil jménem a představil také přítomné záchranáře. Mladíkovi vyjádřil právo na jeho obavy a strach. Avšak mladík nekomunikoval a neustále chaoticky pobíhal po střeše vozu, výrazně gestikuloval a slovně agitoval.

23:45 Přijela na místo čtyřčlenná hlídka Policie ČR. Příjezd policie vzbudil další vlnu pozornosti účastníků hudebního festivalu z nejbližšího okolí. Ti se postupně začali shromažďovat kolem místa zasahujících záchranářů. Jejich sympatie byly na straně agitujícího mladíka, kterému tleskali, pískali a souhlasnými výkřiky ho povzbuzovali. Lékař se spolu s policisty snažil přítomným zvědavcům vysvětlit, že jejich chování a povzbuzování by mohlo dovést mladíka na střeše ke zkratovému jednání, při kterém by se mohl zranit.

Po zhodnocení vzniklé situace lékařem a příslušníky police bylo rozhodnuto, že se policisté pokusí agitujícího mladíka opatrně sundat ze střechy dolů, a až se podaří mladíka dostat dolů ze střechy, příslušníci PČR chvaty a hmaty mladíka omezí

v pohybu a odvedou ho do přistaveného vozu RZP. Lékař požádal záchranáře, aby připravili omezující prostředky, pásy a kurty, také pomůcky pro zajištění žilního vstupu a léky pro možnou aplikaci formou i. m. anebo. i. v. podání. Policisté spolu s lékařem se pokusili opětovnou domluvou vyjednat, aby mladík sám dobrovolně slezl ze střechy sanitního vozu. Domluva však vyzněla na prázdno. Jeden z příslušníků PČR tedy vylezl opatrně na přední kapotu vozu RZP a pokusil se podanou rukou zapůsobit na mladíka a nabídnout mu možnost zvolit dobrovolné opuštění střechy. I tento pokus nebyl úspěšný.

Policista proto přešel na střechu, a zvolna se přibližoval směrem k mladíkovi. Mladík se přesunul na zadní část střechy vozu. Byla na něm patrná stupňující se úzkost, která byla vyjádřena dalším zrychlením pohybů a hlasitější slovní agitací. Mladík vzrušeně sledoval blížícího se policistu, ale neměl, kam by ustoupil. Najednou si mladík kleknul na kolena, rukama se chytil zadního okraje střechy a sesunutím po zadní části vozu se pokusil dostat ze střechy dolů. Stojícími policisty okolo vozu byl však uchopen za nohy, a stažen na zem. Za všeobecného nesouhlasu a pískotu přihlížejících byl položen na zem, a byla mu na ruce přiložena pouta. Policisté pak zahalili mladíka do záchranářské bundy a odvedli ho do sanitního vozu RZP.

24:07 Převzali záchranáři od policistů mladíka k ošetření. Na žádost lékaře zůstali dva policisté v blízkosti sanitního vozu. Ostatní policisté se pokusili výzvami a domluvou rozptýlit okolo stojící a nesouhlasně reagující osoby. Přítomnost policistů vzbudila u mladého pacienta jistý respekt. Nekladl sice významný fyzický odpor, ale ve slovní agitaci neustával. Pacient byl vyzván, aby se přesunul na nosítka. Lékař vysvětlil pacientovi jednotlivé kroky, které, budou následovat před jeho vyšetřením a z jakého důvodu bude v sanitním voze omezen v pohybu.

Nejdříve byla pacientovi sejmuta přiložená pouta a byl vyzván ke klidnému jednání během následujících vyšetření. Na nosítkách byl pacient v polosedě omezen v pohybu pásy a kurty. U vyšetřovaného pacienta byla zjištěna kvalitativní porucha vědomí v důsledku požití neznámé látky. V rámci vyšetření pacienta bylo použito

zhodnocení vědomí podle škály Glasgow Coma Scale. Vědomí pacienta bylo obluzené s manifestací paranoidních bludů o pronásledování. Zornice pacienta byly mydriatické. Pacient byl spontánně ventilující, tachypnoický, kardiopulmonálně kompenzovaný bez cyanózy a ikteru.

Naměřené hodnoty životních funkcí byly následující: P 135/min, sTK 130 mmHg, dTK 80 mmHg, SpO<sub>2</sub> 94%. Záchranáři spolu s lékařem se domluvili, že pokud to chování pacienta dovolí, bude zajištěn žilní vstup PŽK 18G pro podání léků a infuzních roztoků. V jiném případě budou akutní léky podány formou i. m. Levá horní končetina mladíka byla fixována hmatem za zápěstí a na lokti. Na první pokus byl zaveden PŽK 18G. Podán byl Haloperidol frakcinovaně 1× 5 mg i. v. a dále Ringer roztok 1000 ml a F1/1 500 ml i. v. Hodnota naměřené glykémie měla hodnotu 11 mmol. Po zklidnění psychotických projevů pacienta bylo rozhodnuto, o jeho transportu vozidlem RZP na interní JIP. Dispečer předjednal umístění pacienta na interní JIP v nemocnici v Benešově k observaci.

24:25 Byl realizovaný převoz pacienta bez asistence policie výjezdovou skupinou RLP na oddělení interního JIP do nemocnice v Benešově

#### **Časová linka zásahu na místě události**

23:10 – Příjem tísňového oznámení

23:12 – Výzva k výjezdu pro VS RZP

23:14 – Výjezd VS RZP na místo událost

23:25 – Příjezd VS RZP na místo události

23:27 – Podání situační zprávy VS RZP a žádost o asistenci lékaře a Policie ČR

23:41 – Příjezd VS RLP s lékařem

23:45 – Příjezd Policie ČR

24:07 – Vyšetření pacienta ve voze RLP

24:25 – Transport pacienta na interní JIP nemocnice v Benešově

## Analýza

Tato případová kazuistika pacienta s akutní psychózou poskytuje pohled na problematiku ošetřování a komunikaci členů výjezdové skupiny RZP s neklidným pacientem na velkých hudebních festivalech. Zajímavá byla kazuistika především prostředím, do kterého byla situována. Podstatné bylo působení okolností, které významně ovlivňovaly práci zasahujících záchranářů, lékaře a dalších členů složek IZS. Prostředí drum-and-bassového festivalu bylo pro práci záchranářů velice stresující. Limitující byla vysoká míra hluku, která byla na festivalu produkována, vysoká koncentrace lidí a prostředí, které je často spojováno s vysokou mírou konzumace stimulačních a návykových látek. Časový program drum-and-bassového festivalu, který probíhal přes celý den a noc až do pozdních ranních hodin, významně kladl nároky na psychiku a únavu členů výjezdových skupin RZP a ostatních přítomných členů ZZS

Tísňová výzva operátorovi mobilního OS ZZS, byla přijata formou osobního podání dvojicí mladých lidí v čase 23:10. Je důležité vědět, že výsledkem dotazu na množství a druh návykové látky, kterou postižený užil, bude odpověď zpravidla neúplná a neobjektivní. Je vhodné počítat s vyšším množstvím užitých návykových látek, než dotazovaný připouští. Je na operátorovi, aby vhodně volenými otázkami zjistil co nejvíce relevantních informací (Trnovská, 2013).

V této kazuistice byl výjezd realizován v podmínkách velkého hudebního festivalu. Po přijetí výzvy k výjezdu výjezdová skupina RZP v limitu 2 minut vyjela na místo události podle § 11 zákona č. 374/2011 Sb. O zdravotnické záchranné službě (ANON, 2016).

Správný a odpovědný byl způsob provedení přesunu na místo události. Opatrná a obezřetná jízda VS RZP na místo události. Rizikem pro výjezdovou skupinu RZP byly na přístupových komunikacích sedící nebo ležící osoby, které měly sníženou schopnost vnímání. Další specifický problém, který řešila výjezdová skupina RZP, byl ten, že modrá výstražná světla a zvukové signály vozu RZP splývaly s mohutným použitím stroboskopických laserových světél a hlasitých elektronických zvuků při hudební

produkcí. Tyto okolnosti kladly na řidiče RZP další zvýšené nároky a jejich pozornost při řízení vozu RZP.

Od záchranářů bylo takticky správné, že přijali pomoc od oznamovatelky tísňové výzvy, která se jim nabídla, že je doprovodí na místo, kde se naposledy nacházel mladík. Přehlednost míst a identifikace osob byla ztížena rozlehlým vojenským areálem, absencí dominantních orientačních prvků a tmou na odlehlých místech. Správné bylo po příjezdu na místo události okamžité vyhodnocení aktuální situace, které záchranáři provedli, a zpětné podání informace operátorovi OS ASČR. Aktuální informace z místa zásahu tak napomohla operátorovi v rozhodování o vyčlenění adekvátních prostředků a lidí pro zásah na místě události (Trnovská, 2013).

Žádost VS RZP o asistenci lékaře, která byla podaná až po příjezdu výjezdové skupiny na místo události, by mohla vyvolávat otázku, proč nebyl lékař vyslán na výjezd společně s výjezdovou skupinou RZP. Při hledání odpovědi na tuto otázku je třeba vzít do úvahy strategické rozhodování operátora. Operátor ZOS rozhodoval s ohledem na situaci, a s ohledem na vysokou koncentraci účastníků v počtu asi 15 000 na místě konání drum-and-bassového festivalu. Při tak vysokém počtu osob na jednom místě, by mohl hrozit kdykoli úraz nebo těžká intoxikace, ale i stav ohrožující lidský život. Pro tento případ musí být operátor ZOS vždy připraven vyslat na místo události adekvátní výjezdovou skupinu i s lékařem. Operátorem bylo správně rozhodnuto, že lékař byl vyslán až ve chvíli, kdy bylo zřejmé, že VS RZP nebude schopna situaci na místě vyřešit vlastními silami. Tento postup byl v souladu se zněním zákona O zdravotnické záchranné službě č. 374/2011 Sb. (ANON, 2016).

Také požadavek na přítomnost Policie ČR byl adekvátní z pohledu situace na místě. Rozhodnutí záchranářů, že nebudou dál situaci eskalovat z důvodu, kdy nebylo možné navázat komunikaci s mladíkem vykazujícím známky akutní psychózy, bylo takticky správné (Pekara, 2015). Až příjezd lékaře a příslušníků Policie ČR rozšířil možnosti použití prostředků, jak celou situaci na místě zvládnout. Správný postup shledávám v pokusu lékaře navázat s mladíkem kontakt a situaci vyřešit bez použití

donucovacích prostředků. Důvod, proč selhaly pokusy o klidné vyřešení eskalované situace lze spatřovat v negativně ovlivněné komunikaci vnějšími vlivy, jako byly nadměrný hluk, pozdní noční hodina a také nepřátelské reakce přihlížejících osob.

Z případové kazuistiky je patrné, že situace tak, jak se vyvíjela na místě, spíše spěla k nedobrovolnému poskytnutí zdravotnických služeb tak, jak je popsána v zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 (ANON, 2016). Dalším momentem, který vyjednávání s agitovaným mladíkem negativně ovlivňoval, byla účast přihlížejících zvědavců na místě. Dá se předpokládat, že rozpoznávací schopnosti účastníků byly sníženy únavou, pozdní noční hodinou a také užitím návykových látek. Tyto skutečnosti vytvořily pro zasahující členy VS RZP a Policii ČR psychicky náročné prostředí a pokus o zklidnění přihlížejících osob, které svými projevy spíše situaci eskalovaly, byl na místě a v souladu s taktikou vyjednávání, na které se domluvil lékař s policisty (Špatenková, 2009).

Použití omezujících prostředků před vyšetřením a při ošetření pacienta bylo aplikováno v souladu se zněním § 39 zákona O zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (Raboch, 2012).

Vyšetření základních životních funkcí a zajištění pacienta včetně zajištění žilního vstupu PŽK 18G bylo provedeno v souladu s kompetencemi zdravotnického záchranáře tak, jak jsou vyjmenovány v § 3 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (ANON, 2016).

Podání léků bylo aplikováno zdravotnickými záchranáři dle ordinace přítomného lékaře, který se rozhodl pro antipsychotikum Haloperidol. Možnost podat Haloperidol formou intravenózní lze pokládat za výhodnější z důvodu rychlého nástupu účinků a možnosti lék podávat frakcinovaně. Tím je zachována možnost usměrňovat dávku podávaného léku podle reakce organismu pacienta. Nevýhodou této formy podání je její omezené využití u velmi neklidných psychotických pacientů (Raboch, 2012). Další možnou formou, kterou lze úspěšně aplikovat lék, je intranazální aplikace. Při této formě podání je účinná látka vstřebávaná nosní sliznicí.

U případů s velmi neklidným pacientem je nejčastěji využívána forma intramuskulárního podání léku. Nevýhoda této formy podání léku při aplikaci je pomalejší nástup působení účinné látky. Asistence Policie ČR byla v této kazuistice jedním z hlavních činitelů deeskalace agresivního chování. Už jenom přítomnost příslušníků policie při ošetřování působila preventivně na potenciální agresivní chování pacienta.

Po ošetření se zklidněný pacient nacházel ve stabilizovaném stavu a přítomnost lékaře při převozu nebyla nutná a převoz byl realizován VS RZP bez asistence Policie ČR. Včasná žádost odeslaná operátorem ZOS na centrální příjem nemocnice v Benešově byla důležitá pro bezproblémové předání pacienta na interní JIP k observaci.



## DISKUZE

Ve výše uvedených kazuistikách byly popsány události tak, jak byly zaznamenány OS ZZS ASČR. Byly zmapovány klíčové momenty v činnosti výjezdových skupin RZP při zabezpečení místa události, vyšetření pacientů a jejich léčby a transportu do cílových zdravotnických zařízení. Součástí vybraných kazuistik byl uveden i obsah komunikace volajícího na tísňovou linku ZOS.

V praktické části byly popsány a analyticky zhodnoceny příklady spolupráce složek IZS a jejich vzájemná komunikace. Komunikace mezi záchranáři a pacientem na místě události má přímý vliv na úspěšné zvládnutí všech činností na místě zásahu. Naopak špatně zvládnutá komunikace může být příčinou eskalace mezi pacientem a členy VS RZP. Hlavním faktorem, který komunikaci mezi pacientem a členy VS RZP ovlivňuje je strach a obava pacienta i chyby zdravotníků, kterých se při komunikaci s pacientem dopouštějí (PEKARA, 2015).

V rámci kazuistiky č. 1 byl analyzován zásah u pacienta s akutní psychózou, který vyústil v mimořádnou událost. Pád ze střechy skončil těžkým úrazem osoby, která byla následně ošetřena a transportována do ÚVN Střešovice.

Výjezdová skupina po příjezdu na místo zjistila aktuální informace, které byly zcela odlišné od informací uvedených ve výzvě k výjezdu. Limitujícím činitelem byla volající žena na tísňovou linku, která byla pod silným vlivem emocí a nebyla schopna podat objektivní informace pro vytvoření pravdivého obrazu na místě události.

Dalším limitujícím faktorem bylo prostředí a okolní vlivy. Nepříznivé počasí, chladno, sníh, ale i veřejně přístupné místo zvyšovalo možná rizika při zásahu výjezdové skupiny RZP. Muž s akutní psychózou, pohybující se chaoticky pro střeše, která byla zčásti pokrytá sněhem, byl významným rizikovým faktorem. Jeho jednání bylo nepředvídatelné. Dalším faktorem, který limitoval možnosti na místě, byla

přítomnost přihlížejících osob a riziko jejich možného zranění ze strany agresivního muže s akutní psychózou a nebo během zásahu složek IZS.

V případové kazuistice č. 1 bylo dosaženo prvního dílčího cíle, který měl prozkoumat, jaké jsou nejčastější limitující faktory, ovlivňující práci členů výjezdových skupin RZP u pacienta s akutní psychózou. Druhého dílčího cíle – možnosti použití nefarmakologických technik – bylo, z důvodu pádu osoby ze střechy a jejímu vážnému zranění, dosaženo pouze částečně.

V případové kazuistice č. 2 byl popisován zásah výjezdové skupiny RZP u pacienta s akutní toxickou psychózou, realizovaný v prostředí velkého hudebního festivalu. Použití prostředků a technik pro úspěšnou komunikaci s pacientem s toxickou psychózou, bylo limitováno nepříznivými vlivy, doprovázejícími hudební produkci. Nadměrný hluk reproduktorových systémů významně omezoval použití technik verbální komunikace. Záblesky stroboskopických laserových světél, které osvětlovaly prostředí festivalového areálu, prudce a rychle se měnící frekvence záblesků světél, v rychlém sledu se opakující změny barevných efektů, které zvyšovaly nároky na smyslové vnímání znesnadňovaly pokusy o zklidnění pacienta s akutní toxickou psychózou.

Dalším negativním činitelem, který limitoval komunikaci s pacientem, byla vypjatá, místy až konfliktní atmosféra, která se vytvořila po nesouhlasných reakcích přihlížejících osob na místě zásahu. Osoby, které svými projevy spíše povzbuzovaly psychotického mladého muže v projevech agitace, znemožňovaly úspěšné pokusy o deeskalaci situace zdravotními záchranáři. Takto eskalovaná situace vytvářela psychicky náročné prostředí i pro zasahující policisty a limitovala použití všech nenásilných technik. Jedinou možností bylo použití fyzické síly za použití hmatů, chvatů a držení příslušníky Policie ČR. Při ošetřování pacienta pak bylo použito jeho omezení v pohybu omezujícími pomůckami jako byly pásy a kurty.

Farmakologická léčba a její použitá forma byla v dané situaci poskytnuta až o vyčerpání jiných pokusů o deeskalaci situace a zklidnění pacienta. Při transportu pacienta výjezdovou skupinou RZP byly použity omezující pásy a kurty. Zdravotní

záchranáři pravidelnou kontrolou míst na těle, která byla v kontaktu s omezujícími pásy a kurty, předcházeli možnému poškození a nebo poranění pacienta.

V kazuistice č. 2 byl splněn dílčí cíl, který měl odpovědět na otázku, jaké jsou nejčastější limitující faktory u pacienta s akutní psychózou. Limitující faktory bychom mohli zařadit do tří skupin podle jejich příčiny.

1. Vnější vlivy (okolní prostředí, chlad, sníh, tma, hluk, záblesky světla a přítomnost jiných osob na místě)

2. Limitující faktory, které byly dány osobou trpící akutní psychózou. (Nemožnost v krátkém časovém období získat anamnestické údaje o předešlé léčbě, medikaci a sociálním poměrům, ve kterých osoba žila).

3. Limitující faktory, které mohou být dány nekvalitní komunikací zasahujících záchranářů. Jejich nedostatečná příprava pro komunikaci s agresivním pacientem a v situacích, které jsou poznamenány osobami pod vlivem akutní psychózy.

V kazuistice č. 2 byl splněn i druhý dílčí cíl, který měl prozkoumat nefarmakologické techniky deeskalace hrozícího násilí při ošetřování pacientů s akutní psychózou.

**Závěrem lze konstatovat, že i přes pokrok v oblasti nenásilných deeskalačních technik zůstává farmakologická léčba nejužívanějším způsobem zvládnutí pacientů s akutní psychózou.**

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Jako doporučení pro praxi byla navržena a vytvořena pomocná praktická karta, která by mohla sloužit jako podpůrný nástroj pro členy výjezdové skupiny RZP při komunikaci s pacientem s akutní psychózou. Pro tvorbu pomocné karty byly použity zkušenosti při psaní bakalářské práce a podklady získané zpracováním odborných zdrojů a případových kazuistik.

Jako vhodné je možno doporučit na základě zpracovaného tématu o výjezdové skupině RZP a akutních psychózách, vzdělávacím a výcvikovým střediskům ZZS, aby zvažila pořádání zvláštních tématických seminářů, zaměřených na praktické procvičování komunikačních dovedností. Tato cvičení by měla být věnována zejména situacím, ve kterých hrozí eskalace násilí, a ve kterých je nutné zvládnout komunikaci s osobami s akutní psychózou.

## ZÁVĚR

V celé bakalářské práci byla věnována pozornost problematice výjezdových skupin, které stále častěji zasahují u případů, ve kterých hrozí, že budou eskalovat. Téma, které bylo zpracováno, se zabývalo problematikou a možnými druhy úskalí při ošetřování pacienta s akutní psychózou. Snahou bylo poskytnout ucelený pohled na téma, kterému se nedostává takové pozornosti, jakou by si zasloužilo. Ošetřování pacienta s akutní psychózou patří k nejnáročnějším úkolům pro zdravotnické pracovníky. Pacient s akutní psychózou může být nebezpečný sobě i svému okolí a vyžaduje zvláštní přístup ze strany zasahujících záchranářů. Náročná komunikace, která má za cíl deeskalaci hrozící agrese, jež je častým průvodním jevem u pacientů s akutní psychózou, vyžaduje od členů výjezdových skupin RZP odborné znalosti a naučené komunikační techniky. Zásah zdravotních záchranářů na místě události u pacienta s akutní psychózou vždy v sobě skrývá vážná rizika a hrozby, o kterých je třeba dopředu vědět, být na ně připraven a umět jim čelit.

Zpracováním tohoto tématu za použití odborné literatury a dvou kazuistik, by mělo přispět k většímu povědomí o specifickém přístupu k těmto pacientům. Doporučení, která byla nabídnuta jako výstup z bakalářské práce by mohla ve svém důsledku napomoci bezpečnému a kvalitnímu ošetření pacienta trpícího akutní psychózou. Přiložená pomocná praktická karta a další navrhovaná opatření by mohla přispět k dosažení tohoto cíle výjezdovými skupinami RZP.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-4119-2.

ANON, 2016. *Zdravotní služby*. Ostrava: Sagit a. s. ISBN 978-80-7488-172-5.

BENNETT, Adam, 2012. *Conflict resolution*. Canada: Lulu Enterprises, Inc. ISBN 9780-9878706-4-3.

BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním pacientem a hostilným pacientem*. Brno: NCO+NZO. ISBN 978-80-7013-564-8.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-815-6.

ČESKO, 2011. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka předpisů české republiky [online]. 11(8), 482-543 [cit. 2016-15-07]. ISSN 1213-2241. Dostupné z: [http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska\\_55-r-2011.pdf](http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf)

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Dignostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80247-4826-9.

HUMPL, Lukáš, Jiří Maxmilián PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ, 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: vydavatel neznámý. ISBN 978-80-7013-562-4.

KNOR, Jiří a Jiří MÁLEK, 2014. *Farmakoterapie urgentních stavů*. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 978-80-7345-386-2.

KONEČNÁ, Zdeňka, 2009. *Základy komunikace*. Brno: CERM. ISBN 978-80-214-3891-0.

LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4454-4.

MARKOVÁ, Eva a Tomáš PETR, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236.

PEKARA, Jaroslav, 2015. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Disertační práce. Dostupná z: <https://theses.cz/id/ltejzu>

POLCAR, Radek, 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2358-7.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

RICHMOND, Janet et al., 2012. *Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup*. In: *Western Journal of Emergency Medicine*. Vol. 13, no. 1, pp. 17–25. ISSN 1936-900X.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha7: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

TRNOVSKÁ, Sylvia a Roman REMEŠ, 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4530-5.

VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK, 2014. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2477-8.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2008. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-159-2.

VYMĚTAL, Jan, 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2614-4.

VÝROST, Josef a Ivan SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální Psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1428-8.



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Rešerše č. 46/2016

Příloha B – Souhlas o využití zdravotnické dokumentace pro účely bakalářské práce

Příloha C – Souhlas o využití zdravotnické dokumentace pro účely bakalářské práce

Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů



## Výjezdová skupina RZP a akutní psychózy

**Klíčová slova:** akutní psychóza, psychiatrické diagnózy, výjezdová skupina, RZP, rychlá záchranná pomoc, urgentní péče, IZS, integrovaný záchranný systém, komunikace záchranářů

Rešerše č. 46/2016

### Bibliografický soupis

<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 31 záznamů</b> (kvalifikační práce – 3, monografie – 16, ostatní – 12)
<b>Časové omezení:</b>	2007-2016
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, slovenština
<b>Druh literatury:</b>	knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	20. 10. 2016

### Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- kvalifikační práce (**thesis, cuni**)
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Online katalog NCO NZO

Mgr. František Klein, Diš., vedoucí výjezdových skupin

Záchranná služba ASČR

U Včely 1442

156 00, Praha 5 - Zbraslav

Věc: Žádost o možnosti nahlížení do zdravotnické dokumentace záchranné služby ASČR

Jmenuji se Stec Pavel a jsem studentem třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické se sídlem Duškova 7, 150 00 Praha 5 v bakalářském oboru Zdravotnický záchranář.

Jako téma závěrečné bakalářské práce jsem zvolil: Výjezdová skupina RZP a akutní psychózy.

Závěrečná práce bude zaměřena na zásahy výjezdových skupiny RZP a jejich činnosti spojenou s péčí o pacienta s agresí a akutní psychózou, včetně spolupráce cílových psychiatrických zdravotnických pracovišť.

V teoretické části bych rád uvedl výčet nejčastějších příčin akutních psychóz společně s nejčastějšími symptomy. Pozornost hodlám věnovat nejen farmakologickému ovlivnění těchto akutních stavů, ale zejména neverbálnímu přístupu zdravotnického záchranáře a zásadám bezpečné deeskalace těchto stavů.

Jádrem praktické části budou kazuistiky demonstrující zásahy zdravotnických záchranářů v režimu RZP u akutních psychóz. Kazuistiky budou zahrnovat postupy RZP skupin a Policie ČR při společném zásahu u neklidného agresivního pacienta s akutní psychózou a jeho předání v cílovém zdravotnickém zařízení.

V souvislosti s tématem závěrečné bakalářské práce bych rád požádal o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů u vybraných diagnóz spojených a doprovázených agresivitou a psychotickými stavy.

Dovolte, abych vám předem poděkoval za kladné vyřízení mé žádosti

Stec Pavel  
Malinovského 1590

269 01 Rakovník

V Rakovníku 02 01 2017

Schvaluji možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace ZS ASČR  
Mgr. František Klein

V Praze dne 5. 1. 2017



ZÁCHRANNA SLUŽBA  
ASČR PRAHA-ZÁPAD  
U Včely 1442, Zbraslav,  
156 00 Praha 5  
IČO: 48134921 ©  
Tel.: 25792 3395  
e-mail: vrohnisestra@aspr.cz

Příloha C – Souhlas o využití zdravotnické dokumentace pro účely bakalářské práce



**Etická komise**  
[ekomise@bohnice.cz](mailto:ekomise@bohnice.cz)

**Stec Pavel**  
Malinovského 1590  
269 01 Rakovník

Naše značka: Vyřizuje/linka: **420284016141** V Praze dne **20.12. 2016**

**Věc: žádost o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace**

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice vyslovila **souhlas** s možností nahlížení do zdravotnické dokumentace v rámci závěrečné bakalářské práce: „**Výjezdová skupina RZP a akutní psychózy**“, Vysoká škola zdravotnická, Duškova 7, 150 00 Praha 5, bakalářský obor Zdravotnický záchranář.

*MUDr. Richard Krombholz*  
Předseda etické komise PL Bohnice

*Mgr. Jan Pomykacz v.z.* Psychiatrická nemocnice Bohnice  
tajemník etické komise Ústavní 91  
181 02 Praha 8 – Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111, Fax: +420 284 016 595, [www.bohnice.cz](http://www.bohnice.cz)

Bankovní spojení: Komerční banka a.s., 16434081/0100, IČ: 00064220, DIČ: CZ00064220

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem: **Výjezdová skupina RZP a akutní psychózy** v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta