

NEODKLADNÁ PSYCHIATRICKÁ INTERVENCE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

MUDr. Jiří Pokorný

Česká skupina pro akademickou pohotovostní medicínu, Praha

Není mnoho doporučení, jak mají zdravotníci postupovat v případě nutnosti medicínského zásahu u pacientů, kteří vyžadují neodkladnou psychiatrickou intervenci v přednemocniční etapě. V nedávné době se objevila některá doporučení, pod nimiž jsou podepsáni uznávaní odborníci. Přesto si autor sdělení na základě vlastních zkušeností, nabytých za roky práce lékaře zdravotnické záchranné služby a anesteziologa, dovoluje s podstatnou částí doporučeného nesouhlasit. Předkládá čtenářům postupy odlišné, k nimž se během mnoha let nelehce propracovával za neustálého učení se z vlastních chyb i z chyb kolegů. Tyto postupy jsou praxí mnohokrát ověřené a mnohokrát se již osvědčily. Cílem sdělení není rozpoutat polemiku s autory dříve publikovaných doporučení, z níž by v tomto případě stejně nemohl vyplynout jiný závěr než to, že se jednotliví experti v názorech liší. Cílem sdělení je umožnit nejen mladším, ale i již zkušenějším lékařům výběr, kterou cestou se vydají na nelehké cestě léčby psychiatrických pacientů v přednemocniční neodkladné péči, zvláště pak těch, kteří vyžadují neodkladnou psychiatrickou intervenci ke zvládnutí objektivně akutních psychiatrických stavů spojených s agresivitou.

Klíčová slova: neodkladná psychiatrická intervence, přednemocniční neodkladná péče, objektivně akutní psychiatrický pacient, agresivita, sedace, bezpečné postupy, součinnost s policií.

Převratné změny ve společnosti po roce 1989 se samozřejmě nevyhnuly ani medicíně. Výrazně se změnil nejen vztah lékařů k pacientům, ale i vztah pacientů k lékařům. Pacienti se stávají uznávanými partnery lékařů. Spolurozhodují o diagnostických a léčebných postupech, svým podpisem stvrzují nejen souhlas s navrženým zákrokem, ale i to, že byli s indikací, postupem, možnými komplikacemi a s případným alternativním řešením dostatečně seznámeni. Zákon vychází z práva jedince rozhodovat o svém zdraví a o svém životě.

Jedním z oborů, nejvíce zasažených novým pohledem na osobnostní práva pacientů, je psychiatrie, zvláště pak oblast psychiatrie akutní. Je nutné smutně konstatovat, že zřejmě nejen ve státech bývalého východního bloku byla psychiatrie a psychofarmaka zneužívána k cílům jiným než léčebným. Přestože naprostá většina zdravotnického personálu psychiatrických léčen a psychiatrických ambulancí nepatřila k těm, kteří obor zneužívali pro svoji kariéru, dopadl určitý stín nelibosti a podezření i na tyto poctivé pracovníky. Pro akutní přednemocniční psychiatrickou intervenci je důležitá skutečnost, že jestliže tak zvaná lidská práva byla za socialismu značně přehlížena, po změně režimu se objevil známý princip kyvadla: Lidská práva jsou v některých případech preferována až nekriticky a jakékoliv jejich omezení je společností vnímáno velmi citlivě. Bohužel to bývá i tam, kde je přechodné omezení těchto práv nezbytné a kde vede právě – a pouze – k ochraně společnosti, respektive umožní nenarušení základních

lidských práv jiných občanů. Nezřídka se objevují hlasy, které požadují zrušení uzavřených psychiatrických oddělení. Nejsem si jist, zdali někteří z aktivních odpůrců lůžkových psychiatrických oddělení viděli alespoň zdálky například stokilového pacienta, postiženého akutní psychózou, který v důsledku své nemoci běhá po domě s mačetou či rozbíjí sekerou sousedovy dveře. Nebo alespoň na pohled křehkou ženu, která se v náhlé atace své nemoci zprvu pokusila naštěstí neúspěšně probodnout manžela a posléze vyházela nábytek obývacího pokoje z bytu oknem 5. patra na chodník, čímž samozřejmě opakovaně ohrožovala život a zdraví nevinných a na incidentu nezáčastných chodců. Tyto případy pochopitelně nevyřeší nikdo z ombudsmanova týmu, nemohou je vyřešit sami zdravotníci, ale je nutná úzká spolupráce s Policií České republiky. Při ošetřování agresivních nemocných by se vždy v úvahách mělo na prvním místě vycházet z toho, jsou-li splněny všechny zákonné předpoklady. Pokud ano, pak můžeme – a v řadě případů musíme – pacienta ošetřit i proti jeho vůli, neměli bychom však přivodit jeho zbytečné zranění ani zranění sebe či kohokoliv ze zdravotnického týmu. Právě proto by měl zdravotnický tým v potenciálně nebezpečných situacích zasahovat vždy společně s policií. Je ideální a neztrácí se čas, je-li zdravotnický dispečink či sestra praktického lékaře, která přijímá žádosti o návštěvy, na takové odborné úrovni, aby zavolali policii již na základě tísnové výzvy. Raději mnohokrát tzv. pro jistotu, než riskovat možnou tragédií. Policisté se často do zásahu příliš nehrou a vše pečlivě

zvažují. Zřejmě málokomu se stýská po stavu, kdy tehdejší Veřejná bezpečnost mohla mlátit kohokoliv včetně studentů hlava nehlava. Dnes je však jakákoliv akce Policie ČR, při níž jsou použity některé z „donucovacích prostředků“, pod velmi přísnou kritikou společenskou a časté stížnosti vyšetřuje Inspekce ministra vnitra. Výše uvedené skutečnosti rozhodně nemíním zdůrazňovat jako nostalgické vzpomínky na dobu reálného socialismu. Jedná se pouze o objektivní konstatování současného stavu naší společnosti, který všichni zasahující lékaři musí nejen vzít na vědomí, ale s jehož důsledky se zdravotníci a příslušníci dalších tísnových složek v přednemocniční neodkladné péči často setkávají a zřejmě stále častěji setkávají budou. Bohužel nejen na místě příhody, ale též při velmi časté medializaci divácky atraktivních zásahů. Pokud jsou policisté zdravotníky o pomoc požádáni, musí být pro tuto žádost naprosto jednoznačná indikace lékaře. Agresivní pacient pochopitelně souhlas s nedobrovolnou hospitalizací nepodepíše. Nejen z těchto důvodů není velmi pečlivé vedení dokumentace jak zdravotnické, tak i dokumentace zasahujících policistů zbytečným alibizmem, ale naprostou nutností. Podrobně a čitelně vedená dokumentace je důležitá nejen pro právní ochranu všech na zásahu zúčastněných při případných následných stížnostech, ale nejednou může pomoci při diagnositice i psychiatrům, zvláště v případech, kdy se z různých důvodů budou lišit tvrzení o ději, který předcházela transportu pacienta do léčebny (de facto se jedná o anamnézu nynějšího onemocnění). Samostatnou kapitolou

je přítomnost představitelů hromadných sdělovacích prostředků na místě zásahu. Lékaři mají vždy vystupovat profesionálně, korektně a slušně, ale při vystupování v médiích doporučuji opatrnost obzvláštní. Pokud se někdo ze zdravotníků rozhodne s redaktory hovořit a vyjadřuje se k okolnostem zásahu, nechť pamatuje na starou lidovou moudrost, která říká, že „méně je často více“. Vystupování do médií rozhodně není uvedeno mezi výjimkami z dodržování lékařského tajemství! Lékař by měl být včas připraven na to, že veřejné mínění s vysokou pravděpodobností nebude na straně zdravotníků, zvláště pokud se použijí šikovně sestříhané záběry a komentáře velmi diplomaticky řečeno „laiků“.

Neodiskutovatelnou a smutnou skutečností je, že rok od roku přibývá verbálních i fyzických útoků nejen na lékaře, ale i na ostatní zdravotnický personál. Rukou svých pacientů již zemřelo několik lékařů, další po brutálním napadení unikli smrti jen o vlásek. Lehce zranění se přestávají počítat. Napadány jsou i ženy. Jen málokdo mohl zůstat klidný po zhlédnutí záběrů Hasičského záchranného sboru, na nichž je zkopán lékař zdravotnické záchranné služby (ZZS), který přijel tyto agresivní opilce ošetřit.

Jak tedy v dnešní době přistupovat k pacientům, vyžadujícím neodkladnou psychiatrickou intervenci v přednemocniční neodkladné péči? Jedná se hlavně o personál ZZS, praktické lékaře a lékaře některých odborných ambulancí. U ambulantních specialistů je nejohroženější personál ambulancí, kde jsou ošetřováni pacienti s úrazy a pacienti s alterací vědomí. Personál ambulancí psychiatrických má oproti praktickým lékařům a lékařům ZZS jednu výhodu: lékaři díky svým vědomostem a zkušenostem o něco dříve poznají, že k agresi dojde. Jak však dokazuje případ napadení velmi zkušeného psychiatra – soudního znalce v oboru psychiatrie – v případě agrese ani nejzkušenějším „profesionálům“ léčby duše jejich erudice a nadprůměrné komunikační schopnosti nemusí při hrozící či již nastalé agresi pomoci. Skutečností však zůstává, že naprostou většinu pacientů, postižených akutními psychiatrickými stavy, zvláště pak těmi, které jsou spojené s nepřiměřeným chováním či dokonce s agresivitou, ošetřují lékaři ZZS a praktičtí lékaři. I když se odhaduje, že v současné době trpí 20–25% obyvatelstva některou z psychických poruch či má psychické potíže (1), jsou „nemoci těla“ lékařům těchto odborností bližší než „nemoci duše“.

Akutní stavy v přednemocniční neodkladné péči můžeme rozdělit do dvou základních skupin: akutní stavy subjektivní a akutní stavy objektivní. U subjektivních akutních stavů pacient sám pocituje potřebu pomoci. Je však třeba si

uvědomit, že rozhodnutí požádat o psychiatrickou pomoc se mu nečiní lehce. Pacient si uvědomuje, že situaci není schopen řešit sám a že potřebuje pomoc (volání o pomoc – cry for help) (2). Zcela logicky nelze požadovat, aby praktický lékař byl schopen zvládnout všechny pacienty, kteří subjektivně pocítují potřebu neodkladné psychiatrické péče. V indikovaných případech se blízké spolupráci s psychiatry nevyhne. Přesto je řada situací, kdy by u pacienta měla být již praktickým lékařem zahájena léčba psychofarmaky. Podstatná část těchto „hodných“ pacientů se totiž k odbornému psychiatrickému vyšetření dostane až s prodlením. Kromě běžných otázek, které musí každý lékař před zahájením jakékoliv farmakoterapie pacientovi položit a které se kromě dotazů na alergii týkají možných lékových interakcí, je u psychofarmak ještě jeden zásadní rozdíl. I jejich plně indikované podání například při stresové reakci na přepadení, ztrátu či těžké zranění blízkého člověka při havárii může v těchto forenzně závažných situacích způsobit ztrátu časového schématu či dokonce amnézii. Bohužel nelze vyloučit ani situaci, kdy by u psychicky postiženého a lékařem správně zaléčeného pacienta vůbec nedošlo k amnézii či k ovlivnění vědomí, ale v případném soudním sporu by se mohla objevit snaha obhájce pachatele výpověď postiženého vzhledem k podané medikaci zpochybnit.

Velmi obávanou oblastí přednemocniční neodkladné péče jsou zásahy u objektivně akutních psychiatrických pacientů. Nemocní bývají neklidní, častá je agresivita jak vůči věcem, tak i vůči osobám, ohrožování vlastní osoby či okolí. Jaké jsou cíle, které má každý lékař, byv požádán o zásah u objektivně akutního psychiatrického pacienta? Podle pořadí důležitosti se dají shrnout do šesti bodů:

1. Přežít zásah ve zdraví. Tento cíl se při až příliš častém napadání zdravotníků někdy redukuje na „přežít“.
2. Podle svých nejlepších schopností pomoci postiženému pacientovi.
3. Postupovat tak, aby při případném forenzním projednávání tohoto zásahu nebyl napadnutelný.
4. Neztratit odborný kredit u přihlížejících.
5. Neztratit sebevědomí a víru ve vlastní schopnosti.
6. Neztratit odvahu zasáhnout v budoucnu při podobné situaci.

Přestože není mnoho doporučení, jak postupovat u objektivně akutního agresivního psychiatrického pacienta, určitá recentní doporučení byla již i v naší literatuře publikována či jsou těsně před knižním vydáním:

... „Pokud však nelze dosáhnout v reálném čase komunikace, pacient začne být agresivní

vůči sobě, vůči svému okolí, hrozí ohrožení zdraví, případně života, pak je okamžitě indikována fyzická imobilizace a farmakologická trankvilizace. K fyzické imobilizaci je třeba pěti osob. Jedna z nich má za úkol dohlížet, aby pacient neutrpěl poranění hlavy. Medikaci volíme nejčastěji ze tří přípravků: haloperidol 5–10 mg i. m., levopromazin (Tiserцин) 25–50 mg i. m., diazepam 10 mg i. m.“... (3).

„Nejtěžší stavy neklidu (vyskytující se zpravidla při schizofrenii, trvalých duševních poruchách s bludy a akutních přechodných psychotických poruchách) stěžejí umožňují intravenózní podání psychofarmak, jak se někdy doporučuje. Přes námitky proti špatnému vstřebávání ze svalu nebývá jiná než intramuskulární aplikace jako první možná. Lze se pokusit o zklidnění samotným benzdiazepinem (klonazepam 2 mg i. m., diazepam 20 mg do deltoidního svalu). Další alternativa je podání 5 mg haloperidolu do svalu. Často užívaná a razantní je kombinace obou typů farmak (např. 5 mg haloperidolu + 20 mg diazepamu i. m. nebo 5 mg haloperidolu a 2 mg klonazepamu i. m.). Zmíněné tři látky (haloperidol, diazepam, klonazepam) nejlépe vyhovují požadavku na okamžitý efekt a malá rizika komplikací (včetně provokace záchvatů, možných inkompatibilit)“ (4).

Každý, kdo alespoň jedenkrát zasahoval u agresivních pacientů v terénu, musí vědět, že se podobná doporučení sice hezky píší, ale že hlavně první z nich není v našem systému přednemocniční neodkladné péče realizovatelné. Nedovedu si představit, jak by měl postupovat tým náhodně sestavené skupiny netrénovaných a nesecvičených jedinců a jakým způsobem by měl jeden z laiků místo ochrany osoby vlastní chránit hlavu pacienta. Fyzicky zdatný agresivní pacient se může vypořádat třeba s deseti netrénovanými odvážlivci, aniž by tušil, že dva z nich mají za úkol ochranu jeho hlavy. V televizi se často objevují záběry policejních profesionálů, kteří suverénně zadržují agresivního pachatele aniž by jej poranili. Logicky uvažující divák však ví, že podobné dokonalosti není možné dosáhnout bez dlouhého, náročného tréninku a nácviku součinnosti zasahující skupiny. Právě proto doporučuji uvedený doporučený postup a podobné rady nekompromisně odmítnout jako nesmírně nebezpečné, a to pro všechny zúčastněné. Přestože je zdravotnický tým v přednemocniční etapě leckdy i velmi důrazně žádán o zákrok proti agresivnímu **pacientovi**, a to slůvko považují za velmi důležité, je nutné stejně důrazně odmítnutí. Lékaři, záchranáři, zdravotní sestry i řidiči-záchranáři jsou školeni v lecčems, ale nikoliv v sebeobraně a ve způsobech zklidnění agresivních jedinců. Pro přesnost je třeba uvést, že v posledních měsících

se objevila snaha vedení ZZS Hlavního města Prahy zajistit pro lékaře a záchranáře kurzy sebeobrany. Nedomnívám se, že by tyto kurzy problematiku agrese v přednemocniční neodkladné péči vyřešily. Kdo aktivně provozoval některý z bojových sportů, může potvrdit, že kromě soustavného tréninku fyzické kondice se získané dovednosti musí udržovat opakovaným tréninkem, jinak se brzy vytratí. Výjimkou snad mohou být bývalí závodníci, kteří mají po letitém tréninku zafixované dobře fungující reflexy. Je potřeba si uvědomit, že nejlepší obranou proti důsledkům agrese pacientů zůstává prevence (nezasahovat bez policie, případně včas utéci) a klidná verbální komunikace. Aby měly sebeobrané techniky efekt, musí po prvotním odražení útoku agresora následovat paralyzující protiútok napadeného. Ještě před případným soubojem by mělo být vše promyšleno až do důsledků. Zdravotnický tým by měl být připraven na to, že zraněný, nikoliv však paralyzovaný agresor může být ještě nebezpečnější než nezraněný. Jsou zdravotníci nejen fyzicky, ale též psychicky připraveni na to, že se potyčka může rychle zvrhnout v boj o holý život? Že možná budou muset pacienta těžce zranit, nebo že v krajním případě jej mohou i usmrtit? Mnohem horší variantou však je, že těžce zranění či dokonce usmrcení budou zdravotníci. Pokud už se vedení ZZS rozhodlo kurzy sebeobrany pořádat, podle mého názoru rozhodně o této skutečnosti nemělo hovořit do médií a potenciálním agresorům tuto skutečnost opakovaně sdělovat.

Podle výše citovaných doporučení se mají podávat léky na zklidnění intramuskulárně. S tímto doporučením nemohu zásadně souhlasit. V naprosté většině mých zásahů u neklidných či agresivních psychiatrických pacientů v přednemocniční etapě bylo možné s dobrou asistencí podat sedativum intravenózně.

Na prvním místě však musí být snaha domluvit se s pacientem bez pomoci farmak. V některých případech dokáže klidný rozhovor s pacientem divy. Zklidnění však může být jen přechodné. Pokud je zásah prováděn s asistencí policie, tato místnost nikdy neopouští. I když aktuálně nepotřebuje zasahující lékař od policistů pomoc, přesto stojí připraveni v blízkosti nemocného. Pokud jsou z nějakého důvodu aplikována psychofarmaka intramuskulárně, nastupuje zklidnění později, takže dochází k většímu zdržení všech zasahujících týmů na místě. Dávky farmak bývají větší a ztrácí se výhoda titračního podání, čímž může mnohem snadněji dojít k předávkování. Hrozí hlavně útlum dechu. Výše doporučená dávka 5 mg haloperidolu spolu s 20 mg diazepamem intramuskulárně se po 10 či 15 minutách může opravdu jevit jako razantní,

ale změřil někdo takto zaléčeným pacientům saturaci krve kyslíkem či provedl vyšetření dle Astrupa? Dávku farmak, podávaných intravenózně, je naproti tomu možné snadno titrovat. Podmínkou je zajištění spolehlivé žilní linky plastikovou kanylou. Pokud je na kanylu nasazena spojovací hadička, tzv. „dětský set“, což lze jen doporučit, je třeba počítat s tím, že vnitřní objem nejpoužívanější z nich je asi 1,8 ml. Z tohoto důvodu – a nejen z něj – je vhodné podávat v neodkladné psychiatrii farmaka naředěná, nejlépe do 20 ml stříkačky a jednotlivou podanou dávku vždy spláchnout fyziologickým či jiným vhodným roztokem. Ze širokého spektra k sedaci pacientů doporučovaných preparátů jsou podle mých zkušeností nejvhodnější již zmiňovaný levopromazin a haloperidol. Dávkování je pochopitelně individuální (také proto se tyto léky ředí!), ale u zdravých dospělých průměrné hmotnosti se celková dávka pro intravenózní podání podaná titračně pohybuje kolem 5–10 mg haloperidolu a 25–50 mg levopromazinu. Čím je lékař méně zkušený, tím pomaleji a raději častěji po menších dávkách by měl sedativum aplikovat. Trvalá kontrola stavu pacienta lékařem a sledování jeho reakce na podanou léčbu je nezbytností. Nejdůležitější je, aby pacient dostatečně dýchal a neměl hypotenzi. Vždy před podáním farmak v neodkladné psychiatrické intervenci v přednemocniční etapě by měl lékař alespoň orientačně zkontrolovat tepovou frekvenci a kvalitu periferního pulzu – krevní tlak není za této situace často možné změřit. S výhodou je možné napojit infúzi krystaloidního roztoku vždy (F 1/1, R 1/1, RL, H 1/1), případně sáhnout po roztoku koloidním (Haemaccel, Gelifundol, Haes). Pacienti bývají nezdědky dehydratováni a k hypotenzii inklinují. Benzodiazepiny jsou indikované pouze u některých stavů agitovanosti, podány by však samozřejmě měly být též intravenózně. U výše citovaného prvního doporučení – podat 10 mg diazepamem intramuskulárně – by jistě bylo možné s úspěchem diskutovat o výši dávky při potřebě sedace, zvláště s vědomím toho, že pokud se diazepam v této indikaci podává u dospělých pacientů intravenózně, bývá 10 mg nejčastěji podanou dávkou již na úvod. Nicméně pokud se zasahující lékař k sedaci akutně psychicky nemocného v přednemocniční fázi rozhodne aplikovat benzodiazepinový preparát, je z mnoha důvodů výhodnější použít novější preparát midazolam či klonazepam. V objektivně akutní psychiatrické intervenci neexistují kontraindikace relativní, jen absolutní. Lékaři v terénu budou většinou stejně scházet validní informace, protože pacienty vidí poprvé v životě. Od pohledu lze těžko poznat hepatální změny a poškození jater, útlum hematopo-

tického aparátu, těžkou renální insuficiencí či těžkou alergií... Při vyšetřování a případném podání sedace pacientovi pracuje lékař rozvážně, své konání doprovází vysvětlením, co hodlá provádět, a občasnými otázkami. Každá spolupráce pacienta by měla být pochválena: „Vidíte, jak nám to hezky jde, když mi trochu pomůžete.“

Již bylo řečeno, že při zásazích proti agresivním pacientům by měl zdravotnický tým zasahovat vždy společně s policií. Zkušenosti ukazují, že již přítomnost policie na místě usnadní v řadě případů zdravotníkům postavení a komunikaci s pacientem a že část agresorů se ve svých projevech zmíní. Protože příslušníci policie jsou (nebo by měli být) trénováni v zásazích proti agresivním jedincům, je zásah etičtější i vůči pacientům. Policejní profesionál nebojuje o život a může tedy pacienta imobilizovat mnohem šetrněji. Někteří z policistů však nejsou schopni řešit nejsložitější a nejnebezpečnější situace, které občas nastávají. Je tedy na nich, aby informovali své nadřízené a požádali o zásah speciální policejní složky – ať již se jedná o příslušníky pohotovostní motorizované jednotky, v nejtěžších případech i policisty ze zásahových jednotek. Například v Praze je spolupráce se zásahovou jednotkou Odboru pořádkové a železniční policie Správy hlavního města Prahy velmi dobrá a i v případech, kdy tito policisté zasahovali proti ozbrojeným pacientům, obešly se jejich zákroky bez zranění. Pokud tedy přijede lékař na místo dříve než policie – a nebývá to vzácností – je nutné na její příjezd vyčkat. V některých případech je při složitých zásazích nutná ještě součinnost s Hasičským záchranným sborem.

Pro praktickou spolupráci s policejními složkami je dobré znát obsah alespoň několika zákonů:

Zákon 20/66 Sb. O péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů (86/1992 Sb.) umožňuje provádění léčebného výkonu bez souhlasu nemocného tehdy, pokud osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a která zároveň zjevně a aktuálně ohrožuje sebe nebo své okolí, nebo tam, kde se jedná o nemocného, u něhož si nelze kvůli jeho zdravotnímu stavu vyžádat souhlas k neodkladným výkonům, zachraňujícím život nebo zdraví (§ 23/4b,c). Tyto podmínky musí být též splněny k převzetí nemocného bez jeho souhlasu do ústavní péče.

Zákon 283/1991 Sb. O Policii České republiky ve znění pozdějších předpisů:

Hlava první – Úkoly, organizace a řízení policie, § 2 bod 1. Policie plní tyto úkoly:

- a) Chrání bezpečnost osob a majetku.
- b) Spolupůsobí při zajišťování veřejného pořádku.

Hlava třetí – Povinnosti, oprávnění a prostředky policisty. Oddíl druhý – oprávnění policisty:

§ 14, bod 1) Policista je oprávněn zajistit osobu, která

a) Svým jednáním bezprostředně ohrožuje svůj život anebo život nebo zdraví jiných osob nebo majetku.

§ 16 umožňuje policistům, že...osobě, která fyzicky napadá jinou osobu nebo policistu, nebo poškozuje cizí majetek...může být omezena možnost volného pohybu připoutáním k vhodnému předmětu.

§ 21 dává polici oprávnění otevřít byt nebo jiný uzavřený prostor, je-li důvodné podezření, že je ohrožen život nebo zdraví osoby nebo hrozí větší škoda na majetku. Policista má oprávnění nejen byt či jiný uzavřený prostor otevřít, ale i vstoupit do něho a provést v souladu se zákonem o Policii ČR potřebné služební zákroky, služební úkony nebo jiná opatření k odvrácení bezprostředního nebezpečí. Policista má oprávnění i otevřít byt, pokud je podezření, že se v bytě nalézá mrtvý člověk. Nehrozí-li nebezpečí z prodlení, měl by být těmto zákrokům přítomen nezúčastněný svědek. O všech úkonech musí vést policisté služební záznamy.

Použití donucovacích prostředků je zcela na rozhodnutí zasahujících policistů. Zdravotníci od policistů vyžadují hlavně zajištění bezpečí, do výběru použitých prostředků hovoří spíše okrajově. Zákon použití donucovacích prostředků policistům nezakazuje, pouze přesně vymezuje jejich použití. Pro praxi je dobré vědět, že § 40/3 ukládá, aby policista každý zákrok, při kterém bylo použito donucovacích prostředků či zbraně, bezodkladně hlásil svému nadřízenému.

Z výše uvedené právní miniexkurze mimo jiné vyplývá to, že i demokratický stát dává policii a zdravotníkům dosti zákonných prostředků k postupu proti agresivním jedincům, ať již se jedná o agresi prostou nebo o agresi v důsledku duševní choroby. Co tedy zdravotníci v přednemocniční etapě po policistech chtějí? Není toho mnoho, ale ani málo:

1. Zajistit podmínky pro zdravotnický zásah. Jedná se hlavně o otevření bytu či dopravení pacienta na místo, kde může být ošetřen (ze stožáru, okenní římsy, kolejí, mostního zábradlí, atp.)
2. Ochránit zdravotnický personál před agresivitou pacienta, který ještě není vyšetřován. Proto jde policie vždy před a nikoliv až za zdravotníky.
3. Umožnit zdravotníkům pacienta vyšetřit. To u nejagresivnějších pacientů znamená podržet horní končetiny, vykrytí dolní končetiny pacienta, zabránit úderům hlavou a pliváním. U hodně agresivních pacientů je

někdy pro prevenci kopání nezbytné, aby klečeli. Poloha vleže je ke zdravotnickému zásahu výhodná pouze tehdy, vykřívá-li policie pacientovy dolní končetiny a hlavu. Nejagresivnější pacienty je nutné sledovat v poloze, kdy jsou policií znehybněni v poloze na břiše s obličejem dolů.

4. Připravit lékaři pacienta k farmakologické **intravenózní** sedaci. Pro zajištění spolehlivé žilní linky je nutná punkce žíly plastickou kanylou. I u velmi neklidného pacienta je toto možné, pokud policie nasadí na horní končetiny pacienta dlouhé páky. Dobré zajištění žilní linky před zrušením „vytržením kanyly“ je nezbytností.
5. V případě potřeby ochránit zdravotníky před jedinci z „davů“.

Pro rozhodování o zdravotnickém i policejním zákroku platí, že stoprocentní jistota o splnění všech zákonných předpokladů pro zásah bývá málokdy. Ke zdůvodnění zákroku stačí důvodné podezření lékaře. Pokud je toto podezření lékařem vysloveno, informuje o něm policii s tím, že jim toto své stanovisko písemně potvrdí i do policejní dokumentace. Jestliže lékař vyslovil podezření na možné akutní psychické onemocnění pouze nepřímo v důsledku zprostředkovaných informací, je třeba tuto skutečnost přesně dokumentovat. Tedy nikoliv: „Hovoří s hlasy, které mu přikazují uškrtit manželku.“, ale: „Paní XY tvrdí, že její manžel hovoří s hlasy, které mu přikazují ji uškrtit“. Podpis souhlasu manželky se zápisem ve zdravotnické dokumentaci může být později velmi cenný. Avšak nejlepší a nejbezpečnější postup pro všechny zúčastněné je, pokud je výpověď toho, kdo lékaře k údajně psychicky postiženému pacientovi zavolal, dokumentována policií. Nenechme se zmást, slova vděčnosti a díky mohou být po několika dnech od události vystřídaná podáním stížnosti, obviňujícím vystoupením v televizi či dokonce žalobou.

Vlastní zákrok, vedoucí ke zklidnění pacienta, organizuje vždy lékař. Včas si připraví potřebnou dávku sedativa. Nutno počítat s tím, že před vlastní aplikací může dojít k určité ztrátě, proto raději o něco více. I tam, kde je pravděpodobné, že bude nutno tuto medikaci aplikovat, je třeba dodržovat určité zásady:

Lékař musí vždy na pacienta působit klidným slovem, měl by se pokusit mu vše vysvětlit, a to i s vědomím toho, že ne vše musí být schopen vnímat.

K pacientovi je nutné se vždy chovat slušně. Nezvyšovat hlas, nenadávat, nevyhrožovat. I ve vypjatých situacích by měl lékař hovořit klidně. U velmi excitovaných pacientů by se navíc členové zasahujících týmů měli také pohybovat pomalu a o plánovaném pohybu pacienta informovat. Není nejmenší důvod pro

tykání. Doporučuji též nelhat! V řadě případů je užitečné si vzpomenout na jednu ze zásad manželských poradců: „Není nutné říkat vše, ale pokud možno – nelžete!“. Výhodné je, podaří-li se získat důvěru pacienta.

Lékař musí být vždy nestranný. Měl by podle možností vyslechnout nejen okolí, ale i samotného pacienta. Informace sdělené pacientem mohou být velmi cenné zvláště v situacích, kde žádost o akutní psychiatrickou intervenci je jen zástěrkou pro jiné cíle sousedů či dokonce blízkých postiženého. Sdělovaným informacím by se lékař ani nikdo ze zasahujícího týmu neměl divit.

Lékař by se nikdy neměl stát prostředníkem či předmětem manipulací. Neindikované odeslání pacienta na psychiatrické vyšetření může kohokoliv společensky poškodit, může ztížit jeho situaci například v následných sporech rozvodových, při žádostech o přidělení nezletilého dítěte do péče, ale i ve sporech majetkových. Odvezení rodiče do psychiatrické léčebny jej před dítětem poškodí vždy, zvláště pokud této situace druhý rodič či okolí dítěte zneužije. U nemalé části pacientů bývá ne nepochopitelný „strach z blázince“. Tento pocit bychom měli nejen respektovat, ale měli bychom se pokusit o jeho zmírnění. Nemálo mých pacientů souhlasilo s pravdivou nabídkou: ... „Pane XY, to, co se zde stalo (to, co tvrdí vaši blízcí a co já nemohu posoudit, neboť jsem zde nebyl...), jistě není zcela obvyklé, věřte mi. Prý jste ohrožoval sebe (své blízké, sousedy v domě, rozbil sekerou vybavení bytu...). Vaše okolí si myslí, že jste nemocný, vy jste přesvědčen, že tomu tak není. V této chvíli nemohu na základě informací a vašeho vyšetření zodpovědně rozhodnout já, protože nejsem profesí psychiatr. Já vás neposílám k hospitalizaci do léčebny (případně „do blázince“, pokud tak pacient léčebnu nazývá), ale odesílám vás pouze na vyšetření. Tady se můžete podívat na parere, že pro vás žádám pouhé vyšetření a odborný závěr. Pokud se vaše pravda ukáže, pak nejen, že se brzy vrátíte domů, ale navíc budete mít v ruce potvrzení o tom, že jste zcela v pořádku a vytržte tím zrak všem, kteří by vám chtěli ublížit“...

Je třeba vést v patrnosti, že podaná sedace na řadu hodin znemožní psychiatrické vyšetření. V ne zcela jasných případech by toto prodlení mohlo vést i k neodůvodněné hospitalizaci a k následným možným soudním sporům. Je-li to možné, je výhodou pouhý doprovod policie při transportu k odbornému vyšetření, nebo doprovod s mechanickým policejním zklidněním. Nikdy si však nelze nechat bez doprovodu policie naložit neklidného agresivního pacienta do sanitního vozu. Pokud bylo nutné pacienta sedovat farmakologicky, je nezbytné na místě zásahu

vyčkat dostatečně dlouhou dobu k nástupu účinku farmaka. Nedostatečně zklidněný pacient by si mohl při transportu snadno zrušit žilní linku, což je vždy nepříjemné. Pokud by naopak pacient zareagoval na podanou dávku sedace hypoventilací, bude se tento stav mnohem lépe řešit na místě ošetření nežli ve stísněných podmínkách na schodišti či ve výtahu. Pokud to dovolují prostorové možnosti, měl by být pacient transportován vleže. Trvalé klinické sledování a transport za doprovodu lékaře je samozřejmostí, co nejdříve by se měla zahájit monitorace přístrojová: alespoň SpO_2 , opakované měření krevního tlaku a tepové frekvence, v indikovaných případech i monitorace EKG. Jen opravdu velmi zkušený lékař dokáže odhadnout, zdali je pacient tak farmakologicky sedovaný, že není nutný policejní doprovod. V nejasných případech je nejbezpečnějším způsobem, pokud policisté nejen jedou ve stejném sanitním voze, ale musí se spolu s lékařem nacházet v patientském prostoru tohoto vozu. Pokud má zasahující lékař malé zkušenosti či z jiných důvodů nemůže podat dávku, která by pacienta plně sedovala, je výhodné jej zklidnit alespoň částečně s tím, že doprovázející policisté budou mít s pacientem alespoň trochu usnadněnou práci.

Některé speciální situace:

1. Každému podání sedativa by kromě úvah forenzních a etických měla předcházet pečlivá diferenciálně–diagnostická úvaha medicínská. Jedná se opravdu o pacienta postiženého akutním psychickým onemocněním? Nemůže jeho neklid či agresivita pramenit z hypoxie, hypoglykémie, intoxikace? Nejedná se o důsledky úrazu CNS či příznaky akutní pankreatitidy? Pokud by v některých z těchto případů zasahující lékař pacienta razantně farmakologicky sedoval a následně transportoval do psychiatrické léčebny, mohla by to být poslední služba, kterou pacient za svého života od lékařů dostal.

2. Problém s agresivními opilci. Diferenciálně–diagnosticky je důležité odlišit prostou ebrietu s agresivitou od intoxikace alkoholem či alkoholem + dalšími látkami, dále pak kombinaci ebriety + trauma. Jako tzv. přežitek socialismu jsou rušeny záchytné stanice pro alkoholiky, byť – jak nám na fakultě velmi přesvědčivě zdůrazňoval jejich zakladatel docent Skála – prvotním cílem záchytů neměla být represe, ale především **ochrana** těch, kteří požíli alkohol v míře větší než malé, či těch, kteří i na malé množství alkoholu zareagovali atypicky. Tato zařízení byla na specifické situace vybavena prostorově i zkušeným personálem, připraveným na řešení stavů s ebrietou spojených. Bohužel dnes se opilci dostávají mezi normální pacienty do nemocnic, které takto vybaveny a personálně připraveny nejsou. Problémy nastávají již v čekárně ambulancí, ještě horší pak je, když se z páchnoucího a klímajícího individua během několika minut stane nezvládnutelný Tarzan. Lékařům činí problémy při medikaci těchto individuí požitý alkohol, který potencuje veškerá podaná sedativa. Stoprocentně nejbezpečnější je mechanická sedace policí či bezpečnostní agenturou a následný transport buď do některé ze zbylých záchytek či do policejní cely – viz Zákon o Policii ČR. Není nejmenší důvod, proč by v tomto případě měl být transport realizován dříve vybaveným a čistým sanitním vozem. Jsem přesvědčen, že dříve či později opět dojde k tomu, že se opilci budou primárně vozit do jednoho připraveného

a vybaveného zařízení, ale bude to ještě nějakou dobu trvat.

3. Lékaři jsou relativně často žádáni policí či jinými institucemi, aby odvezli na psychiatrii či do nemocnice jedince ze spodiny společnosti. Současná legislativa jim nedává možnost účinně zasáhnout, po případném sepsání protokolu bývají propuštěni. I když se ve zdravotnických lekdý bouří smysl pro spravedlnost, nelze tuto daň za demokracii řešit odesíláním pochybných individuí do psychiatrických léčeben a přidělováním práce kolegům v léčebnách, kam ostatně stejně nebývají přijati.

Závěr

Curriculum lékařského vzdělávání studentů na lékařských fakultách dle mého názoru zanedbává určité medicínské oblasti, přestože jsou pro praxi lékařů mnohem důležitější než řada jiných, kterým je naopak již mnoho desetiletí věnována péče až přílišná. Problematické přednemocniční neodkladné péče u agresivních pacientů, stejně jako celému oboru urgentní medicína, pod který tato oblast patří, odpovídající péče na lékařských fakultách v České republice prakticky věnována není. Již bylo řečeno, že doporučení prezentovaná v tomto sdělení, jsou výsledkem zkušeností, které nebylo lehké získat a které byly nejednou drazé vykoupěny. Pokud by v praxi pomohly ochránit jediného lékaře či pacienta od zbytečného zranění či od opakování již prochozených cest slepými uličkami, pak splnily svůj účel.

Literatura

1. Dušek K. Intenzivní péče v psychiatrii. Zdravotnické aktuality 215/ 88. Praha: Avicenum 1988; 23–27.
2. Dušek K. Intenzivní péče v psychiatrii. Zdravotnické aktuality 215/88. Praha: Avicenum 1988; 32–33.
3. Drábková J. Akutní stavy v první linii. Praha: Grada 1997; 36–37.
4. Chromý. Krátkodobé zvládnutí neklidného pacienta s duševní poruchou. In: Urgentní medicína. Praha: Galén – 2004; 287.
5. Pokorný J. Psychiatrická problematika v přednemocniční neodkladné péči. Praha. In: Urgentní medicína. Praha: Galén – 2004; 293–296.