

NÁSTROJE HODNOCENÍ RIZIKA NÁSILNÉHO JEDNÁNÍ V AKUTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČI

souborný článek

Marek Páv^{1,2}
Jaroslav Pekara^{1,3}
Aleš Jirmus¹
Dominik Korený¹
Robert Mužný⁴
Jan Vevera^{5,6}
Adam Žaludek⁷
Marta Nesvorná¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

²Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

³Vysoká škola zdravotnická, Praha

⁴Oddělení psychiatrické FN Ostrava

⁵Psychiatrická klinika FN Plzeň

⁶Psychiatrická klinika LF UK v Plzni

⁷3. LF UK v Praze

Kontaktní adresa:

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7
150 00 Praha 5
e-mail: pekara@vszdrav.cz

SOUHRN

Páv M, Pekara J, Jirmus A, Korený D, Mužný R, Vevera J, Žaludek A, Nesvorná M. Nástroje hodnocení rizika násilného jednání v akutní psychiatrické péči

Hrozící či již manifestní násilné jednání plynoucí z duševního onemocnění je jednou z příčin hospitalizace. Syndrom násilného jednání zahrnující psychotické, impulzivní a predační násilí vyžaduje správnou diagnostiku daného konání a specifické intervence k zabránění manifestace násilí. V současné době převažuje posouzení míry rizika násilného jednání prostým klinickým hodnocením, na druhou stranu se nabízí široká paleta diagnostických škál. Tyto nástroje ulehčují diagnostiku a zefektivňují kroky léčby násilného jednání i přístup celého ošetrovatelského týmu. Zavádění takových nástrojů dává naději na tzv. patient-tailored medicine, ve smyslu ovlivnění konkrétních symptomů, interakcí či organizace péče. Cílem našeho nesystematického přehledového článku je poskytnout základní přehled efektivních škál pro hodnocení rizika násilného jednání.

Klíčová slova: agrese, násilné jednání, risk assessment, škála, DASA, BVC.

SUMMARY

Páv M, Pekara J, Jirmus A, Korený D, Mužný R, Vevera J, Žaludek A, Nesvorná M. Risk assessment tools of violent behaviour in acute psychiatric care

The threat or manifestation of violent behaviour as a result of mental illness is one of the reasons for hospitalisation. The syndrome of violent behaviour, including psychotic, impulsive and predatory violence, requires a correct diagnosis of the behaviour and specific interventions to prevent the manifestation of violence. At present, the assessment of the risk of violent behaviour is mainly based on a simple clinical assessment, but a number of diagnostic scales are available. These tools facilitate diagnosis and make the treatment of violent behaviour and the approach of the whole care team more effective. The introduction of such tools offers the hope of patient-tailored medicine, in the sense of influencing the specific symptoms, interactions or organisation of care. The aim of our text is to provide a nonsystematic review of effective scales for assessing the risk of violent behaviour.

Key words: aggression, violent behaviour, risk assessment, scale, DASA, BVC.

ÚVOD

Naprostá většina psychiatrických pacientů se běžně násilně nechová, velmi často se však stává obětí násilných činů.¹ Nichtová a Vevera² zjistili, že čtvrtina pacientů s vážnou psychickou poruchou byla v posledním roce obětí násilné viktimizace. I tak je výskyt násilí na psychiatrických odděleních vnímán jako celosvětový problém,³ na kterém se podílejí faktory na straně pacienta, ošetřujícího personálu a současně faktory ovlivňující atmosféru oddělení.⁴ Ochrana personálu i pacientů je při takových situacích prioritou.⁵ Zahraniční literatura výskyt násilných incidentů na akutních psychiatrických odděleních vymezuje v rozptylu prevalence verbálních i fyzických agresivních událostí od 7,5 až do 75,9 %, ³ konzervativnější nález pak zjišťuje vyložení násilné incidenty u 17 % pacientů.⁶ Starší česká studie uvádí 5% výskyt násilí u pacientů hospitalizovaných na univerzitní psychiatrické klinice.⁷

Psychiatrická akutní péče je spojována se třemi hlavními okruhy klinických rizik, kterými jsou násilné jednání, sebevražedné jednání a porucha sebezpečí.⁸ Nebezpečí výskytu násilí je často spojeno s faktory, které nemohou být vždy v plné míře ovlivněny či předvídný. Riziko násilí je však možné systematicky řídit pomocí standardizovaných nástrojů.^{9,10} Cílem a účelem klinického risk managementu je snaha poskytnout výstupy, které mohou pomoci při klinickém rozhodování a rovněž umožní zkoumání efektu určité deeskalační intervence či samotné léčby.¹¹ Text si klade za cíl popsat aktuálně nejrozšířenější nástroje a postupy hodnocení rizika násilného jednání v psychiatrii z hlediska krátkodobého horizontu, dále zmiňuje faktory, které se na riziku násilného jednání podílejí. V článku jsou zmíněny vedle nástrojů strukturovaného odborného hodnocení i aktuálně využívané, efektivní a časově nenáročné screeningové metody.

SYNDROM NÁSILNÉHO JEDNÁNÍ

Pachateli násilí se často stávají lidé viktimizovaní¹² a lidé s autoagresivními projevy, což naznačuje, že viktimizace, autoagrese a agrese se vzájemně ovlivňují a obětí pachatelem násilí se často stávají ti samí lidé (překryv obětí-pachatel).¹³ Bohužel, mnohem větší pozornost byla dosud věnována tomu, jak často jsou pacienti (nejčastěji s diagnózou schizofrenie) vykonavatelé násilí, než tomu, jak často jsou jeho obětí.¹⁴ S postupem výzkumu je v současné době k násilnému jednání přistupováno jako k dimenzionálnímu konstruktovi.⁸ Mezi tři jádrové domény, které podkládají násilné jednání, patří domény násilí impulzivního, predačního (instrumentálního) a psychotického.¹⁵ Každá z těchto domén má odlišný neurobiologický podklad a konektom. Toto dělení umožňuje lepší porozumění etiologii, predikci dalšího výskytu i hodnocení takového jednání.¹⁶ Dimenzionální přístup umožňuje oddělení jednotlivých jádrových syndromů a hledání jejich neurobiologických korelátů, účinné a cílené léčby, dále také vývoj přesnějších diagnostických nástrojů. Toto dělení je pro praxi důležité, protože zatímco k ovlivnění jádrových psychotických syndromů je základní strategií antipsychotická medikace, u syndromů, které sytí doménu impulzivního násilí, může být postup jiný, založený například pouze na deeskalačních

technikách.¹⁷ Zatímco studie realizované na chronicky násilných pacientech ukazují, že nejčastějším typem násilí u pacientů s psychózou je impulzivní násilí, česká studie ukázala, že na standardních akutních odděleních je nejčastějším spouštěčem násilí psychotická produkce, která jim byla u 76,71 % násilných incidentů. Terapeutické intervence ale rozdíl v etiologii nezohledňovaly.¹⁸

ROZDĚLENÍ NÁSILÍ DLE JEHO SPOUŠTĚČŮ

Psychotické násilí se objevuje v situacích, kdy je útok přímo ovlivněný pozitivními psychotickými symptomy, jako jsou halucinace, bludy a psychotická zmatenost nebo dezorganizace. Tento typ násilí je nejméně častým podtypem násilí ve všeobecné populaci, v českém prostředí je dominantní u nemocných se schizofrenií.¹⁹

Impulzivní násilí je ovlivněno nízkou kontrolou impulzů, která je poměrně častá u schizofrenních pacientů a která je taktéž propojena s emoční dysregulací.¹⁷ Je vyvoláno provokací (odmítnutí požadavku pacienta, potřeby nebo výzvy), dochází často ke ztrátě emoční kontroly, dominuje vztek.¹⁷ S ohledem na prevalenci je nutné věnovat větší pozornost deeskalačním technikám²⁰ a postupům,²¹ které jsou doporučovány jako základní přístup při snižování rizika propuknutí přímého násilí.²² V praxi impulzivní násilí léčíme stejně jako násilí psychotické, což je chyba.²³

Predační (psychopatické) nebo též instrumentální násilí je považováno za nejzávažnější svým charakterem a svými důsledky pro oběti.¹⁶ Porucha osobnosti, zvláště disociálního typu (měřená např. pomocí Psychopathy Checklist), je robustním rizikovým faktorem násilného jednání v libovolném prostředí a míra násilnosti tohoto jednání je obvykle vyšší než u násilných incidentů spáchaných osobami bez této osobnostní poruchy.²⁴ Je nutné dodat, že tyto osoby jsou zároveň disponovány i k páchání impulzivní agrese.²⁵

Je zřejmé, že jednotlivé dimenze syndromu násilí se u konkrétního nemocného (či nemocné) mohou vyskytovat a také často vyskytují současně. Například psychotické a impulzivní násilné jednání je spojováno s přehnanou reaktivitou na domnělou hrozbu (což odpovídá neurobiologickému korelátu oslabené kortikální regulace).²⁶ Násilné jednání u nemocných se schizofrenií je spojeno s vyšší impulzivitou, kvůli narušení regulace emocí.²⁷ Uvědomění si převažující dimenze rizika násilného jednání u jednotlivých nemocných umožňuje lepší zacílení léčby, rozdělení rizik na krátkodobé a dlouhodobé a jejich adekvátnější ovlivnění.

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝSKYT NÁSILNÉHO JEDNÁNÍ

Násilné jednání může být také děleno dle svého zaměření na násilí směřované k personálu, spolupacientům, návštěvám, objektům, či jako sebepoškození. Tyto činy mohou být vyvolány faktory ovlivňujícími atmosféru oddělení (ze strany ostatních pacientů, jednáním personálu či

např. uspořádáním daného oddělení).²⁸ Lepší pochopení faktorů spojených s násilím na akutních psychiatrických odděleních by mohlo vést k lepšímu rozhodování při plánování a výkonu služeb, při rozvoji preventivních opatření. Navíc znalost těchto faktorů může pomoci při interpretaci hlášené míry násilí na konkrétních odděleních.⁶ Ze systematického přehledu faktorů spojených s násilím u hospitalizovaných pacientů lze riziko násilí očekávat u pacientů,³ kteří byli přijati nedobrovolně, chovali se násilně již v minulosti, mají diagnózu schizofrenie, jsou hospitalizováni opakovaně, mají sebedestruktivní chování v anamnéze anebo jejich anamnéza je/byla spojena s užíváním návykových látek. Významnou roli sehrává také vliv nedostatku spánku a specifická sociální anamnéza (bezdomovectví, nezaměstnanost, pacient žijící sám).^{29,30}

Důležitým faktorem při výskytu násilí je i interakce, zejména komunikace mezi personálem a pacienty. Neprofesionální komunikace mezi personálem a pacienty, vnímaný nedostatek empatie, respektu či pocit nedostatku sdíleného rozhodování patří mezi velmi časté důvody vedoucí k výskytu násilných projevů.³¹ Méně incidentů se vyskytuje na odděleních, kde má tým proaktivního vedoucího, který dohlíží na jasně rozdělené role při řešení konfliktních situací, a také tam, kde byl zaznamenán pozitivní přístup u obtížných pacientů a kde panuje pořádek a organizace práce na oddělení.³²

NÁSTROJE PREDIKCE RIZIKA NÁSILNÉHO JEDNÁNÍ V AKUTNÍ PÉČI

Vzhledem k nedostatečné prediktivní validitě hodnocení rizika násilného jednání klinickým pohovorem (první generace hodnocení)³³ jsou zaváděny nástroje, které predikci rizika zpřesňují. Nástroje stanovení rizika násilného jednání lze rozdělit do dvou základních kategorií:

1. statistické a klinicky observační (druhá generace),
2. nástroje strukturovaného odborného posouzení (třetí generace), které jsou syntézou předchozích dvou kategorií hodnocení.¹⁰

Statistické nástroje používají faktory, jako je věk, pohlaví nebo diagnostické zařazení, k tomu, aby na základě výsledků studií pracujících s velkými vzorky určily riziko násilí (stále platí, že nejvýznamnějším prediktorem násilného jednání je předchozí jednání). Klinické predikční nástroje z pozorování chování nemocného usuzují na riziko výskytu násilí převážně z aktuální psychopatologie a konkrétního jednání nemocného.

V našich podmínkách je již dostupné portfolio nástrojů třetí generace, které využívá postup strukturovaného odborného hodnocení, pomocí kterého lze komplexně zhodnotit riziko násilného jednání a stanovit plán k intervenci rizik. Jedná se o nástroje:

- HCR-20V3,³⁴ který je určený pro hodnocení rizika u všeobecné psychiatrické klientely,
- SVR-20, pro nemocné s rizikem sexuálního násilí,³⁵
- SAVRY, určený pro hodnocení rizika u dětí a adolescentů.³⁶

Kromě toho je v ČR dostupný i nástroj SAPROF, hodnotící protektivní faktory rizika násilného jednání.^{37,38} Tyto nástroje jsou již rutinně užívané v rámci postupu Strukturovaného odborného hodnocení v rámci specializovaných týmů CDZ-OL. Práce s nimi je hrazena z prostředků všeobecného zdravotního pojištění, je však poměrně časově náročná. Kliničtí pracovníci také musejí disponovat dostatečnými zkušenostmi a erudicí nutnou pro komplexní zhodnocení metodou Strukturovaného odborného posouzení. Z výše uvedených důvodů byly vyvinuty jednoduché screeningové nástroje, které prokázaly přínos v krátkodobé predikci rizika násilného jednání. Tyto nástroje bývají obvykle administrovány nelékařským zdravotnickým personálem, který s nemocnými tráví nejvíce času (a bývá také v nejvyšším riziku jako oběť páchaní násilného jednání) a který může poskytnout výraznou podporu při rozhodování lékaře či jiných profesionálů.

Mezi nástroje používané k akutní predikci rizika lze zahrnout následující škály:

Overt Aggression Scale (OAS)

Byla vyvinuta k měření pozorovatelného agresivního a násilného jednání u dospělých i dětí retrospektivně. OAS se dělí na dvě části. První část se skládá ze čtyř kategorií: (1) verbální agrese, (2) fyzická agrese, (3) fyzická agrese vůči sobě a (4) fyzická agrese vůči jiným lidem.

Druhá část škály hodnotí intervence personálu v době incidentu. Škálu (obr. 1) lze kromě hodnocení celkové závažnosti agrese použít i k hodnocení konkrétních typů

Instructions: Please place an X on the right hand margin, check if they are currently present, occurred only in the past, or both.

	X	Aggressive Behavior (check all that apply)	Present	Past Only
		Verbal aggression		
1		Makes loud noises, shouts angrily		
2		Yells mild personal insults, e.g. "You're stupid."		
3		Curses viciously, uses foul language in anger, makes moderate threats to others or self.		
4		Makes clear threats of violence towards others or self ("I'm going to kill you", or "I may just kill myself").		
		Physical Aggression Against Objects		
5		Slams door, scatters clothing, makes a mess.		
6		Throws objects down, kicks furniture without scratching it or making marks in the wall.		
7		Breaks objects, kicks in walls, smashes windows.		
		Physical Aggression Against Self		
8		Picks or scratches skin, hits self, pulls hair (with no or minor injury only).		
9		Bangs head, hits fist into objects, throws self onto floor or into objects (hurts self without serious injury).		
10		Small cuts or bruises, minor burns.		
11		Mutilates self, causes deep cuts, bites that bleed, internal injury, fracture, loss of consciousness, loss of teeth.		
		Physical Aggression Against Other People		
12		Makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes.		
13		Strikes, kicks, pushes, pulls hair (without injury to them).		
14		Attacks others, causing mild to moderate physical injury (bruises, sprain welts).		
15		Attacks others, causing severe physical injury (broken bones, deep lacerations, internal injury)		

Obr. 1. **Overt Aggression Scale.** Modified from Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D, 1986

Dynamické hodnocení situační agrese – lůžková verze							
Následující hodnocení je založeno na Vaší znalosti a pozorování pacienta během předchozích 24 hodin. Dobře známí pacienti jsou skórováni 1 při zvýšení intenzity popisované kategorie, naopak běžné chování při absenci agresivních projevů je skórováno 0.	PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
Iritabilita – pacient se snadno naštve či rozzlobí; pacient není chopen tolerovat přítomnost ostatních	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Impulzivita – pacient vykazuje známky nestability v chování a afektu (např. dramatické změny v náladě, celkovém projevu, neschopnost zůstat klidný a soustředěný)	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Neochota řídit se pokyny – pacient se snadno naštve nebo se chová agresivně, když je požádán, aby dodržoval léčebný režim nebo rád oddělení	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Citlivost na vnímanou provokaci – pacient vnímá akce jiných lidí jako ohrožující, mohou chybně interpretovat chování jiných lidí nebo reagovat zlostně nepřiměřeně k situaci	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Snadno se naštve při zamítnutí jeho žádosti – pacient je netolerantní nebo se snadno naštve, když je jeho žádost zamítnuta nebo je požádán o chvíli strpení	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Negativní postoje – pacient vykazuje zatvrzelé antisociální a negativní postoje a přesvědčení, které mohou být spojeny s násilím a agresí	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Verbální výhrůžky – pacient vykazuje slovní explozi, která představuje více než jen zvýšený hlas a která vykazuje jasný záměr zastrašit nebo vyhrožovat jiné osobě	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Záznam agresivního chování – Modified Overt Aggression Scale							
Verbální agrese (0 – bez verbální agrese; 1 – rozzlobený křik, urážky střední intenzity a verbální osobní útoky; 2 – hrubé urážky, výbuchy vzteku; 3 – impulzivní vyhrožování násilím sobě i druhým, 4 – opakované vyhrožování násilím vůči sobě či ostatním, úmyslné vyhrožování násilím např. se záměrem získat peníze či vynutit si sex)	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Agresivita namířená proti majetku (0 – bez agrese; 1 – praskání dveřmi, trhání oděvů, močení na podlahu; 2 – shazování předmětů, kopání do nábytku, čmáraní po zdech; 3 – ničení předmětů, rozbíjení oken; 4 – zakládání ohňů, okoli nebezpečné házení předmětů)	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Autoagresivita (0 – bez autoagrese; 1 – bodání a škrábání se do kůže, vytrhávání vlasů, bití se; 2 – bouchání hlavou, bouchání pěstmi do zdi, vrhání se do dveří; 3 – způsobování si drobných oděření, řezných ran, popálenin, šránů a podlitin; 4 – způsobování si vážných zranění nebo pokus o sebevraždu)	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N
Fyzická agrese (0 – bez fyzické agrese; 1 – výhrůžná gesta a posunky na ostatní, chytání za oděv; 2 – údery, kopání, strkání, tahání za vlasy, škrábání a další aktivity, bez toho, aby způsobily zranění; 3 – útoky na ostatní vyvolávající zranění; 4 – útoky na ostatní vyvolávající vážné zranění)	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N	A/N

Obr. 2. Dynamické hodnocení situační agrese a záznam agresivního chování

The Brøset Violence Checklist		
Datum:	hodnocení/ body	Absence násilného chování = skór 0 Přítomnost násilného chování = skór 1
	denní	noční
Zmatenost		
Iritabilita		
Expanzivita		
Fyzické násilí		
Verbální výhrůžky		
Násilí vůči předmětům		
celkem		Maximální skór (CELKEM) 6
Interpretace skórování: • Skór 0 = riziko násilí je nízké • Skór 1–2 = riziko násilí je střední. Měla by být přijata preventivní opatření. • Skór nad 2 = riziko násilí je velmi vysoké. Mají být přijata/provedena preventivní opatření, a kromě toho by měl být vypracován plán pro zvládnutí potenciálního násilí.		

Obr. 3. Šestipoložková škála BVC

agrese.³⁹ V rámci každé kategorie je agresivní chování hodnoceno podle své závažnosti. Počáteční a konečný čas pro každou epizodu je zaznamenán; incidenty, které se vyskytnou kratší dobu než 30 minut po sobě, se počítají jako součást téže epizody. Specifická topografie agrese se kontroluje v každé situaci, od mírně ohrožujících forem agrese, jako je například dupání nohou, křik nebo bouchání dveřmi, až po nejzávažnější formy, jež vedou ke zranění nebo bezvědomí.⁴⁰

MOAS

Jedná se o modifikovanou verzi škály OAS (obr. 2). Položky jsou hodnoceny na pětibodové škále. Skór se pohybuje v rozmezí od 0 do 40 bodů, přičemž vyšší skór znamená větší násilí. MOAS je jedním z nejpoužívanějších retrospektivních měřítek násilí a agrese. Škála byla původně určena pro použití lékaři v klinickém prostředí, ale mohou ji používat i rodiče ke sledování agresivního chování svých dětí v průběhu času. Zvláště užitečná je při posuzování agresivního chování u pacientů s traumatickým poškozením mozku. Původně byla navržena k měření agresivity u hospitalizovaných psychiatrických pacientů, konkrétně u pacientů s autismem. MOAS se zadává individuálně. Obvykle jej administruje ošetrovatelský personál, ačkoli není vyžadována žádná zvláštní kvalifikace.⁴¹

Brøset violence checklist (BVC)

BVC je šestipoložková škála (obr. 3) usnadňující predikci násilného jednání ve 24hodinové perspektivě. Škála je používána v celém komplexu zdravotnictví (nejen na psychiatrii), na nejrůznějších odděleních (pohotovostní oddělení, záchranná služba, ambulance). BVC původně vyvinuli Linaker a Busch-Iversen v roce 1995 a v roce 2000 ji rozvinula společnost Almvik & Woods. Nyní se používá ve více než 40 zemích v řadě úprav. BVC je jedním ze dvou nástrojů doporučených Národním institutem klinické excelence (pokyny NICE) ve Spojeném království, Centrem pro klinické poradenství v Dánsku a Zdravotním ředitelstvím v Norsku pro sledování násilného a agresivního chování.⁴² Hodnocení pacienta probíhá v dohodnutý čas

na každé směně, nejčastěji třikrát denně. Položky jsou hodnoceny na dichotomické škále (prvek násilí přítomen = 1; nepřítomen = 0) a sčítají se do celkového skóru. Pokud je profil chování u daného pacienta bez prvků zmatenosti, nespolupráce, agrese či násilí, přísluší mu skór 0. Pokud dojde k nové zmatenosti nebo jejímu prohloubení, skóruje se 1. Rozšířená osmipoložková verze – East London Modified-Broset – je používána jako nástroj k indikaci omezovacího prostředku (nebo místnosti určené k bezpečnému pohybu) a prokázala se jako specifická pomůcka, která může být použita při rozhodování pro indikaci tohoto omezení.⁴³

Dynamic Appraisal of Situation Agression (DASA)

Nejrozšířenějším nástrojem třetí generace je DASA-IV. Je založená na modelu strukturovaného profesionálního posouzení rizika násilí a zahrnuje sedm položek (obr. 2).⁴⁴ DASA je určená k identifikaci rizika násilí v časovém rámci od několika hodin do maximálně dvou dnů u pacientů na akutních psychiatrických odděleních. Obvykle je využívána predikce na dalších 24 hodin. Nástroj je syntézou a evolucí nástrojů předchozích, např. položka č. 1 a č. 7 je převzata z BVC (podrážděnost a verbální hrozby), položka 6 z druhé generace HCR-20 (impulzivita a negativní postoje). Tyto položky jsou doplněny o citlivost k vnímaným hrozbám, neochotu řídit se pokyny, či snadné rozlomení se při zamítnutí požadavku pacienta.⁴⁵ Podobně jako u BVC jsou položky DASA-IV hodnoceny každých 24 hodin na dichotomické škále (přítomen = 1; nepřítomen = 0) a sečtou se ve společné skóry. Skór 0–1 je považován za nízké riziko, skór 2–3 je považován za střední riziko a skór 3 a vyšší je považován za riziko vysoké. Celkový skór má být vyhodnocen kontaktní sestrou pacienta a doba hodnocení se udává asi pět minut (z našich zkušeností plyne, že může být při dobré znalosti klinického stavu nemocných i výrazně kratší). Před zahájením sběru dat je vhodné, aby sestry vyplňující nástroj absolvovaly (např. dvouhodinový) školicí seminář, týkající se důvodů pro používání strukturovaného krátkodobého hodnocení rizika násilí v péči o pacienty, způsobu používání nástroje DASA, zapojení pacientů do procesu hodnocení DASA a povahy procesu náboru pacientů.³²

DISKUSE

Jedním z hlavních úkolů klinického hodnocení psychiatrických pacientů je zjištění míry rizika násilného jednání v bezprostřední budoucnosti, v řádu hodin. To ovlivňuje klinické rozhodování o detenčním zadržení, volbě adekvátní farmakologické léčby, propuštění do ambulantní péče, případně aplikaci omezovacích prostředků. Cílem škál pro hodnocení rizikového (násilného) chování je při hospitalizaci na akutním psychiatrickém oddělení identifikovat rizikové faktory u daného nemocného a na jejich základě predikovat výskyt násilného jednání v krátkodobém horizontu. Z dostupných nástrojů používaných k akutní predikci rizika násilí jsou aktuálně nejpoužívanější BVC a DASA, které jsou časově nenáročné a jsou

přizpůsobitelné pro běžnou klinickou praxi.⁴⁶ Přímé srovnání BVC a DASA ukazuje, že DASA je senzitivnější a přesnější nástrojem v predikci násilného jednání během následujících 24 hodin u nemocných se schizofrenií.⁴⁷ Zásadním aspektem je, že ke skórování DASA-IV je nezbytná interakce nemocných a personálu, nejde tedy o nástroj observační jako u BVC. Skórování položek u DASA je prováděno často v odpoledních hodinách, kdy službu konající sestra již dobře zná stav nemocného (což umožňuje riziko násilných incidentů monitorovat a neprodleně intervenovat), jsou jí předány informace z předcházející noční směny, a je tedy možné zodpovědně provést predikci na následující noční směnu. Celkově lze shrnout, že DASA-IV je prokazatelně přesnější v předpovědi násilného jednání u schizofrenních pacientů na dobu 24 hodin než BVC.³²

Je nutné zdůraznit, že předchozí klinická zkušenost s daným nemocným (případně s manifestací jeho předchozího násilného jednání) je zásadním faktorem, který by měl ovlivňovat klinický management v současné hospitalizaci. Dalším nástrojem, který může být použit, je např. položka škály PANNS hostilita, kdy zvýšené skóry u této položky navyšuje krátkodobé riziko násilného jednání. Pro retrospektivní hodnocení epizod agrese se používá OAS (Overt Aggression Scale) či její verze MOAS. Tyto škály však nemají prediktivní validitu; nabízí se tak spojení nástrojů (obr. 2).

V klinickém použití a za pilotního provozu se na oddělení zvýšené péče Psychiatrické nemocnice Bohnice ukazují silné stránky nástroje DASA, od použití BVC se upustilo. Ukazuje se také jako výhodné provádět záznam predikce rizika násilného jednání současně se záznamem výskytu incidentů v předchozích 24 hodinách, např. pomocí MOAS. Spojení prediktivního nástroje a následného výskytu násilného jednání totiž umožňuje ověřit účinnost terapeutických intervencí (např. deeskalačních postupů). Záznam hodnocení se stává cenným vodítkem při rozhodování o dalším postupu, např. propuštění do ambulantní péče, překlada na jiné oddělení, či při rozdělování pacientů mezi pracovníky z hlediska náročnosti péče. Pokud je na systém predikce rizika násilí napojený i systém intervencí – např. deeskalační techniky, nabídka klidného prostředí, nabídka pomůcek ke zklidnění, individuálních aktivit, dobrovolného užití medikace apod., lze se mnohdy vyhnout aplikaci omezovacích prostředků. Na straně druhé, vysoký skór v uváděných škálách může být podkladem pro jejich případnou adekvátně indikovanou aplikaci, např. ve formě užití medikace jako omezovacího prostředku. Při pilotním zavádění je přínos vnímán ve sjednocení pohledu na rizikovost jednání jednotlivých nemocných napříč členy týmu s různě dlouhou praxí a erudicí, dále v zaškolení nových pracovníků. Použitím strukturovaného nástroje s jasně danou definicí položek se zvyšuje i kooperace mezi členy týmu (primárně lékaři, sestrami, ale i sanitáři) v identifikaci jednotlivých rizikových faktorů. Ošetřovatelský personál oceňuje zefektivnění předávání informací o aspektech rizika násilného jednání u jednotlivých nemocných další směně a zjednodušení delegování činností na pomocný personál (sanitáře). Výše popsaný systém je v souladu s metodikou Safewards,⁴⁸ která je na výše zmíněném oddělení zavedena.

ZÁVĚR

Ačkoliv se naprostá většina duševně nemocných nechová násilně, jednání spojené s agresivitou a přičítané duševnímu onemocnění či poruše je častou indikací k hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je nebezpečnost sobě či okolí z nejrůznějších příčin indikací k nedobrovolné hospitalizaci. Management klinických rizik na akutním oddělení je pak nezbytnou součástí vedení oddělení i hospitalizací u jednotlivých nemocných. Základem tohoto managementu je pak hodnocení rizika agresivního jednání s využitím standardizovaných nástrojů a postupů, jež umožňuje riziko identifikované u daného nemocného zasadit do určitého rámce a rozlišit, které faktory jsou léčebně ovlivnitelné a které nikoliv. V současné praxi schází

standardizace klinického postupu, který stanovuje riziko násilného jednání, což může vést k nekonzistenci při vyšetřeních různými kolegy. Je pravdou, že zkušený klinický pracovník dokáže s vysokou mírou přesnosti určit riziko násilného jednání. Ne vždy však personál disponuje dostatečnou erudiicí, je tedy vhodné tato hodnocení standardizovat. Použití standardizovaných nástrojů má oporu založenou na důkazech, posiluje i roli ošetřovatelského personálu, který s nemocnými tráví nejvíce času, a má tedy nejvíce informací o stavu nemocných a jejich reaktivitě v široké škále situací. Použití strukturovaných nástrojů klinického hodnocení násilí a agrese je nezbytnou součástí péče o duševně nemocné s omezenou kontrolou jednání z důvodu prevence výskytu agresivního a násilného jednání a ochrany zdraví nejen nemocných, ale i personálu v přímé péči.

LITERATURA

- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 9 (10): 1925–1939.
- Nichtová A, Vevera J. Viktimizace pacientů se závažným psychickým onemocněním (II.). *Čes a slov Psychiat* 2024; 120 (3): 125–126.
- Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberg E, Domen P, van Amelsvoort T, Drukker M. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One* 2021; 8 (16): 10.
- Cebrino J, Portero de la Cruz S. A worldwide bibliometric analysis of published literature on workplace violence in healthcare personnel. *PLoS One* 2020; 23 (15): 11.
- Vevera J. Agitovaný a agresivní pacient v neuropsychiatrii: umíme pracovat i s nefarmakologickými postupy? *Psychiatr praxi* 2023; 24 (1): 27–31.
- Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielsens O, de Girolamo G. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10.
- Balíková A, Vevera J. Prevalence násilí u hospitalizovaných pacientů na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN – data z let 2000 a 2011/2012.
- Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res* 2013; 13 (44).
- Douglas KS, Otto RK, Desmarais SL, Borum R. Clinical forensic psychology. In Schinka JA, Velicer WF, Weiner IB (eds.). *Handbook of psychology: Research methods in psychology*. Wiley 2013: 213–244.
- Páv M, Skřivánková P, Vňuková M, Ptáček R, Vevera J. Hodnocení rizika násilného jednání. *Čes a slov Psychiat* 2020; 116 (2): 66–73.
- Kavaler F, Alexander RS, Preceded by: Kavaler Florence. Risk management in healthcare institutions: limiting liability and enhancing care. Third edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning 2014: 530.
- Cerny M, Hodgins S et al. Violence in persons with and without psychosis in the Czech Republic: risk and protective factors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14: 2793–2805.
- Volavka J. Editorial: Victimization and perpetration in the mentally ill: Two phenotypes of the same underlying disorder? *Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii* 2020; 52.
- Vevera J, Černý M, Kázmér L, Příhodová K, Ptáček R, Ptáčková H. Viktimizace pacientů trpících psychózou. *Postgraduální medicína* 2018; 20 (6): 573–579.
- Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, Volavka J. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003; 54 (7): 1012–1016.
- Stahl SM. Deconstructing violence as a medical syndrome: mapping psychotic, impulsive, and predatory subtypes to malfunctioning brain circuits. *CNS Spectr* 2014; 19 (5): 357–365.
- Quanbeck CD, McDermott BE, Lam J, Eisenstark H, Sokolov G, Scott CL. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatric Services* 2007; 58 (4): 521–528.
- Nichtová A, Volavka J, Vevera J, Příhodová K, Juríčková V, Klemsová A et al. Deconstructing violence in acutely exacerbating psychotic patients. *CNS Spectr* 2021; 26 (6): 643–647.
- Bezdiček O, Nichtová A, Juríčková V, Preiss M, Vevera J. The factor structure of assaultive behaviour among acute schizophrenia patients. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2022; 33 (6): 846–858.
- Vevera J, Nichtová A, Strunzová V et al. ke zvládnutí násilí. *Čes a slov Psychiat* 2018; 114 (5): 213–217.
- Warburton KD, Stahl SM. Violence in psychiatry. Cambridge University Press 2016: 337.
- Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Primární prevence agitovanosti a agrese v klinické praxi. *Čes a slov Psychiat* 2018; 114 (6): 260–263.
- Vevera J, Nichtová A, Juríčková V. Léčíme správně násilí u pacientů s Psychózou? XIV. sjezd Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Mikulov 2022.
- Salekin RT, Rogers R, Sewell KW. A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1996; 3 (3): 203–215.
- Blais J, Solodukhin E, Forth AE. A meta-analysis exploring the relationship between psychopathy and instrumental versus reactive violence. *Criminal Justice and Behavior* 2014; 41 (7): 797–821.
- Tardiff K. Stahl's Illustrated: Violence: Neural circuits, genetics and treatment by Stephen M. Stahl and Debbi Ann Morrisette. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press 2014: 103.
- Skřivánková P, Páv M, Faberová K, Perkins D, Boukalová H, Adam D, Mazouchová A, Gillernová I, Anders M, Kitzlerová E. Violence risk and personality assessment in adolescents by Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) and high school personality questionnaire (HSPQ): Focus on protective factors strengthening. *Front Psychiatry* 2023; 10 (13).
- McDermott BE, Edens JF, Quanbeck CD, Busse D, Scott CL. Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: variable- and person-focused analyses. *Law and Human Behavior* 2007; 32 (4): 325–338.
- Langsrud K, Kallestad H, Vaaler A, Almvik R, Palmstierna T, Morken G. Sleep at night and association to aggressive behaviour; Patients in a psychiatric in-

- tensive care unit. *Psychiatry Research* 2018; 263: 275–279.
30. Mi W, Zhang S, Liu Q, Yang F, Wang Y, Li T et al. Prevalence and risk factors of agitation in newly hospitalized schizophrenia patients in China: an observational survey. *Psychiatry Research* 2017; 253: 401–406.
 31. Pulsford D, Crumpton A, Baker A, Wilkins T, Wright K, Duxbury J. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013; 20 (4): 296–304.
 32. Lantta T, Anttila M, Kontio R, Adams CE, Välimäki M. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *Int J Ment Health Syst* 2016; 5 (10): 27.
 33. McNeil DE, Gregory AL, Lam JN, Binder RL, Sullivan GR. Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (5): 945–953.
 34. Vňuková M, Ptáček R, Páv M, Vevera J. HCR-20v3: hodnocení rizika násilí / Martina Vňuková, Radek Ptáček, Marek Páv, Jan Vevera. Česká adaptace: Boer, Douglas P, HCR 20 – assessing for risk violence version 3. Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020: 152.
 35. Halouzková L, Sejbalová P, Páv M, Vňuková M, Ptáček R. SVR-20, Česká adaptace: Boer, Douglas P, SVR 20 V2 manual for version 2 of the sexual violence risk-20. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR 2020: 96.
 36. Skřivánková P, Páv M, Faberová K, Perkins D, Boukalová H, Adam D, Kitzlerová E. Violence risk and personality assessment in adolescents by Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) and high school personality questionnaire (HSPQ): focus on protective factors strengthening. *Front Psychiatry* 2023: 13.
 37. Páv M, Vňuková M, Ptáček R. SAPROF: strukturované posouzení protektivních faktorů při posuzování rizika násilného jednání. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR 2020: 84.
 38. Páv M, Sebalo I, Vňuková M, Pabiánová Š, Málová V, Hollý M et al. Predicting discharge from long-term forensic treatment: patients characteristics, protective factors, needs and treatment-related factors study in the Czechia. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2022; 33 (1): 89–111.
 39. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. Overt Aggression Scale (OAS) [Database record]. *APA PsycTests* 1986.
 40. Hellings JA, Nickel EJ, Weckbaugh M, McCarter K, Mosier M, Schroeder SR. The overt aggression scale for rating aggression in outpatient youth with autistic disorder: preliminary findings. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005; 17 (1): 29–35.
 41. Cohen IL, Tsiouris JA, Flory MJ, Kim S-Y, Freedland R, Heaney G, Ted Brown W. A large scale study of the psychometric characteristics of the IBR Modified Overt Aggression Scale: findings and evidence for increased self-destructive behaviors in adult females with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010; 40 (5): 599–609.
 42. Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT, Bue B, Bjorner J. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nord J Psychiatry* 2014; 68 (8): 536–542.
 43. Loi F, Marlowe K. East London Modified-Broset as decision-making tool to predict seclusion in psychiatric intensive care units. *Front Psychiatry* 2017; 4 (8): 194.
 44. Ogloff JRP, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law* 2006; 24 (6): 799–813.
 45. Webster CD, Nicholls TL, Martin M-L, Desmarais SL, Brink J. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): the case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences & the Law* 2006; 24 (6): 747–766.
 46. Ramesh T, Igoumenou A, Vazquez Montes M, Fazel S. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry* 2018; 52: 47–53.
 47. Yuniati W, Putra KR, Widasmara D. Brøset Violence Checklist (BVC) versus Dynamic Appraisal of Situational Aggression-Inpatient Version (DASA-IV): their sensitivity, specificity and accuracy as a predictor of violence in 24 hours among schizophrenia patients. *MEDISAINS* 2020; 30 (2): 58.
 48. Petr T, Procházka M. Jak pracovat s konflikty na psychiatrických odděleních? Představení metodiky Safewards, intervence, přínosy pro praxi. *Čes a slov Psychiat* 2021; 117 (6): 306–311.

referáty z literatury

Kiderman D, Ben-Shabat N, Tsur AM et al. Vitamin S insufficiency is associated with higher incidence of dementia, a large community-based retrospective cohort study

(Nedostatek vitamínu D je spojen s vyšším výskytem demence, velká komunitní retrospektivní kohortová studie) *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2023; 26 (6): 511–518.

Aktivní metabolit vitamínu D má neuroimunomodulační a neuroprotektivní vlastnosti. Nicméně se stále debatuje o možné spojitosti mezi sérovými hladinami hydroxyvitaminu D a zvýšeným rizikem pro demenci.

Mezi cíle velké, na komunitě založené, retrospektivní kohortové studie patřilo určit spojitost mezi hypovitaminózou D a demencí pro různou sérovou hladinu 25-hydroxyvitaminu D (25(OH)D). Pacienti byli identifikováni využitím databáze největšího poskytovatele zdravotní péče v Izraeli. Pro každou osobu byly získány všechny dostupné hodnoty 25(OH)D během doby studie,

kteřá trvala od r. 2002 do r. 2019. Poměry demence byly porovnány napříč různými hladinami 25(OH)D.

Kohorta zahrnuje 4 278 pacientů, z nichž 2 454 (57%) byly ženy. Průměrný věk na začátku sledování byl 53 let. Během 17letého období studie dostalo celkem 133 pacientů (3%) dg. demence. V plně upravené analýze mnoha odchylek bylo riziko demence téměř 2× vyšší u pacientů s průměrně naměřeným poklesem vitamínu D (pod 75 nmol/l) v porovnání s doporučenými hodnotami (75 nmol/l a více). U pacientů s deficitem vitamínu D (pod 50 nmol/l) se ukázal více než 2,5× vyšší podíl demence. V kohortě byli pacienti diagnostikováni jako demence v mladším věku ve skupinách s poklesem, resp. nedostatkem vitamínu D v porovnání s jeho doporučenými hodnotami.

Závěrem autoři konstatují, že nedostatečné hladiny vitamínu D jsou spojeny s demencí. Ta je diagnostikována v mladším věku u pacientů s nižší hladinou vitamínu D.

MUDr. Jaroslav Veselý