



Centrální systém hlášení nežádoucích událostí Metodika Nežádoucích událost CHOVÁNÍ OSOB

Plná verze metodiky

Autor / Autoři: **Hlavní autor:** Prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
Spoluautoři: Ing. Veronika Štrombachová
Mgr. Dana Dolanová, Ph.D.
Mgr. Jana Kučerová, Ph.D.
PhDr. Petra Bůřilová, BBA
Mgr. Michal Pospíšil

Revize 2022: PhDr. Soňa Dubská, MBA
Mgr. Kateřina Krausová
Martin Henych
Bc. Zuzana Mezerová

Verze: 01/2023
Plánovaná revize: 2025

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Palackého nám. 4, 128 01, Praha 2
<http://www.uzis.cz/>



Obsah

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Úvod | 4 |
| NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – CHOVÁNÍ OSOB..... | 5 |
| Definice nežádoucí události – CHOVÁNÍ OSOB | 5 |
| Epidemiologie – NU CHOVÁNÍ OSOB | 5 |
| Chování osob | 7 |
| Všeobecné zásady pro chování zdravotnických pracovníků (dále i jako ZP) při projevech negativního chování pacientů | 7 |
| Nespolupracující pacient | 10 |
| Zásady jednání s agresivním pacientem..... | 10 |
| Nepřátelské/hrubé chování..... | 11 |
| Rizikové, nebezpečné, zanedbání..... | 11 |
| Toxikomanie | 11 |
| Obtěžování | 11 |
| Diskriminace/předsudky..... | 11 |
| Nepovolený odchod | 12 |
| Sebepoškození, sebevražda..... | 12 |
| Doporučené preventivní postupy..... | 13 |
| Známky akutního rizika sebevraždy pacienta..... | 13 |
| Slovní napadení (verbální agrese) | 14 |
| Fyzické napadení (brachiální agrese) | 14 |
| Sexuální napadení (sexuální agrese) | 14 |
| Poškození věci | 14 |
| Hrozba usmrcením | 15 |
| Nepovolený vstup..... | 15 |
| Krádež, finanční škoda..... | 15 |
| Únos..... | 15 |
| Násilné chování ze strany zdravotnických pracovníků | 15 |
| Používání omezovacích prostředků..... | 16 |
| NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI..... | 17 |
| Základní informace | 18 |
| Nová nežádoucí událost – Chování osob..... | 18 |
| Pracoviště zjištění | 19 |
| Pracoviště události | 20 |



| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| Analýza nežádoucích událostí | 20 |
| Druh poškození..... | 20 |
| Úroveň poškození..... | 20 |
| Nejvyšší výkon | 21 |
| Soběstačnost pacienta | 21 |
| Psychický stav | 22 |
| Nutriční stav dle BMI | 23 |
| Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu | 23 |
| Hospitalizace – jako následek NU..... | 23 |
| Preventabilita | 24 |
| Nejvyšší možné poškození pacienta | 24 |
| Pravděpodobnost opakování události..... | 24 |
| Obtížnost včasného zjištění | 24 |
| Pojmy..... | 25 |
| Seznam zkratk..... | 26 |
| Literatura | 27 |



Úvod

Metodické doporučení je určeno pro poskytovatele zdravotních služeb (dále i jako PZS) k evidenci nežádoucích událostí (dále i jako NU) v souvislosti s chováním osob v rámci lokálního systému hlášení nežádoucích událostí tak, aby bylo hlášení na lokální úrovni jednotné a bylo možno do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (dále i jako SHNU) předávat data agregovaná, která budou srovnatelná mezi jednotlivými PZS. Cílem metodického pokynu je sjednotit proces sběru dat za účelem jejich objektivizace¹.

S negativním chováním ze strany pacientů, zdravotnického personálu, ale i ostatních osob se setkáváme stále častěji. Ze strany pacientů je často chování podmíněno vlivem onemocnění nebo léčby, ale také se setkáváme s negativním chováním způsobeným vlivem požitého alkoholu či jiné návykové látky, ale rovněž v souvislosti se socio-ekonomickými změnami, které zvyšují stresovou zátěž na běžné obyvatele, a tedy spotřebitele zdravotních služeb v různých rolích (pacient, doprovázející osoba, návštěva aj.). Ze strany zdravotnického personálu je chování podmíněno velmi často nevhodnými pracovními podmínkami, přičemž jedním z nejvýznamnějších faktorů, s nímž se zdravotníci potýkají, je nedostatek lidských zdrojů a/nebo materiálního zabezpečení, které ovlivňuje kvalitu poskytované péče a vede k frustraci pečujících. Na zdravotnický personál je kladen důraz ve smyslu zvyšování kvality poskytované péče, ale při daných podmínkách je tento úkol nejen fyzicky, ale i psychicky velmi náročný, a tak často dochází ke vzniku stresu, depresím a v neposlední řadě i k projevům syndromu vyhoření v důsledku již zmíněné frustrace. (Cheshire et al., 2021) Chování osob ve zdravotnickém prostředí regulují do určité míry dokumenty upravující práva a povinnosti pacientů a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a též práva a povinnosti zdravotnického personálu a jiných odborných pracovníků, obsažených v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování viz Práva pacienta § 28, Práva a povinnosti poskytovatele § 45 (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů). Právě s ohledem na náročné podmínky při poskytování zdravotních služeb s důsledky v interpersonálních vztazích a s projevy v chování zainteresovaných osob je nezbytné správně identifikovat a analyzovat konkrétní situace a při ověření, že se jedná o nežádoucí událost je adekvátním způsobem evidovat a řešit.

Metodické pokyny k hlavním nežádoucím událostem jsou provedeny v několika vzájemně obsahově konzistentních dokumentech, které se liší svým rozsahem:

- a) **Zkrácená verze metodických pokynů** – obsahující tyto části: **definice NU; epidemiologie** – incidence a prevalence dle zahraničních zdrojů a dle informací z centrálního systému hlášení, **kontrolní list** (checklist) pro kontrolu **preventivních postupů** před vznikem NU; **kontrolní list** (checklist) pro kontrolu bezprostředních opatření po vzniku NU. Jejím účelem je poskytnutí přehledných informací pro možnost rychlého zásahu. Na pracovištích by měl být uložen jako dostupný dokument pro rychlou orientaci v zátěžové situaci. Záměrně je připraven v koncizní podobě tak, aby mohl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovně sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).
- b) **Plná verze metodických pokynů** – obsahující tyto části: **definice NU; epidemiologie** – incidence a prevalence dle zahraničních zdrojů a dle informací z centrálního systému hlášení, **popis sledovaných položek** a poznámky k jejich zadávání (vysvětlení, popis jako v taxonomii) a závěr. Plná verze metodiky je rozsáhlá a měla by být k dispozici zejména nově nastupujícím pracovníkům

¹ "Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně vydali ve vazbě na ustanovení § 47 odstavce 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách Národní ošetřovatelské postupy (dále i jako NOP). Hlavním důvodem zavádění NOP je sjednocování kvality ošetřovatelské péče a poskytnutí metodiky tvorby a aktualizace místních ošetřovatelských postupů. NOP upravují problematiku aplikace teoretických znalostí i praktických dovedností v jednotlivých specifických oblastech poskytování zdravotní péče a tematicky navazují na minimální standardy kvality a bezpečí poskytovaných služeb definované vyhláškou č. 102/2012 Sb., hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. V rámci sjednocování kvality poskytované ošetřovatelské péče je PZS povinen uvádět své lokální postupy do souladu s NOP dle aktuálního Věstníku MZ ČR nejpozději do 1 roku od jeho vydání. Všechny aktuální informace související s NOP jsou dostupné na webových stránkách MZ ČR zde: <https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/>."



v období adaptačního procesu a/nebo pracovníkům vracejícím se po delší absenci v zaměstnání (např. po dlouhodobé nemoci).

- c) **Algoritmus preventivních postupů souvisejících s konkrétní NU** – jednoduchý a přehledný nástroj pro realizaci preventivních opatření – opět by měl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovně sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).
- d) **Algoritmus bezprostředních nápravných opatření souvisejících s konkrétní NU** – jednoduchý a přehledný nástroj pro realizaci nápravných opatření po vzniku NU – opět by měl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovně sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).

NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – CHOVÁNÍ OSOB

Definice nežádoucí události – CHOVÁNÍ OSOB

Chování je soubor vnějších (pozorovatelných) projevů člověka. Sociální interakce je proces, který spočívá v působení jedince nebo skupiny na jiného jedince nebo skupinu. Tento proces může mít podobu verbální i neverbální. Jde o jakoukoli formu setkání např. mezi sestrou a pacientem, zdravotníkem a pacientem či dalšími osobami zainteresovanými v procesu poskytování zdravotních služeb. Toto působení vyvolává reakci (Fulde, Preisz, 2011). Agresivní chování se často projevuje ve formě slovních urážek, výhrůžek a zstrašujícího chování. Násilné chování zahrnuje úmyslné použití fyzické síly nebo moci (zahrnuje jak výhrůžky, tak skutečné ohrožení) proti sobě (sebevražedné) nebo jiné osobě (vražedné) nebo majetku, skupině, komunitě, které by mohlo potenciálně vést ke zranění, smrti, psychické újmě nebo deprivaci. (Adeniyi, Puzi, 2021). Bližší specifikace typů NU v souvislosti s chováním osob, viz dále.

Epidemiologie – NU CHOVÁNÍ OSOB

Problémy s chováním osob zainteresovaných v procesu péče mohou mít různé projevy a různý dopad na jednotlivce i systém. Ve zdravotnictví jsou na pracovištích v souvislosti s chováním osob častěji hlášeny NU s projevy verbálního násilí oproti fyzickému násilí, častěji dochází k aktivnímu vykonání skutku, než jenom vyhrožování a převládají méně závažné činy než ty závažnější. Je velmi pravděpodobné, že pacienti častěji násilím vyhrožují, než násilí páchají (Cheshire et al., 2021). Nejvýznamnější a nejzávažnější dopady jsou spojeny se suicidálními/sebevražednými pokusy pacientů. Incidence suicidálního jednání se v různých částech světa liší a na vývoji počtu sebepoškozujících jednání se podílí mnoho sociodemografických faktorů, kterými jsou např. rodinný stav (svobodní, rozvedení a ovdovělí), izolovanost, náboženské a ekonomické faktory, pracovní situace (nezaměstnanost), rasová příslušnost, vysoký životní standard, nedostatek sociální integrace, závažné tělesné onemocnění (Furqatovich, Sattorovich, 2022). Suicidální jednání je celosvětový zdravotní problém. Dokonaná sebevražda je druhou nejčastější příčinou úmrtí u adolescentů a mladých dospělých po celém světě. Je to také jedna z hlavních příčin předčasného úmrtí a případné celoživotní invalidity. Výskyt sebevražedného chování během dospívání je vysoký. Ve Španělsku v roce 2017 zemřelo sebevraždou celkem 3679 jedinců (Díez-Gómez et al., 2020). V metaanalýze Lim et al. (2019) bylo zjištěno, že celoživotní prevalence a roční prevalence sebevražedných pokusů u adolescentů byla 6 % a 4,5 %. Pro sebevražedné myšlenky byla celoživotní a roční prevalence 18 % a 14,2 %. Dle WHO žila v roce 2019 téměř miliarda lidí – včetně 14 % dospívajících na světě s duševní poruchou. Sebevražda byla příčinou více než 1 ze 100 úmrtí a 58 % sebevražd se stalo před dosažením věku 50 let. Duševní poruchy jsou hlavní příčinou invalidity a způsobují 1 ze 6 let života s postižením. Lidé s porušeným duševním zdravím umírají v průměru o 10 až 20 let dříve než běžná populace, většinou kvůli fyzickým chorobám, kterým lze předejít. Sexuální zneužívání v dětství a šikana jsou hlavními příčinami deprese. Sociální a ekonomické nerovnosti, mimořádné události v oblasti veřejného zdraví, válka a klimatická krize patří mezi globální strukturální hrozby pro duševní zdraví. Jen v prvním roce pandemie COVID-19 vzrostly deprese a úzkosti o více než 25 %. Ještě před pandemií COVID-19 měl jen malý zlomek lidí v nouzi přístup k účinné, dostupné a kvalitní péči o duševní zdraví. Například pro 71 % lidí s psychózou na celém světě nejsou dostupné služby duševního zdraví. Zatímco v zemích s vysokými příjmy se s



psychózou dle dostupných zdrojů léčí 70 % lidí, v zemích s nízkými příjmy má dostupnou péči o duševní zdraví pouze 12 % lidí s psychózou. V případě deprese jsou rozdíly v pokrytí službami ve všech zemích velké: dokonce i v zemích s vysokými příjmy je pouze jedné třetině lidí s depresí poskytována formální péče o duševní zdraví a odhaduje se, že minimálně adekvátní léčba deprese je poskytována ve 23 % u osob v zemích s vysokými příjmy a ve 3 % v zemích s nízkými a nižšími středními příjmy (WHO, 2022). Celosvětově míra sebevražd v období 20 let (mezi lety 2000 a 2019) klesla o 36 %, přičemž poklesy se pohybovaly od 17 % v regionu východního Středomoří, na 47 % v evropském regionu a 49 % v západním Pacifiku. Naopak v americkém regionu se počty sebevražd ve stejném časovém období zvýšily o 17 %. Ačkoli některé země zařadily prevenci sebevražd na přední místo svého programu, příliš mnoho zemí zůstává bez jakýchkoli opatření. V současné době je známo pouze 38 zemí, které mají národní strategii prevence sebevražd. Ke splnění cíle udržitelného rozvoje, tzv. SDGs (Sustainable Development Goals), kterým je snížení celosvětového počtu sebevražd o jednu třetinu do roku 2030, je zapotřebí výrazného zrychlení snižování počtu sebevražd (WHO, 2021).

V ČR bylo dle posledních dostupných dat z roku 2020 spácháno 1 224 sebevražd, což je 11,4 sebevraždy na 100 tisíc obyvatel (poslední dostupný údaj za EU v roce 2018 činil 11,1), což činilo 0,95 % všech úmrtí. Absolutně nejnižší hodnota (nejen) v tomto století byla zaznamenána v roce 2019, kdy u nás sebevraždou zemřelo 1 191 osob. Svůj život vědomě dobrovolně častěji ukončují muži než ženy, podíl mužů na sebevraždách začal výrazněji narůstat od devadesátých let dvacátého století. V roce 2020 spáchali muži 82 % všech sebevražd. Z hlediska věku připadalo ve druhém desetiletí tohoto století nejvíce dobrovolných odchodů ze života na osoby 40–44letých a 55–59letých. To je ovlivněno zejména tím, že tyto věkové kategorie patří v populaci k početně nejsilnějším. U lidí ve stáří 85–89 let bylo v průměru let 2011–2020 evidováno 29 sebevražd na 100 tisíc osob stejného věku, zatímco ve skupině 55–59 let 21 případů. Ve všech věkových kategoriích byla vyšší míra sebevraždosti mužů než žen. Např. ze 100 tisíc mužů ve věku 85–89 let jich sebevraždu spáchalo 71, kdežto žen 10. Mezi 55–59letými bylo zaznamenáno 34 sebevražd mužů na 100 tisíc takto starých mužů, kdežto u žen pouze 8. Nejčastějším způsobem provedení sebevraždy bylo v letech 2011–2020 oběšení s podílem 56 %, následovalo zastřelení (12 %), skok z výše (10 %) a otrávení (9 %). Méně často volenými mechanismy pak byly skok nebo lenutí si před pohybující se předmět, např. vlak, (6 %), sebevražda ostrým předmětem (4 %) a utopení (1 %). Oběšení bylo nejfrekventovanějším způsobem sebevraždy u obou pohlaví, avšak u mužů bylo tímto způsobem spácháno 61 % sebevražd, kdežto u žen jen 38 %. V případě mužů mělo také výrazný podíl zastřelení (14 %), přičemž ženy tento způsob zvolily pouze ve 2 %. Ženy se naopak častěji rozhodly o smrt otrávením (22 % sebevražd žen oproti 6 % sebevražd mužů) a skokem z výše (20 % vs. 8 %). Rovněž zastoupení úmyslného zabití se utopením a skokem nebo lenutím si před pohybující se předmět bylo vyšší u žen než u mužů. Oběšení jako způsob dokonané sebevraždy bylo nejpočetnější ve všech pětiletých věkových skupinách u mužů i žen, vyjma kategorie 90letých a starších žen, ve které první příčku zaujal skok z výše (ČSÚ, 2022). Dalšími častými poruchami chování osob, se kterými se setkáváme ve zdravotnickém zařízení, jsou delirantní stavy zejména u hospitalizovaných pacientů vysokého věku a setkávají se s nimi především lékaři akutních oddělení nemocnic. Delirantní stav postihuje 10 až 60 % všech hospitalizovaných pacientů a až 80 % léčených na jednotkách intenzivní péče (dále i jako JIP). Bylo identifikováno více než dvě desítky predispozičních a vyvolávajících rizikových faktorů deliria, včetně mužského pohlaví, vyššího věku (> 65 let), předchozího deliria, komorbidit (tj. demence, deprese) a závažných onemocnění. Delirantní stav je spojen s negativními výsledky pacientů a institucí včetně prodloužené doby intenzivní péče a délky pobytu v nemocnici, vyšší úmrtnosti, kognitivního poklesu nebo zhoršené kognitivní funkce, omezení motorických funkcí, pokračující potřeba péče v ústavech dlouhodobé péče a vyšší pravděpodobnost propuštění do jiných následných zařízení než domů (Schubert et al., 2018). K relativně méně závažným projevům v chování osob za hospitalizace lze řadit svévolné opuštění zdravotnického zařízení pacientem, ale závažnost

takové situace se liší s ohledem na aktuální psychický, fyzický a mentální stav pacienta. Jednotlivé příklady a případy jsou dále uvedeny podrobněji. Zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je pro všechny poskytovatele lůžkové zdravotní péče akutní i následné a dlouhodobé péče ČR povinné od 1. 1. 2018. Přehled počtu nahlášených nežádoucích událostí Chování osob za jednotlivá období zobrazuje Tab. 1 (Pokorná a kol., cit. 2022).

Tab. 1 Výskyt NU Chování osob v ČR za jednotlivá období (Pokorná a kol., 2022)

| Období | Absolutní počet NU | Počet NU na 1000 pacientů | Celkový počet hospitalizovaných pac. | Počet PZS, kteří NU sledují (z celkového počtu PZS) |
|--------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 2018 | 11 718 | 9,68 | 2 706 998 | 266 (408) |
| 2019 | 11 990 | 12,10 | 2 856 355 | 266 (430) |
| 2020 | 10 651 | 15,01 | 2 320 850 | 274 (435) |
| 2021 | 11 486 | 12,66 | 2 364 538 | 266 (429) |

Chování osob

Níže jsou uvedeny případy, při kterých dochází k negativnímu (nevhodnému až neakceptovatelnému) chování osob ve zdravotnickém prostředí, a to jak ze strany pacientů a jejich blízkých, tak i ze strany zdravotnického personálu a osob připravujících se na budoucí povolání. Vzhledem k velmi širokému spektru možností chování jak pacientů a jejich blízkých, tak i zdravotnického personálu, jsou níže uvedeny všeobecné zásady v přístupu chování pouze zdravotnického personálu k negativnímu chování ze strany pacientů a jejich blízkých, které jsou společné pro většinu níže uvedených případů. Bližší specifikace v chování jsou pak uvedeny u jednotlivých typů projevů a chování osob.

Sociálně vnímavý zdravotník je schopen již při prvním kontaktu s pacientem, popřípadě jeho rodinou či doprovodem, poznat první signály, které jej mohou upozornit na příznaky násilného chování. V první fázi je důležité snažit se zmírnit napětí a stres. Záleží na schopnostech zdravotníka komunikovat a na jeho schopnosti ovládnout své emoce. Je žádoucí a doporučené pravidelně školit zaměstnance v oblasti komunikace a přístupu k agresivním osobám (Baby et al., 2019); (Richardson et al., 2019).

Všeobecné zásady pro chování zdravotnických pracovníků (dále i jako ZP) při projevech negativního chování pacientů

Napjaté a konfliktní situace mohou vzniknout z mnoha příčin, včetně nejasností v komunikaci, nedorozumění či „hraní rolí“ osob. Včasné rozpoznání a reakce na potřeby člověka prožívajícího rozrušení bez konfliktního řešení dokáže zamezit eskalaci situace.

- Jedním z nejdůležitějších kroků je zajistit bezpečnost zdravotníka, pacienta a jeho okolí, odebrat důkladnou anamnézu, která mnohdy odhalí situace vedoucí ke konkrétnímu negativnímu jednání – osobní anamnéza (přítomnost onemocnění charakteru duševního, chronického či nevy léčitelného), abúzus (užívání návykových látek, alkohol, cigarety, jiné látky), pracovní anamnéza (ztráta zaměstnání, hrozba výpovědi), sociální anamnéza (zázemí, vztahy mezi členy rodiny);
- cílem je odhalit základní etiologii agresivního a násilného chování osoby, ošetřující lékař by si měl být rovněž vědom toho, že klinické hodnocení pacientů s násilným a agresivním chováním



je dynamický proces, proto se doporučuje pacienta pravidelně vyhodnocovat (Adeniya, Puzi, 2021);

- základem je snažit se zamezit rozvoji a vzniku negativního chování – pokud má pacient abúzus na alkohol či nějaké návykové látky, je vhodné předcházet vzniku delirantního stavu jako důsledku syndromu z odnětí (např. medikamenty), totéž u pacientů ve vysokém věku a u pacientů s duševním onemocněním dodržovat správné dávkování léků, dostatečně hydratovat, všimnout si příznaků počínajícího neklidného chování – ztráta soustředěnosti, pozornosti, ztráta v souvislosti řeči, dezorientace místem, časem, osobou, paranoidita, zvýšená ostražitost, bývá urychlené psychomotorické tempo, někdy nemocný vykonává neúčelné pohyby;
- dát jasně najevo, že agrese a násilí nejsou tolerovány – srozumitelně vysvětlit, že dané chování je nepřijatelné, eventuálně se odkázat na osoby, jako je např. službu konající lékař, ochranná stráž v nemocnici, Policie ČR;
- chovat se profesionálně, sebeovládat se;
- zaujmout otevřený a nezaujatý postoj se zachováním společenských pravidel;
- aktivně naslouchat a zachovat akceptující postoj (který ale neznamená souhlas) – lze tak získat informace, sympatie a uvolnit tak negativní atmosféru;
- argumentovat a prosazovat věcná hlediska;
- projevit empatii, budovat důvěru, nebagatelizovat potíže;
- komunikaci vést v krátkých větách, v ustáleném tónu – nezvyšovat hlas, jednat v úrovni očí, zajistit klid, nenaléhat, nedělat rychlé pohyby, nevymlouvat bludy či halucinace, nelhat, zaujmout profesionální odstup, vyhnout se emocím, vyhýbat se slovním soubojům, ignorovat urážky a podobné slovní útoky, nenechat se s sebou manipulovat, vést rozhovor a usměrňovat ho;
- podporovat ke spolupráci, motivovat;
- používat zásady asertivního jednání;
- snažit se porozumět důvodu pacientovy nespokojenosti a vyjádřit verbálně i neverbálně empatii;
- pokusit se nemocnému klidně vysvětlit své stanovisko, i když se neshoduje s pacientovými představami a přesvědčit se, že nemocný porozuměl;
- zajistit správné a včasné dávkování medikamentů ovlivňující chování pacienta;
- v průběhu hospitalizace monitorovat jakékoli změny v chování pacienta a u rizikových osob dbát zvýšené opatrnosti;
- zajistit bezpečné prostředí, ujistit se, zda nemá pacient k dispozici řezné, bodné, sečné nástroje či střelné zbraně;
- v případě nutnosti použití omezovacích prostředků, postupovat podle § 39 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů;
- akceptovat denní provoz daného oddělení;
- snažit se snížit dobu hospitalizace na nezbytně nutnou délku;
- předem pacienta informovat o všech aktivitách, které se ho budou týkat – převaz, vyšetření apod.;
- udržovat od pacienta bezpečnou vzdálenost a nechat otevřenou ústupovou cestu;
- obecně platí, cítí-li zdravotník, že je ohrožen a situaci nezvládne, měl by přivolat pomoc;
- kompletně a důsledně předávat informace o rizikovém chování pacienta při předávání služby;
- na pohotovostních ambulancích mít k dispozici v případě nebezpečí alarmní tlačítko, více jak jeden únikový východ a pacienti by neměli mít v blízkosti předměty, kterými by mohli snadno ublížit sobě i ostatním zainteresovaným osobám;
- zajistit vzdělávání ve strategii ke snížení užívání omezovacích opatření a deeskalačních technikách a školicí programy na pomoc zdravotnickým pracovníkům rozvíjet své dovednosti v jednání s nespolupracujícími pacienty;



- zajistit dokumentovaný postup pro řešení konkrétních situací chování osob na daném pracovišti (např. postup ošetřování neklidného pacienta, postup při ošetřování pacienta s Alzheimerovou chorobou apod.) vždy dostupné (elektronicky, tištěný dokument) (Kourkouta, Papathanasiou, 2014);
- využívat psychometrická vyšetření (škály), např. HAM-D, MADRS, PANSS, BPRS, SANS, MMSE apod.

K prevenci hrozeb spojených s agresivním chováním pacientů a k následnému modelování řešení lze využít tzv. **Haddonovu matici**, která mapuje tři různé fáze události (před událostí, událost a po události) a ovlivňující faktory (např. hostitel, fyzikální prostředí agenta/vozidla, faktory sociálního prostředí) (Richardson et al., 2019).

Nebo lze stav pacienta a riziko NU v oblasti chování osob posuzovat i dle doporučení v Tab. 2 **Hodnotící mentální stav pacienta** (Harwood, 2017).

Tab. 2 Hodnotící mentální stav pacienta (Harwood, 2017)

| Doména | Posouzení |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vzhled a chování | popište, co vidíte objektivně a nezaujatě, bdělost, ostražitost, pozornost nebo rozptýlení, motorická aktivita, mimovolní pohyby, volání, nálada, emoce, reakce na interakci a péči, známky reakce na bludy nebo halucinace |
| Komunikace | zhodnoťte a zaznamenávejte porozumění a vyjadřování, obsah řeči, smyslové poruchy (jako při neurologickém vyšetření) |
| Nálada a emoce | ptejte se na náladu, zhodnoťte nadšení, radost, beznaděj, pocit viny, sebepoškozování nebo sebevražedné myšlenky, biologické rysy deprese, včetně spánku a chuti k jídlu, emoce (např. úzkost, strach, hněv) |
| Vnímání | halucinace (vjemy, které nelze vysvětlit smyslovou stimulací) - vize, hlasy, jiné smyslové modalities |
| Myšlenky | bludy (silně zakořeněná falešná přesvědčení, která nejsou kulturně nebo nábožensky vhodná, často paranoidní, zahrnující hrozbu újmy, ale mohou být i grandiózní nebo nihilistické ("náladově kongruentní")). Ptejte se na starosti nebo na to, zda se k osobě ostatní chovají dobře. |
| Poznávání | orientace, paměť, pozornost (dny v týdnu, měsíce nebo rok zpětně), uvažování a logické myšlení; použijte krátký screening, jako je zkrácený mentální test (MMSE-2), a delirium. screening, jako je 4AT nebo metoda hodnocení zmatenosti – CAM (Khor et al., 2019) |
| Vhled (náhled na situaci) | Do jaké míry si pacient uvědomuje, že má problém? |
| Riziko | sebepoškození nebo poškození jiných osob, sebevraždy, útěku, zanedbání péče o sebe sama, vykořisťování |
| Duševní způsobilost (stav) | Schopnost pacienta učinit konkrétní rozhodnutí, například o tom, zda zůstat v nemocnici nebo podstoupit vyšetření nebo léčbu |

Při prevenci NU Chování osob je doporučeno postupovat dle algoritmu preventivních opatření – NU Chování osob.



Mnemotechnická pomůcka pro identifikaci příčiny abnormálního/neklidného chování u pacientů:

MOVE STUPID = volně přeloženo jako „pohni – posuň hloupostí“

- **Metabolic** – Metabolické příčiny: selhání ledvin/jater, abnormality elektrolytů, abnormální hladina glukózy;
- **Oxygen** – Kyslík: hypoxémie;
- **Vascular** – Cévní: mrtvice, subdurální krvácení, vaskulitida;
- **Endocrine** – Endokrinní: abnormální hodnoty hormonů štítné žlázy, abnormální kortizol;
- **Seizures** – Záchvaty: stav po iktu;
- **Trauma** – Trauma: otřes mozku, subdurální nebo subarachnoidální krvácení;
- **Uraemia** – Renální: selhání ledvin;
- **Psychiatric** – Psychiatrické příčiny: primární psychiatrická porucha;
- **Infections** – Infekce: plicní, močové, celulitida, zánět mozkových blan, zánět vedlejších nosních dutin, zánět žlučníku, zánětlivé onemocnění kostí;
- **Drugs** – Drogy (léky): odejmutí alkoholu, neuznávání psychiatrické léčby apod.

Nespolupracující pacient

Pacienti mohou nespolupracovat z mnoha důvodů. Nejčastěji se však lze setkat s chováním, které je ovlivněno diagnózou nemocného. Bývají to zejména pacienti s psychiatrickou a neurologickou diagnózou typu Alzheimerova choroba, nádory mozku apod. Často se také setkáváme s nespoluprací (nonadherence) u pacientů v deliriózním stavu, které může vyústit až v agresivní chování (verbální i brachiální autoagrese či heteroagrese).

Zásady jednání s agresivním pacientem

- stát v bezpečné vzdálenosti od pacienta (možno měnit dle míry agrese), popřípadě v blízkosti únikových dveří;
- neotáčet se k pacientovi zády;
- zachovat klid, nedělat žádné pohyby bez předchozího upozornění a nedělat prudké pohyby;
- nenechat se vtáhnout do situace a neskákat pacientovi do řeči;
- snažit se docílit stálého očního kontaktu – vyhnout se zastrašujícím pohledům a vyhnout se přímému očnímu kontaktu s pacientem
- své záměry oznamovat jasně, jistě a s předstihem;
- snažit se pacienta zapojit do rozhovoru a přesvědčit ho o spolupráci, ale nepřemlouvat, v některých případech je užitečné zapojit do rozhovoru kolegu muže/ kolegyni ženu, ev. užít civilní oblečení zdravotníka;
- komunikovat upřímně a opravdově, nepoužívat žargon (slang);
- nezaujímat autoritativní postoj;
- neverbální projev sladit s verbálním projevem;
- nezpochybňovat pacientovy bludy a nedotýkat se pacienta, nenavazovat fyzický kontakt;
- přesvědčit pacienta o vlivu jeho chování na ostatní – v případě křiku utvrdíme pacienta o jeho síle chování a tím nebude mít potřebu jej zesilovat;
- snažit se pacienta neomezovat – vystupovat v roli pomáhajícího, využít [model safe wards](#) (model, který shrnuje faktory, které ovlivňují míru konfliktů na odděleních);
- v případě viditelného ustoupení agrese, zanechat působení na pacienta, které by mohlo povzbudit novou vlnu agrese;
- hovořit jen o podstatě problému, naznačit první krok řešení;
- stanovit jasné hranice týkající se chování;
- v případě potřeby přizvat odborníka (The National Department of Health, South Africa, 2020; Adeniyi, Puzi, 2021).



Nepřátelské/hrubé chování

V případě nepřátelského/hrubého chování zaujímat postoj uvedený ve všeobecných zásadách přístupu zdravotnického personálu a u agresivních pacientů. V akutní fázi nelze většinou zjistit příčinu a důvod chování, ale následně by tyto aktivity měly být realizovány za účelem prevence opakování situace.

Rizikové, nebezpečné, zanedbání

Nejčastěji se setkáváme s nedodržováním léčebných postupů – odmítání užívání medikace, nedodržování klidu na lůžku, nedodržování diety atd. Tento přístup ze strany pacienta může být podnícen mnoha důvody – rezignace zdravotního stavu, laxní, nezodpovědný přístup, delirantní stavy apod.

- Nutné je vysvětlit princip léčby a možné nežádoucí dopady na zdravotní stav;
- doporučená je edukace u každé aktivity vykonávané u pacienta s vysvětlením účelu daného úkonu (Johnson, 2004);
- v situacích odmítání spolupráce je nezbytné řešit každý případ individuálně, jedná se o situace s významným etickým rozměrem – pacient má právo se rozhodnout neléčit se apod.

Toxikomanie

- Nutné zjistit, zda pacient nemá u sebe k dispozici narkotické látky a potřeby k jejich aplikaci a zajistit je;
- v případě abúzu je nutné zajistit prevenci abstinenčních příznaků;
- zvýšenou pozornost věnovat zabezpečení lékárny na oddělení – zamčená, klíče neodkládat na volně přístupná místa;
- zvýšené opatrnosti dbát při manipulaci s opioidy;
- zamezit přístupu k pomůckám pro možnou aplikaci narkotických látek;
- pozor na vymáhání opioidních látek pacientem (Manceaux, 2013);
- nutná spolupráce s odborníky – konzilium adiktologa, psychologa, psychiatra dle možností.

Obtěžování

- V situacích spojených s obtěžováním je primárně nezbytné důrazně vyřknout nelibost pacientova chování (nevolit vulgarismy) – popřípadě vysvětlit důvod, pokud bylo v minulosti obdobné chování tolerováno, je obtížné situaci řešit následně odlišným způsobem;
- nezůstávat o samotě v místnosti s pacientem;
- v přítomnosti pacienta se nestavět do pozice, kdy by mohl mít pocit nadřazenosti;
- snažit se zachovat si pacientův respekt;
- zdržovat se projevů sympatie;
- vyhýbat se fyzickému kontaktu;
- nereagovat na slovní připomínky;
- nahlásit sloužícímu lékaři a dle potřeby dalším osobám (Wu et al., 2015).

Diskriminace/předsudky

- Nesoudit pacienta v rámci rozdílné rasy, kultury, náboženství, politického přesvědčení, společenské skupiny, věku, pohlaví;
- respektovat pacientovo postavení, oslovovat pacienta jeho jménem, nedegradovat jeho osobnost používáním familiárních oslovení typu „babi, dědo....“;
- neoprávněně nezobecňovat nějakou dílčí zkušenost;
- vyhnout se předčasným, unáhleným a nepodloženým úsudkům, nestigmatizovat;
- nezaujímat rychle nežádoucí postoj – vhodné posoudit a zvážit fakta;
- nepřebírat mínění jiných, neusuzovat dle prvního dojmu;



- v žádném případě se neprojevoval rasistickým způsobem – nevhodné oslovení, vulgární projevy;
- přístup k pacientovi a kvalitu péče zajišťovat všem pacientům na stejné úrovni (Steinberg et al., 2016).

Nepovolený odchod

- V případě, kdy pacient oznámí, že chce odejít i přes zákaz, je nutné vysvětlit důvody, proč odchod není vhodný (uvádět fakta – logické argumenty, zdůraznit rizika), upozornit na postup, který bude v případě nepovoleného odchodu následovat (viz dále);
- v případě nepovoleného odchodu informovat ošetřujícího lékaře a Policii České republiky, která zajišťuje transport pacientů zpět do zdravotnického zařízení;
- pokud není pacient dohledán, informovat o skutečnosti jeho blízké osoby dle kontaktů uvedených ve zdravotnické dokumentaci (Mach, 2010);
- informaci o nepovoleném odchodu zaznamenat s přesnými časy zjištění příchodu pacienta (dle možnosti) a času zjištění odchodu pacienta, či jeho samostatného návratu anebo transportu do zařízení;
- nepovolený odchod musí být zaznamenán i v případě, že se pacient vrátí sám – prevence opakování, minimalizace rizika;
- u dobrovolné hospitalizace pacienta na psychiatrickém oddělení je považováno nevrácení se z vycházky za svévolné opuštění, ale je posuzováno jako nestandardní ukončení hospitalizace pacienta (o konečném vyhodnocení závažnosti nepovoleného odchodu rozhoduje vždy lékař).
- v poslední době je i na psychiatrických odděleních doporučováno používání "otevřených dveří" (Open Doors, tzn. že oddělení se nezamykají). Psychiatrická oddělení lze provozovat i s politikou otevřených dveří, aniž by docházelo k nepřiměřeným rizikům. Rozsah, v jakém je možné této strategie dosáhnout, závisí na personálním obsazení a charakteristikách pacientů (Schreiber et al., 2022). Výsledky studie Cibis et al. (2016) dokladují, že s otevřenými dveřmi bylo zaznamenáno výrazně méně agresivních útoků a násilných zákroků, zatímco počet úteků se nezvýšil.

V případě vzniku NU Chování osob je doporučeno postupovat dle algoritmu nápravných opatření dané NU.

Sebepoškození, sebevražda

- Nutné zjistit v anamnéze dřívější suicidální hrozby či pokusy i v blízkém okolí;
- v případě, že již došlo k pokusu o sebevraždu, je nutné posoudit riziko dalšího možného suicidálního chování na základě předchozího pokusu, a to, zda se jednalo o plánovaný nebo náhlý čin, způsob provedení, zda byla možnost dostupné pomoci, byl napsán dopis na rozloučenou, zda si pacient nadále přeje zemřít, lituje selhaného pokusu apod. (Fredriksen et al., 2017; Yates et al., 2019);
- zachovat vůči pacientovi respekt, trpělivost a jistou míru zdrženlivosti – nevytvářet nátlak, který mívá opačný dopad;
- je důležité se emočně angažovat – tito pacienti potřebují lidskou účast a soustředěnou pozornost;
- podporovat pacienta v komunikaci o jeho starostech a pocitech, být trpělivý a projevit účast s pacientovým utrpením;
- nebagatelizovat problémy nebo suicidální úvahy;
- vyvarovat se nadměrnému vyvolávání pocitu viny;
- při komunikaci dbát na tempo pacienta (řeč pomalá a s častými pomlkami), nedávat najevo netrpělivost, nenabízet slova – ponechat prostor pro vyjádření vlastními slovy;



- empatické individuální pohovory opakovat dle potřeb pacienta, pohovory by měly směřovat ke zjištění plánu do budoucna (co bude pacient dělat v příštích minutách, hodinách, dnech) a analýze signálů blížícího se suicidia;
- umožňuje-li to zdravotní stav pacienta, zapojovat jej do nejrůznějších aktivit;
- zajistit 15minutové kontroly – měly by být využívány s opatrností u pacientů v akutním riziku suicidia, ale neznamená to úplné odmítání daných kontrol – doporučována je zvýšená obezřetnost i při jejich realizaci, protože k realizaci sebevražedných úkonů (ke spáchání sebevraždy) může dojít i v mezidobí tohoto intervalu. Ve studii zahrnující 76 pacientů, kteří se pokusili o sebevraždu za hospitalizace či bezprostředně po propuštění, celkem 78 % z nich, popíralo sebevražedné úmysly při poslední kontrole i na dotaz a přitom 51 % z nich bylo kontrolováno v 15minutovém intervalu anebo byli sledováni/monitorováni v poměru 1:1 (pacient : sestra);
- ve spolupráci s každým pacientem, a pokud je to možné, i s příbuznými nebo důvěrníkem, by měl být vypracován individuální plán snižování rizika sebevraždy (Berrouiguet et al., 2018; Luxton et al., 2013);
- odstranit z pacientova okolí veškeré předměty, které by mohly sloužit jako nástroj k suicidálnímu jednání;
- zajistit co nejvíce bezpečné prostředí, které je potřeba definovat ve vnitřním předpisu / risk managementu daného ZZ;
- důležité je, že rozhodnutí by měla být výsledkem diskuse interdisciplinárního týmu na základě vztahového přístupu k zapojení pacienta (Hofstra et al., 2020);
- velký význam má také dobrá příprava multidisciplinárního týmu, aby se předešlo nevhodným reakcím vedoucím k dysregulované reakci systému, jako je banalizace některých situací, distres opakovaně sebevražedných pacientů nebo přenos negativního afektu (Le Moal et al., 2018).

V případě vzniku NU Chování osob – suicidium je doporučeno postupovat dle algoritmu nápravných opatření (NICE, 2020; WHO, 2018).

Doporučené preventivní postupy

- Zpřísnit posuzování a sledování rizik možného dalšího suicidálního jednání;
- zlepšit sledování příznaků chování pacienta, viz MOVE STUPID;
- zlepšit komunikaci mezi zaměstnanci ohledně příznaků nasvědčujících o suicidálním jednání;
- vybudovat důvěru mezi zdravotnickým personálem a pacientem;
- snažit se shromáždit co nejvíce informací od pacienta;
- nespoléhat se pouze na informace od pacienta, i v případě, že neudává sebevražedné myšlenky;
- příliš nespoléhat na 15minutové kontroly;
- vyhnout se předčasnému propuštění pacientů;
- zajistit průběžný a pozvolný přechod na ambulantní, komunitní péči;
- realizovat analýzu rizik pomocí metody The Healthcare Failure Mode and Effect Analyses – FMEA (The Healthcare Failure mode and efect analyses = analýza možných rizik a jejich důsledků ve zdravotnictví) (Öhrn, 2018; Reid, 2010; Leo, Svetcic, 2010).

Známky akutního rizika sebevraždy pacienta

- Mluví o sebevraždě nebo na ní má myšlenky (nemusí je verbalizovat);
- hledá prostředky, jak se zabít;
- nemá důvod k žití, cítí beznaděj, hněv, uzavírá se do sebe;
- je úzkostný, neklidný, bezohledný, náladový a trpí nespavostí;
- nadměrné užívání návykových látek;



- rizikové faktory:
 - pokus o sebevraždu v minulosti;
 - spouštěcí události, které vedou k ponížení, pocitu studu, poruchy sebehodnocení;
 - přístup ke zbrani (zejména střelné) a k potenciálně nebezpečným předmětům;
 - nevyhovující nebo žádné rodinné zázemí;
 - prožívání nepříznivé životní situace;
 - nevléčitelné onemocnění;
 - zbavování se osobních věcí a žádný plán do budoucna.

Níže budou popsány způsoby a doporučení, jak reagovat v případech slovní agrese pacienta vůči zdravotnickému personálu, fyzického napadení personálu pacientem, sexuálního obtěžování apod.

Slovní napadení (verbální agrese)

- Na nadávky, ponižování a vulgární slova nereagovat stejným způsobem (neoplácet stejnou mincí – agrese plodí agrese);
- snažit se rozhovor usměrňovat, využít metodu safe wards;
- upozornit na respektování ostatních pacientů;
- v případě nutnosti i opustit pokoj a v rozhovoru dále nepokračovat s upozorněním, že odcházíme.

Fyzické napadení (brachiální agrese)

- S pacientem, který má k jednání s projevy fyzické agrese zjevné sklony, nezůstávat v místnosti o samotě;
- nevyvolávat v pacientovi pocit nadřazenosti;
- zajistit a využít početní převahu personálu;
- vyhnout se fyzickému kontaktu;
- z okolí pacienta odstranit nebezpečné předměty;
- zajistit bezpečnost ostatních pacientů (izolace);
- nesnažit se vyhrát předem prohraný boj;
- myslet na vlastní bezpečí.

Sexuální napadení (sexuální agrese)

- S pacientem, který má k jednání s projevy sexuální agrese zjevné sklony, nezůstávat v místnosti o samotě;
- nevyvolávat v pacientovi pocit nadřazenosti;
- zajistit početní převahu personálu;
- vyhnout se fyzickému kontaktu;
- minimalizovat vyzývavé oblečení (velké výstřihy, krátké šaty apod.), vyzývavý make-up;
- neprojevoval sympatie, nevytvářet si osobní vztah;
- neumožňovat pacientovi výhodné pozice, kdy se nelze bránit;
- nutné nahlásit dalším osobám (sloužící lékář, Policie ČR).

Poškození věci

- Řádně edukovat pacienta o používání zdravotnických pomůcek, prostředků a také prostředků k běžnému užívání (např. elektrického polohování u lůžka, otevírání oken apod.);
- odstranit veškeré předměty z blízkého okolí pacienta (v případě zjevné agrese);
- zajistit pevné spojení věcí se zemí, zdí apod. (pokud je to možné);
- při záměrném poškození majetku zdravotnického zařízení řádně dokumentovat nežádoucí událost s datem, časem ev. svědky události;
- řádně zajistit věci, které jsou nezbytně nutné k fungování a chodu oddělení (monitory, dávkovače, EKG apod.).



Hrozba usmrcením

- Učinit kroky k zajištění vlastní bezpečí a bezpečí ostatních pacientů;
- v případě možnosti bezprostředně opustit místnost, pokoj;
- dle aktuální situace ihned přivolat pomoc;
- důrazně projevit svou autoritu;
- v případě potřeby se úměrně fyzicky bránit;
- nutné nahlásit dalším osobám (sloužící lékař, Policie ČR).

Nepovolený vstup

- Řádně označit dveře vývěskami s nepovoleným vstupem (např. vstup pouze pro zaměstnance atp.);
- v případě vstupu nepovolené osoby (pacient, návštěva), oznámit zakázaný vstup a požádat o odchod z místnosti;
- v případě, kdy se jedná o místnost, kde je zákaz vstupu neoprávněných osob vysoce nežádoucí, je nutné tuto místnost zabezpečit zamčením.

Krádež, finanční škoda

- Nutné edukovat pacienty o vlastní zodpovědnosti za osobní věci (vč. finančního obnosu);
- v případě, že má pacient u sebe vysoký finanční obnos, poučit jej o rizicích a nevhodnosti mít danou sumu v nemocnici a doporučit uložení do úschovy dle vnitřních předpisů daného zařízení;
- v případě odcizení cizí věci, provést analýzu události, vyvodit závěry a informovat nadřízeného ev. management nemocnice;
- neosočovat určitou osobu bez podložených důkazů;
- dle potřeby má právo pacient oznámit skutečnost Policii ČR.

Únos

- V případě propuštění nezletilého hospitalizovaného pacienta, je nutné předat pacienta zákonnému zástupci dle přijímací dokumentace;
- pokud návštěva požádá o procházku v areálu nemocnice, je nutné slovně ověřit totožnost, s kým nezletilý pacient opouští oddělení;
- v případě zjištění únosu (nezletilého i zletilého pacienta) je nutné oznámit tuto skutečnost Policii ČR a učinit potřebné kroky (National Center for Missing & Exploited children, 2014).

Násilné chování ze strany zdravotnických pracovníků

Vystupňované emoce negativního rázu u zdravotníků, jsou spojeny se stresem, který jejich pracovní výkon provází a snižují tak schopnost ovládnout se a zachovat profesionální chování.

Zdravotník má ve stresové situaci:

- sníženou sebekontrolu;
- nedokáže vhodně komunikovat;
- není schopen se s danou situací vhodně vypořádat;
- nevhodným chováním často provokují potenciálního násilníka.

Faktory, které se na negativním chování ZP podílejí jsou:

- stres v zaměstnání;
- nedostatek odpočinku a spánku;
- nedostatek času;
- osobnostní rysy zdravotníka;
- opakovaném kárání za provedené chyby při práci;



- pocit zaměstnance, že se s ním jedná nespravedlivě;
- nemoc, finanční problémy, špatné sociální zázemí;
- neúspěch nebo nedobré interpersonální vztahy na pracovišti.

Někdy se setkáváme s projevy verbálního násilí ze strany zdravotníků, kteří se chovají „neprofesionálně“, arogantně a hrubě. Zdravotníci pacientům nevybíravě sdělují příčinu jejich zdravotního stavu (např. jste tlustá, musíte na operaci) a obviňují pacienty, že si za svoji nemoc mohou sami. Neprofesionální chování zdravotníků mnohdy způsobí, že zdravotník útočnicka vyprovokuje a ten náhle zaútočí.

V rámci prevence násilného chování na pracovišti je důležité již při výběru nových zaměstnanců eliminovat adepty s možnými prvky násilného chování. Zdravotník by měl být schopen zvládat náročné stresové situace, mít schopnost sebeovládání, měl by mít dobré komunikační schopnosti. Ze strany vedení je potřebná ochota řešit včas problémy na pracovišti, nezlehčovat problémy zaměstnanců a sledovat průběžně pracovní klima na pracovišti. Zaměstnavatel by měl mít připraveno vhodné preventivní opatření, postupy a plány, jak omezit riziko násilného chování a jak postupovat po případném incidentu. Pro identifikaci nebezpečných událostí je důležité tzv. hodnocení rizik – provádět analýzu faktorů, které mohou vést k násilí a zhodnotit, zda jsou preventivní opatření dostatečná. Hodnocení rizika zahrnuje identifikaci nebezpečí, vyhodnocení rizik a opatření na předcházení možných rizik (Pekara, 2016).

Používání omezovacích prostředků

Každé použití jakéhokoliv omezovacího prostředku je dle zákona č. 372/2011, Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (ve znění pozdějších předpisů) zcela specifickým opatřením a u jednotlivých klientů je vždy určeno k zabránění sebepoškození, ohrožení ostatních pacientů či personálu nebo k zabránění v poškození majetku.

K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít:

- úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem;
- omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty;
- umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu;
- ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta;
- psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta;
- kombinace prostředků uvedených výše.

Omezovací prostředky lze použít:

- pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob;
- pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití;
- poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu, přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.

Poskytovatel je povinen zajistit, aby:

- pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku;



- zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta byl o použití omezovacích prostředků bez zbytečného odkladu informován; sdělení zákonnému zástupci pacienta se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce nebo opatrovník;
- pacient po dobu použití omezovacího prostředku byl pod dohledem zdravotnických pracovníků, dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta;
- použití omezovacího prostředku indikoval vždy lékař; ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen; lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení;
- každé použití omezovacího prostředku, včetně důvodu jeho použití, bylo zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Poskytovatel je povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití.

Násilí ve zdravotnickém zařízení lze eliminovat implementací následujících kroků (Cheshire et al., 2021):

- Pomáhat pacientům a rodinám (prostřednictvím vzdělávání/nápisů) pochopit, že slovní i fyzické napadení není tolerováno.
- Instalovat videomonitoring se záznamem zvuku, aby bylo možné přesně identifikovat fyzické i násilné jednání.
- Výuka deeskalčních dovedností s cílem snížit pravděpodobnost, že méně závažné násilí přeroste v závažnější.
- Zaměřit se na nulovou toleranci verbálního i fyzického násilí.
- Poučení personálu o všech třech dimenzích (verbální vs. fyzické; aktivní vs. výhrůžky; závažné vs. méně závažné) násilí, aby se normalizovala identifikace a hlášení všech incidentů.

NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI²

Při hlášení nežádoucí události na lokální úrovni, je důležité zadat dostupné stručné a strukturované informace o stavu před vznikem NU a dále o realizovaných opatřeních po vzniku NU. Pouze informace, které jsou na lokální úrovni zaznamenávané strukturované, umožní následnou analýzu a předávání dat na úroveň centrální/národní. Výčet doporučených parametrů je formulován jako součást datového standardu pro sběr informací. Jedná se o maximalistickou verzi, která může být modifikována dle potřeb konkrétního poskytovatele zdravotních služeb.

Při hlášení NU Chování osob je důležité zadat dostupné stručné a strukturované informace o zaznamenaných nežádoucích událostech v procesu či problému při nespolupráci, nepřátelském chování, obtěžování, jakémkoli napadení, krádeži apod. a to jak ze strany pacientů, tak i zdravotnického personálu či blízkých osob pacienta.

² Přesné vymezení jednotlivých pojmů je uvedeno v Taxonomickém slovníku, zde je uveden výčet a zdůvodnění sledovaných položek.



Základní informace

Při zadávání NU je nutné zadat datum nahlášené události a typ nežádoucí události. Tyto informace slouží ke zpětnému vyhledání nahlášené NU – důležitá zpětná vazba pro hlásícího a manažera kvality.

Nová nežádoucí událost – Chování osob

Tab. 3 Nová nežádoucí událost – Chování osob – Vedlejší osa 1

| Druh nežádoucí události – vedlejší osa 1 - proces nežádoucích událostí – Chování osob | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vedlejší osa 1 | |
| Nezvoleno | Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno. |
| Nespolupracující | Záměrné nerespektování pokynů zdravotnického/ošetřujícího personálu. Např. pacient má nařízen klid na lůžku, který nedodrжуje, kouření v nevyhrazených prostorech aj. Lze zařadit také pacienta, který se jednání dopouští nezáměrně, např. pacient v delirantním stavu. |
| Nepřátelské/hrubé chování | Nevhodné, vulgární vyjadřování. Např. u pacienta u ranní hygieny, verbální agrese (autoagrese i heteroagrese). |
| Rizikové, nebezpečné, zanedbání | Nedodržování léčebných postupů, odmítání užívání medikace. |
| Alkoholismus, Toxikomanie | Situace spojené s užitím či snahou si opatřit alkohol nebo návykové látky. Např. pacient, který během hospitalizace užije alkohol/návykové látky/drogy; pacient chce získat návykové látky na oddělení nebo je získat od návštěv aj. |
| Obtěžování | Situace spojené s obtěžováním – chováním, které není přijatelné pro druhé osoby. Např. pacient i přes upozornění zasahuje do osobní zóny, a toto chování je vnímáno jako nevíтанé, nevhodné nebo urážlivé ze strany ošetřujícího personálu. |
| Diskriminace/předsudky | Situace spojené s vnímáním druhé osoby a jejích odlišností. Např. konflikt s pacientem, vzhledem k jeho náboženským rituálům, barvě pleti, sociálnímu statutu, ageismus, stigmatizace aj. |
| Nepovolený odchod | Nepovolený odchod osob z oddělení bez nahlášení ošetřujícímu/zdravotnickému personálu. Např. odchod pacienta před finálním ošetřením, opuštění ošetrovací jednotky bez svolení personálu, svévolné opuštění ošetrovací jednotky (závažnost NU viz dále, stanovena vždy s ohledem na možný dopad chování na klinický stav pacienta). |
| Sebepoškození, sebevražda | Situace spojená s následkem na zdraví (fyzickém, duševním) či s následkem smrti. Např. použití ostrého či tupého předmětu ke zranění, odcizení léku z lékárny a předávkování se; vědomé vyjmutí periferního žilního katetru, vytržení hrudního drénu, chování jedince (brachiální agrese), které vedlo k následkům smrti aj. |
| Slovní napadení | Situace spojená se slovním útokem. Např. urážka na cti, slovní formou (může být i formou písemnou). |
| Fyzické napadení | Situace spojená s brachiálním útokem. Např. jako záměrné použití nebo hrozba použití fyzické síly pacienta proti ošetrovatelskému/zdravotnickému personálu (ale i v případě ošetrovatelského/zdravotnického personálu proti pacientovi). |
| Sexuální napadení | Situace spojená se sexuálním obtěžováním různého stupně, neobvyklým, deviantním nebo bizarním chováním. Např. násilí ze strany pacienta spočívající ve vynucení si pohlavního styku či jiné sexuální aktivity proti vůli zneužitě osoby. |

| | |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Poškození věci | Situace v souvislosti s poškozením materiálního zabezpečení. Např. pacient zničí, poškodí nebo učiní neupotřebitelnou cizí věc, a způsobí tak na cizím majetku PZS nebo spolupacienta škodu (např. prokazatelné zničení ovladače na lůžku, rozbítí okna, poškození vlastnictví jiného pacienta aj.). |
| Hrozba usmrcením | Situace spojené s vyhrožováním. Např. verbální sdělení pacienta k personálu – výhrůžky smrtí (nutno odlišit od fyzického napadení výše – nejedná se již o hrozbu, ale akci). |
| Nepovolený vstup | Přístup do prostor se zákazem vstupu nebo vstupu nepovolaným/neoprávněným osobám. |
| Krádež, finanční škoda | Obecně neoprávněné přisvojení si cizí věci či hodnoty. Např. ztráta finanční hotovosti u pacienta, jiné zainteresované osoby (návštěvy). Zahrnuje také NU, kdy vzniklo podezření na neoprávněné osvojení si cizí věci (nepotvrzení krádeže, ale hlášeno jako ztráta). Např. rodina pacienta odnesla cennosti nebo osobní věc domů a v ZZ nahlášeno jako ztráta nebo podezření na krádež pacientem. |
| Únos | Nezákonné zmocnění se osoby nebo osob zpravidla proti její vůli. Např. únos dítěte. |
| Jiný (pokud zvoleno) | Situace, které není možno zařadit do žádné z výše uvedených kategorií – nutno doplnit ve slovním popisu. |
| Neznámý | Není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek – nežádoucí události. |

Tab. 4 Nová nežádoucí událost – Chování osob / provinilec – Vedlejší osa 2

| Druh nežádoucí události – vedlejší osa 2 – Provinilec nežádoucích událostí | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vedlejší osa 2 | |
| Nezvoleno | Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno. |
| Pacient | Přímý konflikt s pacientem (pacient v roli viníka – osoby, která konflikt způsobila, eskalovala). |
| Doprovod pacienta | Konflikt s osobním asistentem pacienta, zákonným zástupcem, blízkým pacienta, jinou doprovázející osobou – ambulantní péče (v případě hospitalizace je doprovod přítomen v době přijetí, překlada a propuštění či transportu nebo hospitalizace s pacientem – pak lze také zařadit do této kategorie). |
| Návštěva | Konflikt s návštěvou pacienta (rodina, přátelé) – hospitalizace. |
| Pracovník | Konflikt s jakýmkoliv zaměstnancem PZS. |
| Student/žák | Konflikt se studentem, který je na pracovišti na odborné klinické praxi. |
| Jiná (pokud zvoleno) | Situace, které není možno zařadit do žádné z výše uvedených kategorií – nutno doplnit ve slovním popisu. Např. dobrovolník, duchovní péče – konflikt s pacientem, nevhodná agitace pro určitou církev, zneužití kontaktu s pacientem pro finanční obohacení dobrovolníka. |
| Neznámá | Není jasný provinilec, ale je znám výsledek – nežádoucí události. |

Pracoviště zjištění

Zdravotnické zařízení – pracoviště zjištění NU se rovná pracovišti, na němž byla událost identifikována. Pokud k NU na pracovišti došlo, je totožné s pracovištěm zjištění NU; pokud se liší pracoviště vzniku události od pracoviště zjištění, je třeba označit dle struktury PZS.



Pracoviště – kód pracoviště/oddělení dle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) – upraveno dle lokální struktury PZS. Pokud existují např. dvě oddělení interní, mezi kterými nelze rozlišit, popište slovně, či jinak identifikujte k následné možné analýze na lokální úrovni, dle struktury PZS.

Upřesnění pracoviště – doplňková slovní identifikace pracoviště zjištění dle lokálních zvyklostí a struktury PZS. V případě výskytu identického oddělení, lze více specifikovat (např. Interní – 7 JIP -> stanice A/B).

Místo zjištění – určení místa zjištění NU v případě, že se liší od místa vzniku události.

Datum zjištění – datum, kdy byla zjištěna NU, datum zjištění události se může lišit od data uvedeného ve slovním popisu události (incident může být zjištěn se zpožděním, proto se data mohou lišit).

Přesnost času (čas zjištění) – Čas zjištění NU, či jejího odhalení může být různě kategorizován. Níže uvádíme příklady:

Neznámý čas – Čas NU není znám

Přesný čas – uvede se přesný čas, např. 14.25 hod.

Časový interval – uvede se časový interval vzniku/zjištění NU, např. 14.00 – 14.30 hod.

Pracoviště události (vyplnit pouze, pokud se liší od pracoviště zjištění, doporučené položky pro vyplnění jsou stejné, jako u pracoviště zjištění, viz výše).

Analýza nežádoucí události

Doporučení pro hlásícího – je nutné uvést detailní popis situace a skutečností souvisejících s jejím vznikem dle lokálních předpisů a směrnic.

Popis – je vhodné napsat celý popis NU – pokusit se uvést vyčerpávající přehled dostupných informací – důležitých pro následnou analýzu NU – kdy, kde a jak k ní došlo, v případě, že NU vznikla v souvislosti s technickým zdravotnickým prostředkem – uvést jeho, název, typ a další upřesnění.

Okamžitě řešení – doporučuje se napsat, jak byla NU na pracovišti na lokální úrovni řešena.

Výsledek analýzy – je potřebné zapsat, jaké byly vyvozeny důsledky z analýzy NU.

Preventivní opatření – je vhodné promyslet a napsat, jaké bylo provedeno preventivní opatření, aby opakovaně nedocházelo k NU (je-li možno NU v budoucnu předejít či zabránit).

Závěr – doporučuje se zapsat shrnutí NU, včetně doporučení pro klinickou praxi – na lokální úrovni.

Další informace – v případě potřeby je možné doplnit další informace důležité pro analýzu situace či její vysvětlení.

Druh poškození

Tato informace identifikuje druh poškození pacienta v důsledku hlášené NU. U NU lze uvažovat o poškození psychickém, či materiálním, ale to v přesně vymezených případech (např. omezení sociálních kontaktů).

- **Žádné** – bez jakéhokoliv poškození pacienta.
- **Materiální** – poškození či ztráta majetku, ale také ušlý zisk nebo náklady na uzdravení.
- **Psychické** – vychází ze způsobu a obsahu komunikace. Pacient může být např. poškozen neprozřetelným či neuctivým výrokem sestry (psychická srororigenie), či lékařem (psychická iatrogenie), či jiné narušení psychické pohody okolnostmi nebo událostmi, které nejsou žádoucí.
- **Fyzické** – poškození mechanickou, chemickou, tepelnou a jinou energií, jehož rozsah překračuje odolnost těla. Narušení fyzické integrity od lehčího zranění po těžké ublížení na zdraví až usmrcení.
- **Neznámé** – není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek – nežádoucí události. Takové poškození, které se nedá v danou chvíli jednoznačně určit.

Úroveň poškození

- **Riziko** – událost nebo okolnosti, které by mohly vést k poškození – byly odhaleny před vznikem incidentu.



- Skorochyba – došlo k incidentu, ale nedotkl se pacienta (nedošlo k jeho poškození). Skorochyba = nedokonané pochybení (near miss), nedošlo k incidentu.
- Nepoškozuující – došlo k incidentu, který se dotkl pacienta, ale ten nebyl poškozen.
- Monitorován – došlo k NU, dotkla se pacienta a bylo nutno jej monitorovat.
- Nutný výkon – došlo k NU, která vedla k dočasnému poškození pacienta, a bylo v té souvislosti nutno provést nějaký výkon.
- Hospitalizace – došlo k NU, která vedla k dočasnému poškození pacienta a bylo v té souvislosti nutno pacienta hospitalizovat, přeložit, operovat či prodloužit jeho hospitalizaci proti původnímu plánu.
- Trvalé následky – došlo k NU, která vedla k trvalému poškození pacienta.
- Ohrožení života – došlo k NU, bylo nutno provést život zachraňující výkon.
- Smrt – došlo k NU, která vedla k úmrtí pacienta, nebo k tomu přispěla.
- Neznámé – není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek nežádoucí události. Taková úroveň poškození, kterou nelze v danou chvíli jednoznačně určit.

Diagnóza poškození – Je vhodné doplnit diagnózu, kterou lékař stanovil při zahájení terapie před vznikem NU (jedná se o původní diagnózu pacienta).

Nejvyšší výkon

Zahrnuje druhy výkonu, které se v případě nutnosti uskutečňují na základě následku NU.

- Ošetření otevřené rány – nutnost ošetření otevřené rány lékařem.
- Zobrazovací vyšetření – např. RTG – akutní provedení např. RTG, CT, MRI či UZV.
- Nasazení ATB – nasazení antibiotické terapie nově v důsledku NU v rámci nové medikace.
- Fixace zlomeniny – nutnost fixace zlomeniny na chirurgické ambulanci (u dekubitu irelevantní).
- Konzilium – nutnost zajištění akutního konzilia z jiné kliniky (např. wound manažera, chirurga aj.).
- Neplánovaná (re)operace (pokud zvoleno) – např. nutnost operace – vztahující se k NU.
- Jiný terapeutický výkon (pokud zvoleno) – např. nutnost podání léčiv – vztahující se k NU.
- Jiný diagnostický výkon (pokud zvoleno) – nutnost provést odběry biologického materiálu – stěr z dekubitu, odběry krve ke zhodnocení zánětlivých markerů apod. – vztahující se k NU.

Skóre rizika – vyhodnocení rizik u pacienta na základě standardizovaných škál.

Soběstačnost pacienta

Je hodnocena dle kapitoly 6 vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Pohybový režim (kategorie pacienta), který má pacient uveden v dokumentaci.

- Pacient na propustce – pacient využívá terapeutické vycházky/propustky na určený časový úsek v domácím prostředí.
- Pacient soběstačný – pacient soběstačný (nezávislý na péči, dítě ≥ 10 let).
- Pacient částečně soběstačný, schopen pohybu mimo lůžko – pacient částečně soběstačný, schopen pohybu mimo lůžko (spolupracující dítě od 6–10 let věku), (pacient používající kompenzační pomůcky).
- Lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko – lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko (dítě od 2 do 6 let).
- Lucidní pacient zcela imobilní – lucidní pacient zcela imobilní (dítě od 0 do 2 let).
- Pacient v bezvědomí (případně delirantní stav) – somnolence, sopor, koma, případně delirium. Pacient nesoběstačný, plně závislý na ošetřujícím personálu.



Spolupráce pacienta

Hodnocení míry spolupráce bylo dříve založeno na subjektivním úhlu pohledu posuzující osoby. Pro snadnější a objektivnější posouzení je východiskem zhodnocení úrovně vědomí. Jedná se o pomocnou kategorizaci.

Hodnoceno dle Glasgow Coma Scale /GCS/ (Teasdale et al., 2014)

- Plná (GCS 15 bodů) – rozumí pokynu, vyhoví.
- Částečná (GCS 14–13 bodů) – rozumí pokynu, vyhoví selektivně.
- Minimální (GCS 12–9 bodů) – nerozumí všemu, vyhoví selektivně.
- Žádná (GCS 8–3 bodů) – porucha vědomí, nerozumí, nevyhoví.

Hodnoceno dle Barthelové testu (Pokorná, 2018)

- Vysoce závislý – 0–40 bodů
- Závislost středního stupně – 45–60 bodů
- Lehká závislost – 65–95 bodů
- Nezávislý – 100 bodů

Rozšířený Barthelové test (Extended Barthel Index – EBI) (Pokorná, 2017)

- Závažné kognitivní omezení – 0–15 bodů
- Střední kognitivní omezení – 20–65 bodů
- Žádné omezení, nebo mírné kognitivní omezení – 90–70 bodů

Psychický stav

Posouzení psychického stavu je důležité s ohledem na možnost sebepoškození, frikčních lézí a drobných traumat. Jednoduchá identifikace kategorií vychází z posouzení celkové reaktivity jedince (je vhodné, aby v případě nejistoty provedly posouzení dvě osoby). U seniorů lze využít MMSE.

- Orientovaný/klidný – pacient orientován osobou, časem, místem. Klidný, bez psychomotorického neklidu.
- Dezorientovaný/klidný – pacient dezorientován v jedné ev. více oblastech – osoba, místo, čas (zmatený = dezorientovaný). Např. u pacienta s Alzheimerovou demencí.
- Dezorientovaný/neklidný – pacient dezorientován ve více oblastech – osoba, místo a čas, s psychomotorickým neklidem (zmatený = dezorientovaný). Např. delirantní stav.
- Úzkostný – patří k neurotickým poruchám. Zahrnuje doprovodné tělesné (vegetativní) i duševní příznaky, fobie a několik forem nadměrné úzkosti a strachu, které nastupují náhle a brání vykonávání běžných denních činností.
- Apatický – apatii můžeme definovat jako kompletní nedostatek citu a motivace např. pacient, který rezignoval a odmítá nadále spolupracovat a léčit se.
- Depresivní – stav psychiky projevující se dlouhodobě pokleslou náladou pacienta.
- Agresivní – sklon k útočnému jednání, které se transformuje do různých podob.



Nutriční stav dle BMI

Hodnocení nutričního stavu odpovídá Body Mass Indexu /BMI/ (viz Tab. 4):

Tab. 4 Klasifikace hodnoty BMI (WHO, 2017)

| BMI | Klasifikace |
|--------------------------|-------------------|
| < 18,5 kg/m ² | Podváha |
| 18,5 – 24,9 | Normální váha |
| 25,0 – 29,9 | Nadváha |
| 30,0 – 34,9 | Obezita 1. stupně |
| 35,0 – 39,9 | Obezita 2. stupně |
| ≥ 40,0 | Obezita 3. stupně |

Hodnocení nutričního stavu pacienta je důležité pro analýzu příčiny jeho chování. S nežádoucím chováním osob se můžeme setkat nejen v závislosti na hydrataci pacienta, ale také v závislosti na malnutrici. V praxi se můžeme setkat s poruchami příjmu potravy, které se projevují v poruše myšlení a jednání ve vztahu k jídlu. Jedná se o mentální anorexii a mentální bulimii, které mohou výrazně ovlivnit chování pacienta.

Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu

Pro posouzení vstupního stavu pacienta je nutné posoudit také jeho celkový stav a omezující faktory. V případě výskytu jednoho nebo více postižení, uvedou se v popisu analýzy.

- Žádné – bez jakýchkoliv předchozích postižení a komplikací zdravotního stavu v anamnéze.
- Fyzické – porucha hybnosti, např. z důvodu zlomeniny, z důvodu hemiplegie u pacientů s cévním onemocněním mozku, amputace dolní končetiny aj.
- Psychické – neklid/apatie, např. u pacienta s Parkinsonovou demencí, jiným duševním onemocněním aj.
- Smyslové – řeč, např. němý pacient, dysartrie, globální afázie, sensorická nebo motorická porucha řeči aj.
- Smyslové – sluch, např. hluchoněmý pacient, s nedoslýchavostí, ale i pacient využívající kompenzační pomůcky (naslouchadlo) aj.
- Smyslové – zrak, např. pacient s úplnou slepotou, slabozrakostí, šedým zákalem, ale i pacient využívající kompenzační pomůcky (brýle, čočky) aj.

Informován o NU

- Ano – ano, o NU byl informován pacient (pokud pacient není plně při vědomí, lze v těchto případech informovat osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu).
- Ne – ne, o NU nebyl informován pacient.

Hospitalizace – jako následek NU

Upřesnění hospitalizace:

- prodloužení na stejném odd.;
- překládání na jiné odd.;
- neplánovaná rehospitalizace pro stejnou dg. na stejném odd.;
- neplánovaná rehospitalizace pro stejnou dg. na jiném odd.;
- neplánovaná rehospitalizace pro jinou dg. na stejném odd.;
- neplánovaná rehospitalizace pro jinou dg. na jiném odd.

Přijímací diagnóza – doporučuje se vybrat diagnózu z nabídky dle MKN (platná verze).

Datum výkonu – je potřebné uvést datum výkonu, pokud byl nutný.



Preventabilita

Preventabilní (Ano/Ne) – Je potřebné zvolit, zda ano či ne (tzn., zda bylo možno NU předejít za současného stavu poznání a celkového stavu pacienta).

Nejvyšší možné poškození pacienta

- Zanedbatelné – minimální poškození nevyžadující žádnou a/nebo minimální intervenci. Nevyžaduje absenci v práci – pracovní neschopnost.
- Dočasné – mírné poškození/zranění či nemoc, vyžadující minimální intervenci. Pracovní neschopnost ≤ 3 dny. Prodloužení hospitalizace o 1–3 dny.
- Hospitalizace – střední poškození vyžadující profesionální intervenci. Pracovní neschopnost 4–14 dní. Prodloužení hospitalizace o 4–15 dní. Dopad incidentu na malé množství pacientů.
- Trvalé/závažné postižení – vážné poškození vedoucí k prodloužení závislosti či invaliditě. Pracovní neschopnost > 14 dní. Prodloužení hospitalizaci > 15 dní. Nesprávná organizace péče o pacienty s dlouhodobým dopadem.
- Smrt – incident vedoucí ke smrti. Několikanásobné trvalé poškození a/nebo nezvratné postižení zdraví s následkem smrti.
- Neznámé – nelze vyhodnotit nejvyšší možné poškození pacienta.

Pravděpodobnost opakování události

- Zanedbatelná – pravděpodobně se nikdy nestane/nebude opakovat. Míra pravděpodobnosti $< 0,1$ %. Vzácné. Neočekává se výskyt po celá léta.
- Nízká – neočekává se, že se stane/bude opakovat, ale je zde možnost, že se to může stát. Míra pravděpodobnosti $> 0,1$ –1 %. Nepravděpodobné. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou ročně.
- Střední – mohlo by se stát / občas opakovat. Míra pravděpodobnosti > 1 –10 %. Možné opakování. Očekává se, že se vyskytnou nejméně měsíčně.
- Vysoká – pravděpodobně se stane/bude opakovat, ale nejedná se o přetrvávající problém/okolnosti. Míra pravděpodobnosti > 10 –50 %. Pravděpodobné. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou týdně.
- Extrémní – nepochybně se stane/bude opakovat, možná často. Míra pravděpodobnosti vyšší než 50 %. Téměř jisté. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou denně.
- Neznámá – nelze odhadnout pravděpodobnost opakování NU.

Obtížnost včasného zjištění

Zahrnuje akce nebo okolnosti, které umožní objevení/odhalení incidentu např. chyba monitoru, alarm, změna stavu pacienta, posouzení rizik.

- Minimální – událost lze předpokládat s ohledem na celkový stav individuálního pacienta, lze nastavit preventivní mechanismy (např. riziko pádu – identifikace škálou rizika – využití edukace a pomůcek k lokomoci, je možné ji identifikovat pomocí technických prostředků a mechanismů, např. alarm, informace na monitoru, zvukový signál. (možnost zjištění vyšší než 50 %).
- Nízká – událost lze předpokládat u obdobné skupiny pacientů, lze nastavit preventivní postupy pouze do určité míry, např. pacient má bariéru v příjmu informací, ale je v riziku vzniku NU (např. riziko pádu – identifikace škálou rizika – využití edukace a pomůcek k lokomoci, ale je třeba pacienta zvýšeně sledovat a jeho kognitivní funkce mohou možnost zjištění a prevence ovlivnit (možnost zjištění > 10 –50 %).
- Střední – událost nelze jednoznačně předpokládat u dané skupiny pacientů (jednotlivce), preventivní postupy nelze jednoznačně nastavit, pacient není v riziku, anebo v nízkém riziku,



není vždy možné využít technologické prostředky k identifikaci NU, např. tichý alarm, nejasné známky změny stavu pacienta – subjektivně vnímané (možnost zjištění > 1–10 %).

- **Vysoká** – vznik události lze předpokládat pouze hypoteticky, nejedná se o pacienta v riziku, netrpí komorbiditou, neabsolvoval vyšetření či terapeutický výkon ovlivňující jeho stav, často příčina vzniku NU třetí strany, nelze identifikovat pomocí přístroje (možnost zjištění 0,1–1 %).
- **Extrémní** – pravděpodobně nelze vůbec předpokládat vznik události, tedy zjistit včas, nejedná se o pacienta v riziku (možnost zjištění < 0,1 %).
- **Neznámá** – nelze určit možnost včasného zjištění.

Pojmy

Agrese – Útočné jednání, které se projevuje záměrným poškozováním nebo násilným omezováním jiné osoby nebo věci.

Obtěžování – Jednání, které je druhou fyzickou osobou oprávněně vnímáno jako nevídané, nevhodné nebo urážlivé a jehož záměr nebo důsledek vede ke snížení důstojnosti fyzické osoby nebo k vytváření nepřátelského, ponižujícího nebo zneklidňujícího prostředí.

Diskriminace – Je termín označující nějaké rozlišování. Nejčastěji se používá v negativním významu rozlišování lidí na základě příslušnosti k nějaké obecné skupině bez ohledu na schopnosti konkrétního jedince. Podle konkrétního kritéria diskriminace se hovoří o diskriminaci na základě rasy, náboženského přesvědčení, politického přesvědčení, pohlaví, věku apod.

Sebepoškozování – Je záměrné a opakované ubližování si ve snaze vypořádat se s nepříjemnými duševními stavy. Projevuje se zraňováním vlastního těla a je signálem vážného psychického problému, jenž postižený nedokáže zvládnout jiným způsobem.

Suicidální jednání – Zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému počínání

Toxikománie – Chorobné lpění na opakovaném podávání látky působící na CNS.

Režimová opatření – Systém nastavených pracovních postupů.

Rizikové faktory – Faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku problémů s negativním chováním pacientů.

Všeobecná bezpečnostní opatření – Opatření realizovaná v prostorách PZS se záměrem zvýšit bezpečnost zdravotnického personálu a snížit riziko problémů s negativním chováním pacientů.



Seznam zkratk

ATB – Antibiotika

BMI – Body Mass Index – Index tělesné hmotnosti

BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale – Stručná psychiatrická hodnotící stupnice

CAM – Confusion Assessment Method – Metody hodnocení zmatenosti

CNS – Centrální nervový systém

CT – Výpočetní tomografie (Computerised tomography)

ČSÚ – Český statistický úřad

EBI – Extended Barthel Index – Rozšířený Barthelové test

EKG – Elektrokardiograf

FMEA – Failure Mode and Effects Analysis – analýza možných vad a jejich následků (ČSN EN ISO 60 812)

GCS – Glasgow Coma Scale – Glasgovská škála hodnocení vědomí (skóre hodnocení hloubky poruchy vědomí)

HAM-D – Hamilton Depression Rating Scale – Hamiltonova stupnice hodnocení deprese

JIP – Jednotka intenzivní péče

MADRS – Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – Stupnice hodnocení deprese Montgomery-Asberg

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MMSE – Mini Mental State Exam – Krátký test kognitivních funkcí

MRI – Magnetická rezonance

NRPZS – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

NU – Nežádoucí událost

PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale – Škála pozitivních a negativních syndromů

PZS – Poskytovatel zdravotních služeb

RTG – Rentgen

SANS – Scale for the Assessment of Negative Symptoms – Stupnice pro hodnocení negativních příznaků

SDGs – Sustainable Development Goals – Cíle udržitelného rozvoje

SHNU – Systém hlášení nežádoucích událostí

UZV – Ultrazvuk

WHO – World Health Organization = Světová zdravotnická organizace – **SZO**

ZP – Zdravotnický pracovník

ZZ – Zdravotnické zařízení



Literatura

- ADENIYI, O. V., PUZI, N. Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. *South African Academy of Family Practice/Primary Care* [online]. 2021, **63**(1):1-7 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.4102/safp.v63i1.5393.
- BABY, M. et al. A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health & social care in the community* [online]. 2019, **27**(1):170-181 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.1111/hsc.12636.
- BERROUIGUET, S. et al. Suicide prevention: Towards integrative, innovative and individualized brief contact interventions. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* [online]. 2018, **47**:25-26 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.09.006.
- CIBIS, M.L. et al. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation [Comparison of Aggressive Behavior, Compulsory Medication and Absconding Behavior Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward]. *Psychiatrische Praxis* [online]. 2017, **44**(3):141-147 [cit. 2022-07-10]. ISSN 0303-4259. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/profile/Carolin-Wackerhagen/publication/305212088_Comparison_of_Aggressive_Behavior_Compulsory_Medicatio_n_and_Absconding_Behavior_Between_Open_and_Closed_door_Policy_in_an_Acute_Psychiatric_Ward/links/5ea4b3a792851c1a906f3264/Comparison-of-Aggressive-Behavior-Compulsory-Medication-and-Absconding-Behavior-Between-Open-and-Closed-door-Policy-in-an-Acute-Psychiatric-Ward.pdf.
- ČSÚ. Sebevražednost v Česku setrvale klesá. *Statistika&My, Magazín Českého statistického úřadu* [online]. 2022 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2022/02/09/sebevrazednost-v-cesku-setrvale-klesa>.
- DÍEZ-GÓMEZ, A. et al. SENTIA: An Adolescent Suicidal Behavior Assessment Scale. *Psicothema* [online]. 2020, **32**(3):382-389 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.7334/psicothema2020.27.
- FREDRIKSEN, K. J. et al. Psychotic Depression and Suicidal Behavior. *Psychiatry* [online]. 2017, **80**(1):17-29 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.1080/00332747.2016.1208002.
- FURQATOVICH, U., F., SATTOROVICH, E., Z. *Suicide – as a global problem facing humanity*. International Scientific Research Journal. 2022, vol. 3. ISSN: 2776-0979.
- HARWOOD, R.H. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* [online]. 2022, **31**(11-12):1662-1668 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.4997/JRCPE.2017.218.
- HOFSTRA, E. et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry* [online]. 2020, **63**:127-140 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011.
- CHESIRE, D. J. et al. Dimensions of hospital workplace violence: Patient violence towards the healthcare team. *Journal of clinical nursing* [online]. 2021 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.16021.
- KHOR, H.M. et al. Assessment of Delirium Using the Confusion Assessment Method in Older Adult Inpatients in Malaysia. *Geriatrics* [online]. 2019, **4**(3):52 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.3390/geriatrics4030052.
- KOURKOUTA, L., PAPATHANASIOU, I.V. Communication in nursing practice. *Materia socio-medica* [online]. 2014, **26**(1):65-7 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.5455/msm.2014.26.65-67.
- LEO, D., SVETICIC, J. Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? *Epidemiologia e psichiatria sociale* [online]. 2010, **19**(1), 8-15 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001536>.
- LIM, K. et al. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2019, **16**(22):4581 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>.
- LUXTON, D. D, et al. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis* [online]. 2013, **34**(1):32-41 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.1027/0227-5910/a000158.



- MACH, J. Lékař a právo. *Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.
- MANCEAUX, P. et al. Preventing toxicomania and addictive behaviour in adolescence. *Psychiatria Danubina* [online]. 2013, 25(2), 109-112 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/c3d3/183f9ec0b8c51aee7c5546d9477b76c17478.pdf>.
- MOAL, L.V. et al. Viewpoint: Toward Involvement of Caregivers in Suicide Prevention Strategies; Ethical Issues and Perspectives. *Frontiers in psychology* [online]. 2018, 9: 2457 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.3389/fpsyg.2018.02457.
- National Center for Missing & Exploited children. For health care professionals: Guidelines on prevention of and response to infant abductions. *Office of juvenile justice and delinquency prevention* [online]. 2014 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://www.missingkids.com/content/dam/ncmec/en_us/documents/ForHealthCareProfessionals_10thEdition.pdf.
- NICE. *Preventing suicide in community and custodial settings*. © NICE 2022. ISBN: 978-1-4731-3086-9. Dostupné také z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng105/resources/preventing-suicide-in-community-and-custodial-settings-pdf-66141539632069>.
- ÖHRN, A. et al. High Rate of Implementation of Proposed Actions for Improvement With the Healthcare Failure Mode Effect Analysis Method: Evaluation of 117 Analyses. *Journal of patient safety* [online]. 2018, 14(1):17-20. [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.1097/PTS.000000000000159.
- PEKARA, J. Prevence násilí ve zdravotnictví. Program Dejte ženám šanci. Praha: *Projekt: 595 – Stop násilí ve zdravotnictví* [online]. 2016 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/04/11-N%C3%A1sil%C3%AD-ve-zdravotnictv%C3%AD_zdravotn%C3%ADk_pacient.pdf.
- POKORNÁ, A. Barthelové test. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2018, [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>.
- POKORNÁ, A. Rozšířený Barthelové test. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2017, [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>.
- POKORNÁ, A. a kol. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.
- POKORNÁ, A. a kol. Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí [online]. Praha: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, 2022 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz>.
- REID, W.H. Preventing suicide. *Journal of Psychiatric Practice* [online]. 2010, 16(2):120-124 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.psychologyandlaw.org/columns/14%20Reid%2003-10%20pp120-124.pdf>.
- RICHARDSON, S. K. et al. Management of the aggressive emergency department patient: non-pharmacological perspectives and evidence base. *Open access emergency medicine : OAEM* [online]. 2019, 12(11):271-290 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.2147/OAEM.S192884.
- SCHREIBER, L.K. et al. Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BioMed Central Health Services Research* [online]. 2022, 22(1):941 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.1186/s12913-022-08322-6.
- SCHUBERT, M. et al. A hospital-wide evaluation of delirium prevalence and outcomes in acute care patients - a cohort study. *BioMed Central Health Services Research* [online]. 2018, [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-018-3345-x>.
- STEINBERG, E.M. et al. The "Battle" of Managing Language Barriers in Health Care. *Clinical pediatrics* [online]. 2016, 55(14), 1318-1327 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990509/>.
- TEASDALE et al. The Glasgow Coma Scale: an update after 40 years. *Nursing Times* 2014; 110(42): 12-16. ISSN 0954-7762.
- The National Department of Health, South Africa: Essential Drugs Programme. *Primary Healthcare Standard Treatment Guideline and Essential Medicine List*. 7th ed. © Copyright 2020, The National



Department of Health. ISBN: 978-1-928539-25-4. Dostupné také z: <https://www.kznhealth.gov.za/pharmacy/PHC-STG-2020.pdf>.

- WHO. Body mass index – BMI. © 2017 WHO [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
- WHO. *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-151501-6. Dostupné také z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>.
- WHO. WHO guidance to help the world reach the target of reducing suicide rate by 1/3 by 2030. © 2022 WHO [online]. 2021 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>.
- WHO. WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care. © 2022 WHO [online]. [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>.
- WU, J.C. et al. Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. *Journal of Occupational Health* [online]. 2015, 57(6), 540-547 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1539/joh.15-0111-OA>.
- YATES, K. et al. Association of Psychotic Experiences With Subsequent Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Suicide Deaths: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Population Studies. *Journal of the American Medical Association psychiatry* [online]. 2019, 76(2):180-189 [cit. 2022-07-10]. Dostupné z: doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3514.
- Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4730. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>.