

PRINCIPY BEZPEČNÉHO DRŽENÍ NÁSILNÉHO PACIENTA V PRAXI

souborný článek

Jaroslav Pekara^{1,2}
Tomáš Petr^{1,3}

¹Vysoká škola zdravotnická, Praha

²Psychiatrická nemocnice Bohnice,
Praha

³ÚVN – VFN Praha

Kontaktní adresa:

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.
psychiatrické oddělení
ÚVN – VFN Praha
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6
e-mail: tomas.petr@uvn.cz

SOUHRN

Pekara J, Petr T. Principy bezpečného držení násilného pacienta v praxi

Bezpečný úchop a správné držení nespolupracujících pacientů ohrožujících sebe či své okolí jsou důležité dovednosti, které pomáhají zdravotníkům zvládat nepříjemné situace při poskytování zdravotních služeb a zajistit bezpečnost pro okolí i pacienta samotného. V českém prostředí se problematice bezpečného úchopu a držení nevěnuje tak velká pozornost jako v některých okolních zemích, kde v určitých případech nevhodné držení pacienta vyústilo v jeho poškození. V následujícím textu se věnujeme zejména rizikosti používání tzv. pronační polohy.

Klíčová slova: bezpečný úchop, držení, pronační poloha, agrese, omezovací prostředky.

SUMMARY

Pekara J, Petr T. Principles of safe holding of the violent patient in practice

Safe handling and correct holding of uncooperative patients who pose a threat to themselves or their surroundings are important skills that help healthcare professionals manage difficult situations when providing healthcare services and ensure the safety of the surroundings and the patient themselves. In the Czech environment, the issue of safe handling and holding has not received as much attention as in some neighbouring countries, where in some cases inappropriate holding has resulted in patient harm. In the following text, we focus on the risks of using the pronation position.

Key words: secure holding, pronation position, aggression, restraints.

ÚVOD – AKTUÁLNÍ PROBLEMATIKA AGRESE A NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Přestože média přinášejí zprávy o zvýšených kontaktech zdravotníků s násilnými pacienty, většina pacientů se násilně nechová.¹ V reálné praxi převažují zejména verbálně agresivní incidenty pramenící z frustrace pacientů, jejich příbuzných, ale i samotných zdravotníků.² Zdravotníci

mohou svým neprofesionálním chováním k eskalaci konfliktů přispívat.³ Průměr prevalence agresivních a násilných příhod se pohybuje od 7,5 do 75,9 % a převažují verbální incidenty.⁴ Konzervativnější studie pak uvádí zhruba 17% výskyt výhradně násilných incidentů na psychiatrii,⁵ české prostředí reflektuje podobné události okolo 5 %.⁶ Tam, kde nepomáhá deeskalace agresivních momentů a dochází k otevřenému násilí, je pro zajištění bezpečnosti využíváno jako poslední krajní řešení tzv. fyzické omezení pacientů. Děje se tak v mnoha lékařských oborech, nejen

na psychiatrii. Rizikové jsou např. pohotovostní příjmy všeobecných nemocnic či prostředí zdravotnické záchranné služby. Z pohledu lidskoprávního je fyzický zásah vůči pacientovi vždy vnímán velmi kriticky, a negativně je vnímán i samotnými zdravotníky, kteří se k fyzickému omezení pro zajištění bezpečnosti někdy uchylují.⁷ K omezení pacienta by mělo docházet pouze v případech, kdy byly vyčerpány veškeré nerestriktivní možnosti (např. deeskalční techniky, medikace ke zklidnění aj.). Každý fyzický zásah (držení a omezení pacienta) vyžaduje kvalifikovaný přístup a trénink. Při aplikaci fyzického omezení musí vždy převažovat přínos nad možnými riziky.⁸ Klíčovou roli by v takových momentech měl sehrávat trénink, který je v řadě evropských zemí (zejména skandinávských) již běžnou rutinou; některé země mají dokonce interní trenéry takových situací. V České republice jednotný trénink zaměřený na bezpečné úchopy a držení zatím chybí a přístup k omezení pacienta je spíše záležitostí daného pracoviště nebo se odvíjí od doporučení bezpečnostních složek.

POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ

V České republice je podle § 39 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, možné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb 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 podávány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta,
- nebo kombinace výše uvedených prostředků a postupů.

Omezovací prostředek může být aplikován jen po nezbytně nutnou dobu. Po dobu trvání omezení je nutné nemocnému poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči a zajistit nepřetržitý dohled. Po ukončení omezení je vhodné zpětně incident probrat se všemi zúčastněnými a poskytnout odpovídající podporu nejen pacientům, ale i zapojeným zdravotníkům.⁹

Je potřeba si uvědomit, že použití omezovacích prostředků často předchází manuální držení pacienta zdravotníky. To pak často vyústí v použití ochranných pásů či aplikaci léčiva ke zklidnění. Technice a způsobu držení se v českém prostředí nevěnuje velká pozornost. To vyplývá např. z centrální evidence používání omezovacích opatření, kde se manuální držení prakticky neobjevuje. Přesto je z praxe zřejmé, že bezpečné držení je základem zvládnutí agresivního pacienta.

RIZIKA SPOJENÁ S MANUÁLNÍM DRŽENÍM PACIENTA

Možnosti obrany zdravotníka při otevřené agresi jsou omezené a manuální zadržovací techniky použité zdravotníky v urgentní situaci musejí být ospravedlnitelné, přiměřené a úměrné riziku.¹⁰ Zásah vůči agresivnímu a násilnému pacientovi musí být sice veden rozhodně, zároveň však musí být šetrný a profesionální. Násilné jednání ze strany pacienta nemusí být (a většinou není) svévolným aktem, ale důsledkem psychických nebo somatických patologií (psychóza, intoxikace, delirantní stav, hypoglykémie aj.). Není výjimkou, že k intoxikovaným a agresivním pacientům se staví personál mnohdy do opozice v komunikaci již při pouhém zjištění, že pacient je opilý nebo pod vlivem omamných látek. Objevují se také případy, kdy jsou násilně se chovající intoxikované osoby ve zdravotnických zařízeních umístěny na expektační pokoj bez ověření, zda kromě intoxikace nemají také vážný zdravotní problém. Poškození zdraví a chyba nejsou tak vůbec ojedinělé, jen se všeobecně počítá s tím, že si nikdo nestěžuje, protože pacienti tohoto typu často nemají příbuzné nebo žijí na ulici. Nejedná se tedy pouze o problém etický, ale zejména forenzní – všechny zákroky musejí být vedeny benefitem pacienta a principem nonmaleficence, tedy abych pomohl/a a neuškodil/a.¹¹

Velmi diskutovaným tématem při fyzických zásazích je používání tzv. pronační polohy (poloha na břicho, čelem dolů). Ve skandinávských zemích, Británii nebo Kanadě je tato poloha zakázaná a je považována za přísně ilegální¹² (stejně zákazy platí pro použití technik tzv. sendviče při zalehnutí pacienta matracemi nebo jinými pomůckami, včetně nelegálního použití pout, která jsou v přímé kompetenci pouze Policie ČR).

Využití pronační polohy ke zvládnutí pacientů, kteří představují nebezpečí pro sebe nebo své okolí, je nezřídka používáno při poskytování zdravotních služeb také v psychiatrických zařízeních. Několik případů úmrtí rozvířilo debatu ve Velké Británii, kde vznikla iniciativa k ukončení používání znehybnění člověka ležícího tváří dolů.¹³ K úmrtím docházelo v přímém důsledku dlouhého omezení v pozici obličejem dolů a působením síly ze strany personálu. Výsledkem těchto tragických událostí je zvláštní důraz (v tamních předpisech, ale například také ve standardu CPT – Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému chování či ponižujícímu zacházení nebo trestání) na to, aby způsob omezení zajišťoval zachování dýchání a krevního oběhu, aby nikdy nedošlo k zakrytí úst a nosu, tlaku na krk, hrudní koš a břicho a aby se zdravotníci maximálně vyhýbali držení člověka v pozici lehu na břicho.¹⁴ Poskytovatel zdravotní služby musí zajistit, že manuální omezení provádí personál, který úzce spolupracuje jako tým, chápe roli každého ze zúčastněných a má jasně uvedeného vedoucího. Manuální omezení se běžně nemá použít po delší dobu než 10 minut. Jeden pracovník má být vůdčím v celém průběhu manuálního omezení. Tato osoba by měla zajišťovat, že ostatní pracovníci chrání a podpírají hlavu a krk uživatele, kontrolují jeho dýchací cesty a dýchání a známky života.¹⁰ Pronační poloha spočívá v uvedení jedince do polohy na břicho,

na pevnou podložku a pacient je tímto fyzicky omezen. Pro zadržení pacienta v dané poloze, dokud se neuklidní (nebo mu nejsou podána farmaka pro uklidnění), je zapotřebí použití síly, která se jen velmi těžko odhaduje či měří.¹⁵ Pod tlakem může docházet (zejména u obézních a intoxikovaných jedinců) k patofyziologickým procesům (hypoxie) a může následovat i náhlá smrt. Mezi další možná nebezpečí při fyzickém omezení patří zejména duševní způsobené omezením dýchací plochy a tlakem na krk, aspirace, zhoršená cirkulace, poškození nervů, psychické trauma či náhlá smrt.¹⁶ Zátěž na hrudník během pacifikace agresivního pacienta může vést ke sníženému prokrvení koronární arterie a vyvolat maligní arytmiie. Je proto namístě vždy vzít v potaz možnost vzniku náhlého úmrtí právě z tohoto důvodu, protože v kombinaci se stresem či návykovými látkami může náhlou smrt přivodit.¹⁷ Neměli bychom také zapomínat, že k určitému vyčerpání pacienta dochází již určitým výdejem energie tzv. „akcí před pacifikací“ a následnou pacientovou obranou. V takové fázi stoupají nároky na kyslík a může dojít rychleji k hypoxii, zvlášť když se podají farmaka, např. sedativa nebo neuroleptika.¹⁸ V případě použití takového omezení u násilného pacienta je vždy potřeba myslet na to, že poloha pronační je pro pacienta vysoce riziková. Zaměstnanci policejních a bezpečnostních složek jsou instruováni a trénováni v odváděcích a zadržovacích technikách, systematický výcvik u zdravotníků provádějících takové omezení bohužel chybí.¹⁹

Za rizikovou považuje pronační polohu také veřejný ochránce práv. Ten uvádí, že je nepříznivá pro dýchání a při držení v ní může dojít k zadušení (poziční asfyxie), tím spíše, pokud působí ještě i tlak na záda ležícího.²⁰ Poloha fixace na břiše s tlakem na záda vyvolává u člověka snahu vymanit se. To vede k zesílení tlaku na záda ležícího a k dalšímu zhoršení možnosti dýchat. Přírozenou reakcí na nedostatek kyslíku je ještě důraznější boj. K poziční asfyxii přispívají i další rizikové faktory (obezita; alkohol a drogy; srdeční vada aj.). Podle výboru CPT je proto nutné vyhnout se použití síly nebo donucovacích prostředků způsobilých vyvolat poziční asfyxii, pokud je to možné, a výjimečné použití těchto metod se pak musí řídit instrukcemi, jejichž cílem je minimalizovat zdravotní riziko pro dotčenou osobu.²¹ Opatřeními, jež mají nebezpečí minimalizovat, jsou vyvarování se tlaku na hrudník, včasné přetočení fixovaného člověka do jiné polohy, jakmile to je možné, a kontinuální sledování jeho vědomí a životních funkcí. Co se týká provedení fyzické (manuální) imobilizace akutně neklidného pacienta, z výzkumů prováděných v psychiatrických zařízeních v zahraničí vyplývá, že tento druh omezení může vést ke zhoršení srdeční činnosti, či dokonce k úmrtím na srdeční zástavu, přičemž poloha na břiše má vyšší riziko fatálních následků, a proto nemá být používána.²²

Použití pronační polohy bylo shledáno jako rizikové i v případě, který se stal předmětem rozsudku V proti České republice vydaného Evropským soudem pro lidská práva v prosinci 2023. Po zásahu policie na psychiatrickém oddělení došlo k úmrtí pacienta. Výsledky vyšetřování následně poukázaly na to, že při úmrtí hrálo roli několik faktorů – psychofarmakologická medikace, vrozená srdeční vada, pronační poloha a použití taseru.²³

DOBŘÁ PRAXE A BEZPEČNÉ DRŽENÍ

Projevy tenze, agitovanosti či agresivity v klinické praxi mohou být ovlivňovány různými způsoby, nikoliv jen používáním vhodných léčiv.²⁴ Kladně působí např. uvědomění pacientů, že je jim věnována odpovídající pozornost, že se něco děje v jejich prospěch a že je jim poskytována pomoc. Pozitivní výsledky jsou proto opakovaně zaznamenávány při implementaci intervencí Safewards, Six Core Strategy nebo „No Force First“, které často vedou ke snižování používání omezovacích prostředků a fyzických zákroků.²⁵

V případě, že se nejde vyhnout použití omezení a jediným řešením je využití pronační polohy, musí být věnována pozornost zachování pacientova pohodlí a bezpečnosti, což znamená použití polohy na břiše co nejkratší možný čas se zvláštním důrazem na snížení fyziologických a psychologických rizikových faktorů, které přispívají k nepříznivým zdravotním důsledkům.²⁶ Preferovaným způsobem držení pacienta je na zádech s viditelnou kontrolou hlavy, krku a hrudníku (zde se vyvarujeme tlaku a jakékoliv manipulaci). Doporučováno je držení za horní končetiny (rameno a zápěstí) na laterální straně (vyhýbáme se měkké tkáni strany ventrální, kde hrozí riziko poškození cév a rychlejší vznik hematomů) a dolní končetiny fixuje jedna osoba přes obě pacientova stehna (nikoliv bérce a kolena)²⁷ (obr. 1).



Obr. 1. Ukázka omezení pacienta v poloze na zádech



Obr. 2a. Poloha vleže na břiše s roztáženými pažemi



Obr. 2b. Poloha vleže na břiše s pažemi ohnutými v loktech



Obr. 2c. Poloha vleže na břiše s pažemi podepřenými před hrudník

Zdroj: fotoarchiv autora

DISKUSE

První zprávy o náhlé smrti spojené s použitím omezovacích prostředků se objevily v 80. letech a týkaly se intoxikovaných osob, obvykle užívajících kokain. Chování pacientů se manifestovalo divokým až násilným chováním, které často svou povahou přitahovalo pozornost složek IZS (integrováný záchranný systém). V pitevních zprávách se prokázalo, že většina pacientů zemřela na náhlé srdeční selhání vlivem různých stimulantů. Navzdory faktu, že úmrtnost je výrazně vyšší u pacientů, kteří jsou pod vlivem návykových látek, je pronační poloha stále brána jako rizikový faktor také u neintoxikovaných jedinců.²⁸ Pokud by byl pacient zadržen v pronační poloze po dobu 25 minut, což překračuje doporučenou dobu omezení pohybu, je riziko poškození pacienta velmi vysoké. Doba držení pacienta v pronační poloze a omezení jeho pohybu by měla být, pokud možno, co nejkratší. V zásadě platí, že pokud se rozhodneme pro pronační polohu, je potřeba, aby následovala velmi promptní aplikace medikace, a poté je vhodné pacienta otočit na záda a sledovat dýchání a fyziologické funkce. Barnett et al. zkoumali fyziologický dopad tří uznávaných pozic omezujících pohyb vleže na břiše (obr. 2a, 2b, 2c) s účastníky, kteří zůstávali pasivní (účastníci byli během experimentu v klidu).¹⁸ Tato studie ukázala, že všechny tři testované omezující pozice vleže na břiše vyvíjely tlak na hrudní stěnu a omezovali funkci plic. Z těchto tří testovaných pozic vleže na břiše však podepřená poloha (obr. 2c) vyvíjela nejmenší tlak na přední hrudní stěnu a nejméně omezovala dýchání (tlak na přední hrudní stěnu v dalších pozicích (obr. 2a) a (obr. 2b) byl téměř identický, ale statisticky významně odlišný od pozice „c“). Podepřená poloha „c“, ve které jsou horní končetiny umístěny tak, aby snižovaly tlak na přední hrudní stěnu, může snížit rizika spojená s omezováním vleže na břiše. S větším indexem tělesné hmotnosti by měly být naměřeny vyšší hodnoty tlaku na přední hrudní stěnu. Kupodivu studie Barneta et al. z roku 2013 zjistila, že čím větší byly hodnoty indexu tělesné hmotnosti účastníků, tím bylo dosaženo většího snížení tlaku na přední hrudní stěnu v podepřené pozici „c“ ve srovnání s pozicemi „a“ a „b“. Studie potvrdila, že některé omezující pozice představují v současnosti větší riziko než jiné. Z nejvýznamnějších fyziologických změn při fyzickém omezení pacienta v poloze na břiše bylo pozorováno snížení ventilační kapacity od 31 do 35 % (u pacienta s BMI nad 25 však až 51 %). Redukce kapacity nebyla pozorována u polohy vsedě s držetím horních končetin. U obézních lidí (BMI nad 28) byl však problém při restričních polohách i vsedě.

Barnett et al. sledovali také psychologický dopad při znehybnění na břiše u poloh (obr. 2c a 2a).¹⁹ Výsledky ukázaly statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma polohami ve vztahu k vnímání omezení dýchání a omezení vnímání úzkosti (obr. 2c a 2a). Pozice „c“ byla vnímána o 23 % pohodlnější, navozovala o 55 % méně úzkosti a o 32 % méně omezovala dýchání než pozice „a“. Když byli účastníci požádáni, aby porovnali obě pozice, 90 % účastníků uvedlo, že se cítili bezpečněji a lépe se jim dýchalo v pozici „c“ oproti pozici „a“. Z analýzy volných odpovědí dále vyplynulo, že účastníci více psychologicky negativně vnímali pozici „a“ (zmiňovali hlavně zvýšené

omezení dýchání; další negativní pocity nahlášené účastníky při držení v pozici „a“ byly pocity uvěznění, obavy z rychlé tepové frekvence). Jeden z účastníků uvedl, že „Cítil, jak jeho srdce buší do podlahy, tak silně, že si ještě nikdy nebyl natolik vědom svého srdce.“ Jiný účastník nahlásil, že pozice „a“ v něm vyvolávala pocit „zranitelnosti“, a jeden účastník požádal, aby byl z této pozice uvolněn. Výzkum spojený s manuálním znehybněním je zaměřen především na ventilační obtíže omezeného jedince a polohu, v níž je jedinec znehybněn, zejména pokud je osoba držena v poloze na břiše.^{30,31} Podle nejnovějšího doporučení NICE (2017) se opět zdůrazňuje upřednostnění polohy vleže na zádech (obličejem vzhůru) jako preferované polohy pro znehybnění jedince na zemi.¹⁰

ZÁVĚR

Agresivní chování je z hlediska příčin multifaktoriální a v mnoha ohledech má velmi jednoduchou prevenci – schopnost profesionální komunikace ze strany zdravotníků i dalších zainteresovaných osob. Ne všechny konflikty však lze vyřešit slovně. Po vyčerpání všech deeskalčních technik je někdy nutné pacienta omezit i proti jeho vůli, aby nezranil sebe, nás, kolegy nebo jiné pacienty. Podle nejnovějšího doporučení NICE se v případě fyzického omezení u pacienta doporučuje použití polohy vleže na zádech (obličejem vzhůru) jako preferované polohy pro znehybnění jedince na zemi. Vzhledem k uvedeným výsledkům zohledňujícím rizika poškození zasahujících i pacientů by mělo platit pravidlo: Vždy, pokud je to možné, se vyhýbáme použití omezující polohy na břiše. V případě, že se nejde využít pronáči polohy vyhnout, musíme věnovat pozornost pohodlí, bezpečnosti a zejména délce držení se zvláštním důrazem na snížení fyziologických a psychologických rizikových faktorů.

LITERATURA

1. Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Primární prevence a intervence u agitovanosti a agresivity v klinické praxi. *Čes a slov Psychiat* 2018; 114 (6): 260–263.
2. Pišl V, Vevera J, Volavka J. Jak je to s agresí mezi námi: přibývá a klesá zároveň. 2022, online, dostupné z: <https://hlidacipes.org/jak-je-to-s-agresi-mezi-nami-pribyva-a-klesa-zaroven/>.
3. Knor J, Pekara J, Šeblová J, Peřan D, Cmorej P, Němcová J. Qualitative research of violent incidents toward young paramedics in the Czech Republic. *West J Emerg Med* 2020; 21 (2): 463–468.
4. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberg E, Domen P, van Amelsvoort T et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One* 2021; 16 (10).
5. Cebrino J, De la Cruz SP. A worldwide bibliometric analysis of published literature on workplace violence in healthcare personnel. *PLoS One*, 2020; 15 (11).
6. Balíková A, Vevera J. Prevalence násilí u hospitalizovaných pacientů na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN – data z let 2000 a 2011/2012. Raboch J, Zrzavecká I, Doubek P. Budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech. Brno: Tribun; 2014: 273–275.
7. Kališová L, Kitzlerová E, Petr T. Doporučené postupy psychiatrické péče. 2023, online, dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/>.
8. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Medicine, Science and the Law* 2012; 52 (3): 137–142.
9. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
10. NICE. Violent and aggressive behaviours in people with mental health problems Quality standard; 2017, online, dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs154>.
11. Šeblová Jana, Matějka Jaromír a kolektiv. Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe. Praha: Grada 2023.
12. Kupas DF, Wydro GC, Tan DK, Kamin R, Harrell AJ 4th, Wang A. Clinical care and restraint of agitated or combative patients by emergency medical services practitioners. *Prehosp Emerg Care* 2021; 25 (5): 721–723.
13. MIND. Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England. [online]. Londýn. Mind 2013. Dostupné z: https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf.
14. Department of Health: Mental Health Act 1983: Code of Practice. [online]. Londýn. Department of Health 2015. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-mentalhealth-act-1983>.
15. Hall C, Votova K, Heyd C et al. Restraint in police use of force events: examining sudden in custody death for prone and notprone positions. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2015; 31: 29–35.
16. Strout T. Perspective on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 2010; 19: 416–427.
17. Savaser DJ, Campbell C, Castillo EM, Vilke GM, Sloane C, Neuman T et al. The effect of the prone maximal restraint position with and without weight force on cardiac output and other hemodynamic measures. *J Forensic Leg Med* 2013; 20: 991–995.
18. Ševčík Pavel a kolektiv. Intenzivní medicína. Praha: Grada 2014: 1195.
19. McDonnell AA, O'Shea MC, Bews-Pugh SJ, McAulliffe H and Deveau R. Staff training in physical interventions: a literature review. *Front Psychiatry* 2023; 14:1129039.
20. Šimůnková M. Závěrečné stanovisko s návrhem opatření k nápravě ve věci zákroku Policie ČR vůči panu A., k němuž došlo v Teplicích dne 19. června 2021. Ombudsman, veřejný ochránce práv, 2022. Dostupné na: <https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/4022-21%20MK%20ZSO.pdf>.
21. CPT. Deportation of foreign nationals by air. CPT/Inf(2003)35-part [online]. Strasbourg: Council of Europe, 2003 [retrieved on 23 June 2022]. Dostupné z: 16806cd172 (coe.int), § 34.
22. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry* 2019; 10.
23. Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 7. 12. 2023, V proti České republice, č. 26074/18, dostupné z: hudoc.echr.coe.int.
24. Vevera J et al. Diazepam i. m. – the most common, but inappropriate medication

- on for management of acute anxiety, agitation and aggression. *Cesk Slov Neurol N* 2014; 77/110 (6): 760–764.
25. Haines-Delmont A, Goodall K, Duxbury J, Tsang A. An Evaluation of the implementation of a “No Force First” informed organisational guide to reduce physical restraint in mental health and learning disability inpatient settings in the UK. *Front Psychiatry* 2022; 2 (13): 749615.
 26. Positive and proactive care: Reducing the need for restrictive interventions. Great Britain, Department of Health 2014.
 27. Nag, Thomas, Eidhammer, Gunnar. MAP (Management of aggression problems) – a step towards a Norwegian standard regarding staff training programs. In: *Proceedings of the 11th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Oud Consultancy & Conference management, Amsterdam 2019: 369–371.
 28. Boghossian E, Tambuscio S, Sauvageau S. Nonchemical suffocation deaths in forensic setting: a 6-year retrospective study of environmental suffocation, smothering, choking, and traumatic/positional asphyxia. *J Forensic Sci* 2010; 55 (3).
 29. Konito R, Joffe G, Putkonene H et al. Seclusion and restraint in psychiatry: patients’ experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspective in Psychiatric Care* 2012; 48: 16–24.
 30. Michalewicz B, Chan T, Vilke G et al. Ventilatory and metabolic demands during aggressive physical restraint in healthy adults. *Journal of Forensic Sciences* 2007; 52: 171–175.
 31. Parkes J, Thake D, Price M. Effect of seated restraint and body size on lung function. *Medicine, Science and the Law* 2011; 51: 137–141.



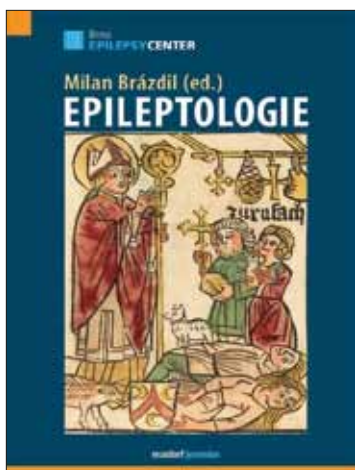
Radkin Honzák

ŠEDESÁT LET V PSYCHIATRII JAKO MAJITEL KLÍČŮ

Majitelé klíčů byla divadelní hra Milana Kundery, která měla premiéru roku 1962 v Praze a jejíž děj se odehrál během půldruhé hodiny jednoho nedělního rána. Děj vzpomínkové knihy psychiatra, psychoterapeuta, publicisty a pedagoga Radkina Honzáka (nar. 1939) Šedesát let v psychiatrii jako majitel klíčů, dokončené roku 2024, se oproti tomu odehrává během dlouhých šesti desítek let v kontextu každodenní rutiny českého a československého lékařství, farmakologie a obzvláště psychiatrie. Přesné a odborné, různorodé, napínavé a někdy neuvěřitelné vzpomínky mají jedno společné: Radkin Honzák se jako majitel klíčů od pokojů, budov, zařízení a plotů snažil vždy ony pomyslné zabouchnuté dveře svým pacientům, ale i spolupracovníkům a kolegům otevřít, nebo alespoň co nejvíce pootevřít. Činil tak úspěšně. Cesta moderními dějinami české psychiatrie z pohledu jejich přímého aktéra a hybatele, shrnutá v čtrnácti kapitolách osobních profesních vzpomínek, by měla být povinnou četbou nejen pro pamětníky.

Galén, 2024, 120 × 200 mm, 201 stran, vázané, barevné, 350 Kč

Kontakt: Galén, spol. s r.o., Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel. 602 139 914, e-mail: objednavky@galen.cz, www.galen.cz



Milan Brázdil a kol.

EPILEPTOLOGIE

Primární snahou autorů bylo sestavit ucelený přehled současných vědomostí o epidemiologii, patofyziologii, fenomenologii, diagnostice a terapii epilepsií, který má být praktickým pomocníkem lékařů v péči o celé spektrum pacientů se záchvatovým onemocněním (od jedinců po prvním epileptickém záchvatu až po pacienty s hůře kompenzovatelnou epilepsií). Počínaje diferenciální diagnostikou epilepsií a akutních symptomatických záchvatů či neepileptických záchvatů a konče praktickými doporučeními, jak zacházet s protizáchvatovými léky či dalšími terapeutickými postupy.

Maxdorf, 2024, 200 × 265 mm, 272 stran, vázané, barevné, 1195 Kč