1 Tři důvody užití omezovacích prostředků v medicíně:

1. **Umožnění léčby:** případy, kdy se pacient léčbě brání či je natolik zmatený, že nedokáže dodržovat pokyny lékaře a například si vytahuje zavedenou kanylu s nezbytnou infuzí. Je na místě jej omezit, pokud by neléčení jeho stavu mohlo vést k ohrožení jeho zdraví či života.
2. **Ochrana pacienta**. Pokud je pacient zmatený, dezorientovaný či v akutním depresivním či psychotickém stavu, může se chovat způsobem, kterým sám sebe ohrožuje.
3. **Ochrana jiných lidí a okolního prostředí**. Ve stavu akutní zmatenosti, deliria, akutní psychózy či mánie může být pacient agresivní vůči druhým lidem, a to jak zdravotníkům, tak jiným pacientům.

Úprava definice tzv. omezení (psycho)farmaky:

není rozhodující forma léčivého přípravku, ale způsob a účel podání,

tj. „silou za účelem zvládnutí chování pacienta“,

platí povinnost informovat o farmakologickém omezení zákonného zástupce nebo opatrovníka, který následně, co nejdříve podepíše "Zápis v dokumentaci“ spolu s ošetřujícím lékařem a členem ošetřujícího týmu (zdravotní sestra).

Novela zákona č. 372/2011 Sb. platná od 1. 1. 2022,

K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít

a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem,

b) **omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,**

c) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu,

d) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta,

e) **psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta, nebo**

f) **kombinaci prostředků uvedených**,

Omezovací prostředky lze použít poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu, přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.

2 Definice omezovacích prostředků

1. **Fyzické omezení**: držení nebo znehybnění pacienta personálem při užití fyzické síly, „úchop pacienta“. U fyzického omezení nemocného musí být přítomno 5 zdravotníků.
2. **Mechanické omezení:** použít měkce vypodložené látkové popruhy ke znehybnění pacienta, pacient musí být umístěn mimo přímý kontakt s ostatními pacienty oddělení, po dobu omezení musí být pod trvalým dohledem

ošetřovatelského personálu, buď přímo, nebo prostřednictvím kamer, personál musí každých 30 minut kontrolovat stav pacienta a učinit o tom písemný záznam. Maximální délka nepřetržitého omezení ochrannými pásy je šest hodin a poté musí lékař znovu rozhodnout o jeho ukončení či prodloužení.

3. **Chemické omezení**: podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta
4. **Izolace:** umístění pacienta proti jeho vůli samotného do uzamčené místnosti.

Použití omezovacích prostředků by mělo být **nejzazším opařením a mělo by trvat co nejkratší dobu. Omezovací prostředky by měly být používány šetrně a kompetentně, aby se snížilo nebezpečí způsobení újmy nemocnému s respektováním jeho důstojnosti**. Pacient by neměl být na dohled jiných pacientů a jen s jeho výslovným souhlasem by měly být umožněny návštěvy příbuzných. Nová pravidla ukládají povinnost vést elektronickou evidenci používání omezovacích prostředků a nejméně jednou ročně ji vyhodnotit.

Nejsou omezovací prostředky

Izolační místnost, která není uzamčena, fixace nemocného v křesle k udržení stability, připoutání končetiny při aplikaci infuze, upevnění zábran k lůžku.

3 Praktický postup

1. Indikace použití omezovacích prostředků: **duševní porucha (delirium, demence)** nebo **intoxikace**, kdy je přítomen psychomotorický neklid a hrozí bezprostřední riziko autoagresivního či heteroagresivního jednání
2. Mírnější postupy byly nedostatečně účinné (uspokojení základních potřeb- hydratace, změna prostředí, perorální medikace ke zklidnění, pohovor)
3. Použití omezovacích prostředků: indikuje vždy lékař po osobním vyšetření pacienta
4. Otázka: je možné podání medikace ke zklidnění?
   ANO: podání medikace per os nebo parenterálně
   NE: použití mechanických omezujících prostředků (kurty, držení personálem) a aplikace parenterálně medikace ke zklidnění („neklidová medikace“) s průběžným informováním nemocného co se děje a proč

Psychofarmaka používaná ke zklidnění nemocného:

Neklid u psychózy, mánie, ev. dekompenzace poruchy osobnosti

Převaha agresivity: antipsychotika nebo antipsychotika + benzodiazepiny: **haloperidol 5** mg i.m., (maxim 20 mg/den, u seniorů 5 mg/den) + **klonazepam 1 mg i.v.**
Převaha úzkosti: **benzodiazepiny,** př **klonazepam** (Rivotril), jednorázově **1mg i.v.,** max 10mg/den K i.v. injekci musí být použita ampule roztoku klonazepamu, který bude těsně před použitím naředěn 1 ml rozpouštědla (aby se předešlo lokálnímu podráždění), rychlost podání musí být >1 minuta.

Neklid v rámci organicky podmíněného deliria

Je nejčastější příčina neklidu u somaticky nemocných. Pokud lze léčit vyvolávající příčinu (uroinfekt, bronchopneumonie, sepse, srdeční či respirační selhání, dehydratace, farmakologicky navozené, metabolický rozvrat, bolest), tak je to první krok. Psychofarmaka: Tiaprid i.v. 100 mg a 4-6 hodin, u nemocných, kde požadujeme antipsychotický efekt, tak v kombinaci s melperonem 3x25 mg/ nebo lépe s quetiapinem večer a/nebo i ráno, úvodní dávka 25 mg večer, a 24 hodin je možné navýšené o 25 – 50 mg.

Neklid v rámci intoxikace psychoaktivní látkou

Psychostimulancia: benzodiazepiny, event. benzodiazepiny + antipsychotika Alkohol, hypnotika, sedativa: haloperidol i.m. Pozor! Neindikovat benzodiazepiny u pacientů ebrietě, je nebezpečí útlumu dechového centra

Neklid v rámci odvykacího stavu s deliriem (dříve „delirium tremens“ při syndromu závislosti na alkoholu)

Benzodiazepiny v pravidelných intervalech, Diazepam 10 mg, opakovat každé 4 hodiny, maximální dávka 60 mg pro die i.v., tiaprid v pravidelných intervalech nebo v kontinuální infuzi, maximální denní dávka 1200 mg/den. Dle kalemie doplňovat kalium. Tiamin, a magnézium jako podpůrná léčba.

Neklid v rámci deliria u nemocných v preterminálním a terminálním stadiu

Jsou indikovány léčebné a ošetřovatelské postupy, které bezprostředně přispívají k zmírnění utrpení a udržení přijatelné kvality života pacienta. Cílem je dosáhnout rovnováhy tak, aby nemocný v **preterminálním stadiu** byl klidný, neměl bolesti, nebyl dušný a byl schopen reagovat, komunikovat s příbuznými, kteří většinou jsou přítomni u lůžka.
V **terminálním stadiu** dominuje kvantitativní porucha vědomí nad kvalitativní. Efekt psychofarmak (benzodiazepiny, antipsychotika) se potencuje s morphinem, event. antidepresivy, analgetiky či koanalgetiky.
Terapeutickou možností je kombinace: klonazepam, tiaprid, morphin. Kombinace klonazepam, opioidy je s rizikem sedace a respirační deprese, proto je indikována u nemocných, u nichž nejsou alternativní možnosti léčby. Při masivním PM neklidu nereagujícím na výše uvedenou kombinaci léčiv lze podat haloperidol, raději jednorázově 2.5 – 5 mg i.m., pokud do hodiny nebude neklid zmírněn, lze aplikaci jednorázově opakovat. Důležitá je vzájemná spolupráce medicínského týmu, pečlivé vedení dokumentace a edukace/spolupráce s rodinou.

4 Stručný přehled psychofarmak, antipsychotik

(maximální dávky léčiv dle SPC)

- **tiaprid 100 mg i.m., i.v**. (max 300-1200 mg) v pravidelných intervalech 3x, 4x denně, u pacientů s výrazným neklidem po 4 hodinách. U pacientů s nočním neklidem jednorázově 1amp (100 mg) tiaprid i.v., i.m., pokud do hodiny po aplikaci nedojde ke zmírnění neklidu, lze jednorázově aplikaci zopakovat. Dobře tlumí neklid, agitovanost, poruchy chování i spánku. Pozor, má minimální antipsychotický efekt, proto u pacientů s bludy a halucinacemi je nutná kombinace s melperon/quetiapin.
- **haloperidol 5 mg** (max 20 mg/den dle SPC)- raději nepoužívat u seniorů a pacientů s dekompenzací kardiovaskulárního onemocnění (KVO). Pozor, haloperidol má dlouhý vylučovací poločas, 10-38 hodin s tendencí kumulace v organismu a vyvolání kvantitativní poruchy vědomí. Má dobrý antipsychotický efekt a tlumí neklid, ale vyvolává závažné nežádoucí účinky extrapyramidové, kolapsy, prodloužení intervalu QTc, snižuje záchvatový práh. Proto má být užíván k jednorázovému tlumení těžkého neklidu, který nereaguje na tiaprid, či melperon/quetiapin.
- Lze kombinovat **tiaprid s quetiapinem (Seroquel, Questax**). Postupná titrace quetiapinu je od 25 mg, zvyšování po 25 -50 mg/den, dobrá tolerance i 200 mg/den. Nejvyšší dávka se podává večer, možné je podání ráno a večer po 12 hodinách. Často dostačuje podání 1xdenně večer. Indikace podání quetiapinu je u pacientů s Parkinsonovou nemocí a starších nemocných s deliriem, kde se obáváme vzniku extrapyramidového syndromu jako komplikace léčby. Quetiapin patří k dobře snášeným antipsychotikům.
- Lze kombinovat **tiaprid s melperonem (Buronil 25 mg)**. Výhodou je rychlejší titrace dávky (3x 25 mg, pro die 25 – 400 mg ve 3-4 denních dávkách), nevýhodou je extrapyramidový potenciál, pokles TK. Opatrná indikace je u nemocných s konvulzivními poruchami, závažnějším postižením jater a ledvin a KVO.

Důležité:

Odstup od další dávky parenterálně aplikovaného léčiva musí být minimálně 30-60 minut do dosažení tlumícího efektu. Omezení je třeba ukončit po dosažení zklidnění/efektu. Každé použití omezovacího prostředku musí být řádně zdokumentováno, indikaci je třeba přesně popsat se zdůrazněním

„Nemocný je aktuálně nebezpečný sobě a/nebo okolí, nebezpečí je aktuální a zjevné, dosud použité prostředky selhaly“(popsat).

Lék, dávka, forma aplikace, mechanické omezení, viz níže znění Vyhlášky

Je indikován trvalý dohled nad pacientem, u kterého byly použity omezující prostředky

Lékař: u nemocného s mechanickým omezením hodnotí klinický stav minimálně 1x3 hodiny, kdy rozhodne o dalším pokračování omezení. Vysvětlí nemocnému důvod a smysl opatření. Maximální délka nepřetržitého omezení ochrannými pásy je 6 hodin, poté musí lékař znovu rozhodnout o jeho ukončení či prodloužení.

Sestra: sleduje nejméně 1x za 30 minut chování a stav vědomí, vitálních funkcí, výskyt komplikací a učiní o tom písemný záznam. Umožní nemocnému příjem tekutin, hygienu, toaletu. Komunikuje s nemocným a každou změnu hlásí lékaři.

Pokud nemocný do 24 hodin po použití omezení a /nebo neklidové medikace nevyjádří souhlas, pak by mělo být zahájeno řízení dle § 38-40 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování 372/2011 Sb.
Oznámení by mělo být provedeno na Městský soud v Brně - Elektronická podatelna, Polní 994 / 39, Brno, PSČ: 608 01, podává se datovou zprávou, během pracovní doby zařizuje sekretariát ředitele.
ID datové schránky:7y7abii.
V nepracovní dny odeslat e-mail: podatelna@msoud.brn.justice.cz.
Informován by měl být vždy náměstek pro LPP a primář oddělení.

5. Zápis v dokumentaci

Vyhláška č. 279/2020 Sb.

Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje záznam o použití omezovacích prostředků vůči pacientovi, který obsahuje:

1. záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu; z uvedení důvodu též musí vyplývat, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků,

2. čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku,

3. záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku,

4. záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení,

5. v případě výskytu komplikací jejich popis a způsob řešení,

6. jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval; v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, také jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku dodatečně informován,

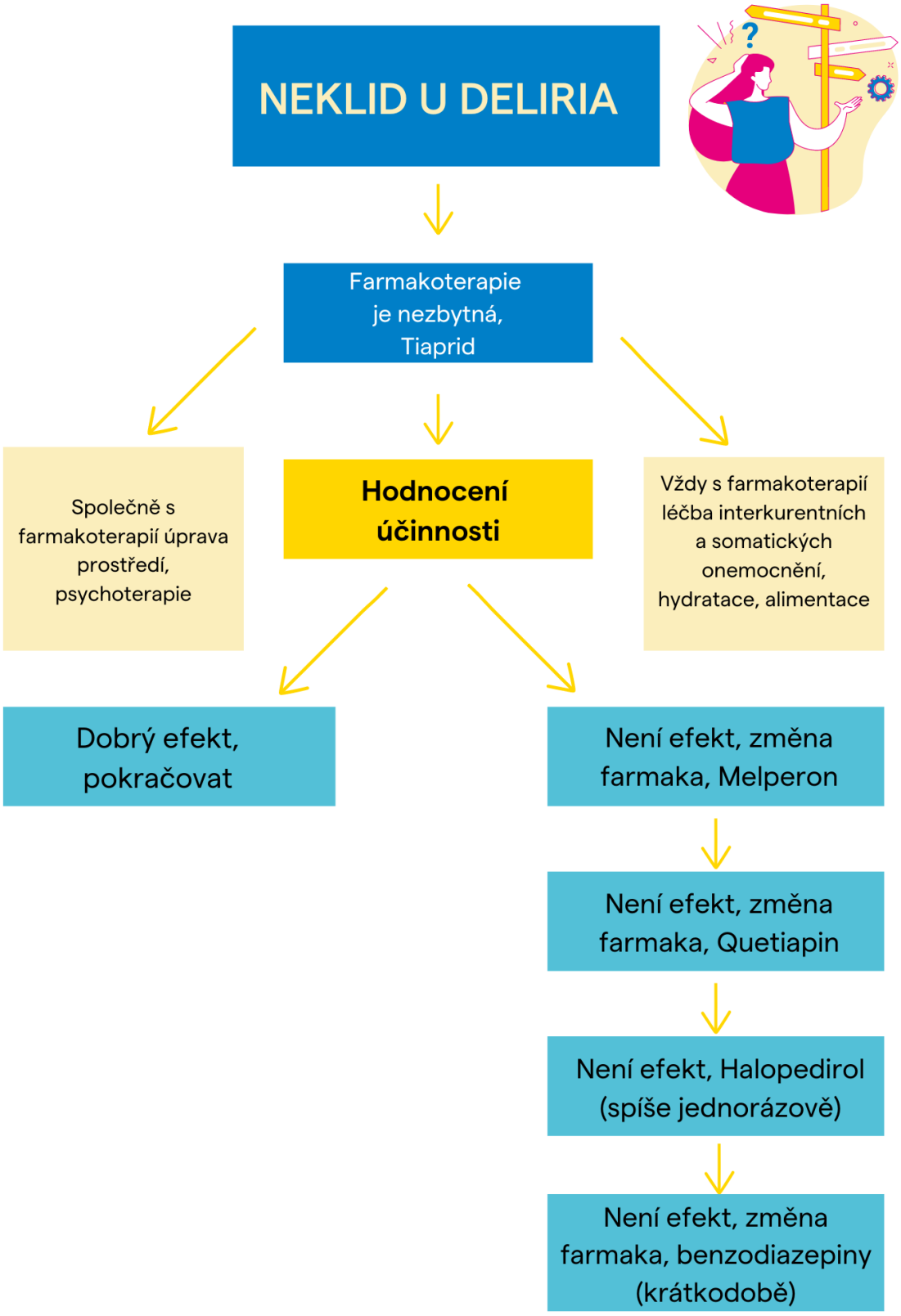
7. v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy ji potvrdil,

8. informaci o tom, že byl a kdy byl zákonný zástupce pacienta, popřípadě jiná osoba, které podle zákona o zdravotních službách náleží práva a povinnosti zákonného zástupce, nebo opatrovník pacienta informován o použití omezovacích prostředků,

Literatura

https://postupy-pece.psychiatrie.cz/lecba/omezovaci-prostredky
Franková V. delirium ve vyšším věku. Psychiatr.pro Praxi 2007; 2:56 – 59.
Pavlovský P. Akutní psychotické poruchy, diagnostika a léčba. Psychiatr. pro Praxi. 2013; 14(2):54 – 57.
Raboch J, Pavlovský P. Klinická psychiatrie v denní praxi. Praha, Galén 2008; 158 s.
Ressner P, Konrád J, Bártová P. Delirium u geriatrických nemocných. Neurol. Praxi 2011;12(5):311 – 316.
Seifertová D, Praško J, Hoschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica. Pragensis 2004;479s.
Sláma O. Péče o umírajícího pacienta in. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. Paliativní medicína pro praxi, Praha, Galén. 2007;301-311.

6. Rychlá orientace



NEKLID OHROŽUJE SEBE A OSTATNÍ, NIČÍ MAJETEK

↓

Selhala mírnější opatření (verbální zklidnění, p.o. medikace). Vyloučeny odstranitelné příčiny (žízeň, bolest, stres).

↓

Vyšetření lékařem, indikace

↓

Použití omezovacího prostředku

↓

1. Omezení pohybu (kurty, fixační pásy)
2. Terapeutická izolace
3. Podání medikace bez souhlasu

↓

Dostatečný počet školeného ZP, klidné jednání, nebolestivé, důstojnost pacienta

POUŽITÍ OMEZOVACÍHO PROSTŘEDKU

Povinnost lékaře

Edukace nemocného, smysl opatření

Každé 3 hodiny kontrola nemocného, max. délka nepřetržitého omezení ochrannými pásy je 6 hodin, poté musí lékař znovu rozhodnout o jeho ukončení či prodloužení.

Dokumentace

Povinnost ošetřujícího týmu

Sledovat a 30 minut stav vědomí, krevní tlak a pulz, prokrvení končetin, příjem tekutin, stravy, světelný a tepelný komfort, hygienu. Komunikovat. Zaznamenávat změny stavu pacienta a hlásit je lékaři. Vést dokumentaci.

Ukončení omezení ihned po odeznění důvodu jeho použití.