

Standardy použití omezovacích prostředků v psychiatrii (restriktivní metody) jsou zpracovány podle této předem definované struktury.

1. ZÁKLADNÍ INFORMACE

1.1. TÉMA

1.2. DEFINICE

1.3. CÍLE

2. INDIKACE - VYMEZENÍ SITUACÍ, PŘI KTERÝCH JE MOŽNO K POUŽITÍ OMEZOVACÍHO PROSTŘEDKU PŘISTOUPIT

3. STRUKTURÁLNÍ KRITÉRIA - DEFINUJÍ ZODPOVĚDNOST ZA JEDNOTLIVÉ ČINNOSTI A VSTUPNÍ PODMÍNKY, KTERÉ MUSÍ BÝT SPLNĚNY, ABY MOHLA BÝT PACIENTOVI POSKYTOVÁNA KVALITNÍ PÉČE

3.1. VYMEZENÍ KOMPETENCÍ

3.2. MATERIÁLNÍ, ORGANIZAČNÍ A PERSONÁLNÍ PŘEDPOKLADY (pomůcky, přístroje, dokumenty aj.)

4. PROCESUÁLNÍ KRITÉRIA - VYMEZUJÍ, CO JE TŘEBA UDEĚLAT, JAKÉ ČINNOSTI MÁ LÉKAŘ A SESTRA USKUTEČNIT A V JAKÉM POŘADÍ, ABY BYLO DOSAŽENO CÍLE, STANOVUJÍ NÁROKY NA DOKUMENTACI A SNAŽÍ SE POPSAT POTENCIÁLNÍ KOMPLIKACE

4.1. PÉČE O PŘEDCHÁZEJÍCÍ OMEZENÍ

4.2. PÉČE V PRŮBĚHU

4.3. PÉČE O UKONČENÍ OMEZENÍ

4.4. DOKUMENTACE PROVEDENÝCH ČINNOSTÍ

4.5. KOMPLIKACE

5. KRITÉRIA VÝSLEDKU - STANOVÍ, JAKÝ VÝSLEDEK JE OČEKÁVÁN, JAKÉ ÚROVNĚ KVALITY CHCEME DOSÁHNOUT

6. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ -ZAHRNUJÍ DALŠÍ DŮLEŽITÉ SKUTEČNOSTI A DOPORUČENÍ BEZPROSTŘEDNĚ SOUVISEJÍCÍ S DANÝM TÉMATEM

Jednotlivé oddíly pak jsou někdy doplňovány komentáři psanými kurzívou, ve kterých jsou vysvětlena východiska a poskytnut výklad k případným sporným momentům.

OBSAH

STANDARD PÉČE O PACIENTA V OMEZENÍ V LŮŽKU

STANDARD PÉČE O PACIENTA V TERAPEUTICKÉ IZOLACI

STANDARD PÉČE O PACIENTA V SÍŤOVÉM LŮŽKU

STANDARD PÉČE PODÁNÍ PARENTERÁLNÍ MEDIKACE BEZ SOUHLASU PACIENTA

Komentář:

Jsme toho názoru, že použití závažnějších omezovacích prostředků (§ 39 odst. 1 písm b) až g) zákona o zdrav. službách) v prostředí psychiatrických oddělení se obsahově překrývá s důvody pro nedobrovolnost pobytu podle téhož zákona.

V těchto situacích tedy oznamujeme soudu tuto skutečnost podle § 40 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách. Součástí hlášení soudu může být i fakt použití omezovacího prostředku.

STANDARD PÉČE O PACIENTA V OMEZENÍ V LŮŽKU

1. ZÁKLADNÍ INFORMACE

1.1. TÉMA

Omezení pacienta v lůžku.

1.2. DEFINICE

Omezení v lůžku - krátkodobé omezení pohybu pacienta v lůžku za využití popruhů na horních a dolních končetinách. (za omezení v lůžku je považován také stav, kdy jsou omezeny jen obě horní nebo jen dolní končetiny).

1.3. CÍLE

- Zabránit sebepoškození pacienta.
- Zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál
- Vytvořit podmínky pro zahájení terapeutického procesu
- Zabránit poškození majetku

2. INDIKACE

2.1. ZÁVAŽNÉ PROJEVY PSYCHOMOTRICKÉHO NEKLIDU OHROŽUJÍCÍ OKOLÍ

2.2. AUTOAGRESIVNÍ PROJEVY S BEZPROSTŘEDNÍM RIZIKEM SEBEPOŠKOZENÍ ČI SUICIDALITY

2.3. STAVY, KTERÉ BEZPROSTŘEDNĚ HROZÍ TÍM, ŽE VYÚSTÍ DO VÝŠE UVEDENÝCH PROJEVŮ

2.4. VLASTNÍ ŽÁDOST PACIENTA

3. STRUKTURA

3.1. VYMEZENÍ KOMPETENCÍ

- 3.1.1. Rozhodnutí o omezení v lůžku je výhradně v kompetenci lékaře, který svou ordinací stvrzuje podpisem v dekurzu. Ve výjimečných případech vyžadujících bezodkladné řešení může být pacient omezen bez předchozí ordinace lékaře. Lékař musí být v těchto případech neprodleně informován, aby mohl v co nejkratším termínu potvrdit omezení v lůžku nebo navrhnout jiný postup.
- 3.2.1. Přesahuje-li délka omezení pacienta v lůžku 3 hodiny, informuje sestra lékaře, který určí další postup. V případě nutnosti pokračujícího omezení lékař zdůvodní své rozhodnutí v dekurzu a stvrdí ho podpisem.
- 3.1.3. Za správné provedení omezení v lůžku a zajištění komplexní ošetrovatelské péče o nemocného je zodpovědná sestra specialista. Ta je zároveň kompetentní k rozhodnutí o ukončení omezení.
- 3.1.4. Používání omezení v lůžku probíhá pod supervizí atestovaného lékaře, který zpětně stvrzuje svým podpisem ordinace omezení v lůžku u jednotlivých pacientů.

Komentář:

Za omezení v lůžku zodpovídá vždy lékař, který použití posuzuje a ordinuje. Tím se předchází subjektivnímu vyhodnocování jednotlivých

situací ošetrovatelským personálem, kdy míra tolerance jednotlivých zdravotnických pracovníků k projevům pacienta může být značně odlišná. V naléhavých případech může o omezení pacienta rozhodnout sestra specialista. Jsou to případy, kdy není možné otálet s řešením závažné situace, která by jinak vedla k sebepoškození pacienta nebo poškození jeho okolí.

I v těchto situacích musí však lékař v co nejkratší době rozhodnutí sestry posoudit, potvrdit nebo zvolit jinou variantu. Sestra specialista je kompetentní k rozhodnutí o ukončení omezení v lůžku. V průběhu ošetrovatelské péče průběžně vyhodnocuje stav pacienta v omezení a posuzuje možnost ukončení opatření. Lékař je při rozhodování o ukončení omezení vždy odkázán na informace od sestry, která je s pacientem v průběhu omezení v mnohem intenzivnějším kontaktu.

Z toho důvodu je rozumné ponechat rozhodnutí o ukončení omezení v lůžku na zodpovědné sestře. Nutnost pravidelné revize rozhodnutí o aplikaci omezení lékařem v 3-hodinových intervalech má za cíl minimalizovat riziko nadužívání restriktivního opatření. Za kontrolu používání omezení v lůžku zodpovídá lékař s příslušnou specializovanou způsobilostí a praxí v oboru, který vyhodnocuje správnost indikací, způsob provádění omezení a jeho dokumentaci a koriguje případné nedostatky.

3.2. MATERIÁLNÍ, ORGANIZAČNÍ A PERSONÁLNÍ PŘEDPOKLADY

- 3.2.1. Na oddělení je pokoj, určený pro pacienty v omezení, kde jsou tito chráněni před kontaktem se spolupacienty.
- 3.2.2. Oddělení disponuje omezovacími popruhy na HK a DK.
- 3.2.3. Personální obsazení – pro situace vyžadující omezení pacienta je dostupných minimálně 5 členů zdravotnického týmu.
- 3.2.4. Zdravotnické zařízení má vypracován postup, kterým lze maximálně do 5-ti minut zajistit odpovídající počet personálu k provedení omezení-viz provozní řád.
- 3.2.5. Personál oddělení, kde je používáno omezení v lůžku, musí být minimálně jedenkrát za rok proškolen v péči o nemocného v omezení.

Komentář:

Pacient omezený v lůžku by měl být uložen mimo dosah ostatních pacientů. Jejich vzájemný kontakt může mít negativní vliv na psychický stav pacientů (pacienta v omezení i ostatních), hrozí riziko napadení pacienta v omezení, resp. nežádoucí snaha o manipulaci popruhy spolupacienty, hrozí poškození magnetického zámku. Odpovídající počet dostupného zdravotnického personálu je nezbytný, aby mohlo být omezení provedeno rychle a bezpečně. Oddělení by mělo mít vypracován postup, kterým lze v co nejkratším časovém úseku zajistit odpovídající počet personálu pro zvládnutí neklidného pacienta.

Cílem je minimalizace rizika poškození zdraví pacientů i personálu. Dostatečná teoretická i praktická erudice personálu umožní minimalizaci komplikací plynoucích z omezení v lůžku a je předpokladem k profesionálnímu a etickému přístupu personálu k pacientovi v omezení.

4. PROCES

4.1. PÉČE PŘEDCHÁZEJÍCÍ OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU

- 4.1.1. Omezení pacienta v lůžku je poslední a krajní možností řešení. Musí mu vždy předcházet snaha zdravotnických pracovníků zvládnout neuspokojivý stav pacienta verbálně nebo farmakologicky.

- 4.1.2. Vlastní omezení je prováděno vždy za přítomnosti odpovídajícího množství zdravotnických pracovníků (viz výše), pokud možno bez přítomnosti ostatních pacientů, resp. návštěv.
- 4.1.3. Pacientovi je nejprve nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez užití fyzického nátlaku.
- 4.1.4. Je-li nutný fyzický nátlak, musí být zákrok přiměřený, organizovaný a rozhodný.
- 4.1.5. V průběhu omezování nesmí být používáno bolestivých hmatů ani jiných nehumánních postupů. Je respektována důstojnost člověka.
- 4.1.6. Lékař nebo sestra vysvětlí nemocnému, pro něj pochopitelnou formou, důvody vedoucí k omezení, informují jej o dalším postupu, časové perspektivě délky omezení a dostupnosti zdravotnického personálu.
- 4.1.7. Vlastní omezení je provedeno tak, aby byl jeho průběh pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující.
- 4.1.8. Na počátku omezení v lůžku je pacientovi změřen TK a P. Neumožňuje-li to jeho stav, jsou TK a P změřeny v co možná nejkratším čase.

Komentář:

Neklidné a nespolutracující pacienty se v prvé řadě snažíme zvládnout vhodným terapeutickým přístupem nebo podáním léku. Nepřinesou-li prováděné intervence očekávaný efekt, je nutné zajistit odpovídající počet zdravotnických pracovníků a nemocného omezit event. i za použití fyzického nátlaku. Poskytování informací, blízkost zdravotnických pracovníků a citlivost k projevům pacienta je nezbytnou součástí profesionálního přístupu. Jelikož omezování pacienta může vést k výraznému stresu i fyzickému zatížení pacienta, je vhodné měřit na počátku omezení TK a P.

4.2. PÉČE V PRŮBĚHU OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU

- 4.2.1. Po celou dobu omezení v lůžku je pacientovi věnována zvýšená péče. Pacient je průběžně sledován lékařem i sestrou. Sledování je zaměřeno na projevy nemocného, stav vědomí a stav prokrvení fixovaných končetin. Pozornost je také věnována stavu dýchacích cest (např. zahlenění, riziku aspirace apod.).
- 4.2.2. Pacientovi je poskytována komplexní ošetrovatelská péče.
 - 4.2.2.1. Péče o hydrataci – minimální příjem tekutin 2 000 ml/denně.
 - 4.2.2.2. Péče o vyprazdňování – sledovat vylučování moči a stolice.
 - 4.2.2.3. Péče o hygienu – v závislosti na délce omezení (péče o dutinu ústní, celková koupel apod.), dle potřeby výměna osobního a ložního prádla, úprava lůžka.
 - 4.2.2.4. Prevence dekubitů – vypodložení rizikových míst, používání antidekubitních pomůcek, péče o kůži.
 - 4.2.2.5. Prevence negativních důsledků z omezení končetin – správné přiložení a vypodložení popruhů, pravidelné kontroly prokrvení končetin – nejdéle v 1 hod. intervalech.
 - 4.2.2.6. Minimalizace psychické zátěže pacienta – dostupnost ošetrovatelského personálu, zajištění pocitu bezpečí, je-li to možné stálá přítomnost u pacienta či dohled pod kamerovým systémem.
- 4.2.3. Návštěvy nemocných v průběhu omezení jsou možné, neurčí-li lékař jinak. Každá návštěva musí být lékařem předem seznámena s důvody vedoucími k omezení pacienta. Je vhodné, aby průběh

návštěvy byl krátký, pod supervizí personálu a návštěva byla schopna akceptovat omezující opatření.

Komentář:

Lékař a sestra musí u pacienta v omezení sledovat všechny jeho projevy. Event. pokračující neklid pacienta v omezení vedoucí k fyzické zátěži vyžaduje monitoring vitálních funkcí. Pacient v omezení vyžaduje zvýšenou pozornost a péči. Zvláštní důraz je kladen na dostupnost personálu, který mu poskytuje komplexní péči jako u ležícího pacienta. Personál vynakládá veškeré úsilí k vytvoření, resp. zachování kvalitního terapeutického vztahu s pacientem. Blízcí nemocného by v případě jeho omezení měli být adekvátně informováni lékařem.

Účelem je rozptýlit obavy příbuzných, vysvětlit jim okolnosti vedoucí k omezení pacienta a vytvořit prostor pro zodpovězení jejich otázek.

4.3. PÉČE PO UKONČENÍ OMEZENÍ V LŮŽKU

4.3.1. Po ukončení omezení v lůžku je pacient i nadále nejméně po dobu 6 hodin zvýšeně sledován.

4.3.2. Ošetřující lékař s pacientem zpětně projedná důvody vedoucí k jeho omezení.

Komentář:

Zvýšená pozornost po ukončení omezení umožní reagovat na event. komplikace psychického či somatického charakteru plynoucí z předchozího omezení, resp. posílit terapeutický vztah s pacientem. K tomu přispívá rovněž rozhovor s lékařem, jehož cílem je s odstupem času pacientovi vysvětlit příčiny, které vedly k omezení.

4.4. DOKUMENTACE

4.4.1. Zápisy v dokumentaci musí být popisné a objektivní.

4.4.2. Každý zápis musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která zápis provedla.

4.4.3. Lékař dokumentuje:

a) příčiny a indikace vedoucí k omezení

b) selhání snahy o deeskalaci

c) ve 3 hod. intervalech revizi indikace omezení

d) záznam rozhovoru s pacientem po skončení omezení - debriefing

e) supervidující lékař zpětně stvrzuje záznamy o omezení

4.4.4. Sestra dokumentuje:

a) stav pacienta předcházející omezení v lůžku a důvody vedoucí k omezení

b) čas počátku omezení

c) nejdéle v 3 hod. intervalech výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta, včetně důvodů k pokračování či ukončení omezení

d) prováděné ošetřovatelské intervence - hygiena, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování aj.

e) návštěvy u pacienta

f) čas ukončení omezení, včetně popsání stavu pacienta a výsledky sledování po ukončení omezení

Komentář:

Stručná, věcná a srozumitelná dokumentace všech okolností vztahujících se k omezení je nezbytná jednak pro zajištění kontinuity péče, potvrzení prováděných intervencí a jako podklad pro řešení případných stížností.

4.5. KOMPLIKACE

- 4.5.1. Poranění pacienta nebo členů personálu v průběhu omezování pacienta.
- 4.5.2. Poranění pacienta způsobené přílišným utažením popruhů, či jejich nedostatečným vypodložením, nebo nedostatečnou kontrolou personálu. Může se jednat o poruchu prokrvení, poruchu inervace, vznik trombózy, odřeniny aj.
- 4.5.3. Prochladnutí pacienta v důsledku nezajištění optimálního tepelného komfortu.
- 4.5.4. Poranění pacienta jiným pacientem z oddělení.
- 4.5.5. Psychická traumatizace pacienta vyplývající z omezení.
- 4.5.6. Narušení terapeutického vztahu.
- 4.5.7. Aspirace, pneumonie.

Komentář:

Vyskytnou-li se i přes veškerou ošetrovatelskou péči nějaké komplikace, je nutné jejich výskyt řádně zdokumentovat, informovat o nich lékaře a přijmout opatření k jejich řešení.

5. VÝSLEDKY

5.1. K OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU BYLO PŘISTOUPENO PO VYČERPÁNÍ VŠECH MOŽNÝCH INTERVENČÍ, NA ZÁKLADĚ ORDINACE LÉKAŘE.

5.2. V PRŮBĚHU OMEZENÍ V LŮŽKU BYLA PACIENTOVI POSKYTOVÁNA KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE, NEDOŠLO K ŽÁDNÉMU POŠKOZENÍ PACIENTA.

5.3. CELÝ PRŮBĚH OMEZENÍ V LŮŽKU BYL NÁLEŽITĚ ZDŮVODNĚN A ZDOKUMENTOVÁN VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI.

5.4. BYLY PROVÁDĚNY INTERVENCE SMĚŘUJÍCÍ K MINIMALIZACI DÉLKY OMEZENÍ V LŮŽKU.

5.5. BYLA ZAJIŠTĚNA BEZPEČNOST PRO PACIENTA A JEHO OKOLÍ.

5.6. OMEZENÍ V LŮŽKU PŘISPĚLO KE ZKLIDNĚNÍ PACIENTA.

Komentář:

Výsledná kritéria vyjadřují cílový stav, kterého chceme dosáhnout.

6. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ

6.1. POUŽITÍ OMEZENÍ V LŮŽKU JE EVIDOVÁNO.

6.2. PERSONÁL BY MĚL MÍT MOŽNOST VENTILOVAT SVÉ OSOBNÍ ZKUŠENOSTI A PROŽITKY Z PRÁCE S NEKLIDNÝMI A NESPOLUPRACUJÍCÍMI PACIENTY (Bálintovské skupiny, supervizní setkávání, kazuistické semináře, každoroční školení o omezení včetně deeskalace apod.).

6.3. VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ JSOU PRAVIDELNĚ PROVÁDĚNY INTERNÍ KONTROLY SE ZAMĚŘENÍM NA OMEZENÍ PACIENTA V LŮŽKU.

6.4. V RÁMCÍ KONTROLY SYSTÉMU KVALITY JE VEDENA ROČNÍ EVIDENCE POUŽITÍ OMEZENÍ - jejich počty, indikace, trvání.

6.5. ZÁSADY A PRAVIDLA STANOVENÁ V TOMTO STANDARDU BUDOU KAŽDÉ 3 ROKY ZNOVU POSOUZENY A REVIDOVÁNY.

Komentář:

V tomto odstavci upozorňujeme na některé aspekty, které jsou dle našeho názoru velmi významné a měla by jim být věnována odpovídající pozornost. Jedná se zejména o práci s personálem ve smyslu nabídky prostoru pro ventilaci negativních prožitků spojených s péčí o neklidné a nespolupracující pacienty. Výše stanovená pravidla pak mají význam pouze tehdy, bude-li pravidelně kontrolováno jejich dodržování. Pravidelné revize stanovených pravidel umožní reagovat na vývoj a změny v přístupu k problematice restriktivních metod v oblasti medicínské, organizační i právní.

STANDARD PÉČE O PACIENTA V TERAPEUTICKÉ IZOLACI

1. ZÁKLADNÍ INFORMACE

1.1. TÉMA

Omezení pacienta v terapeutické izolaci.

1.2. DEFINICE

Omezení v terapeutické izolaci – znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení jeho uzavřením v samostatné místnosti k tomu určené.

1.3. CÍLE

- Zajistit bezpečnost pro pacienta.
- Zajistit klid a bezpečnost pro ostatní pacienty, event. návštěvy a zdravotnický personál.
- Zabránit poškození majetku zdravotnického zařízení.
- Zajistit dodržování léčebného režimu.

2. INDIKACE

2.1. V KRÁTKODOBÉ PERSPEKTIVĚ NEŘEŠITELNÉ, VÝRAZNĚ OBTEŽUJÍCÍ CHOVÁNÍ NEMOCNÉHO VŮČI OSTATNÍM OSOBÁM NA ODD. S RIZIKEM OHROŽENÍ NA ZDRAVÍ.

2.2. VÝRAZNÉ RIZIKO OHROŽENÍ ZDRAVÍ NEMOCNÉHO, např. z důvodu nepřiměřeného příjmu tekutin, stravy, resp. Nepoživatelných předmětů aj.

2.3. PROJEVY PSYCHOMOTORICKÉHO NEKLIDU OHROŽUJÍCÍ SEBE ČI OKOLÍ.

2.4. NEDODRŽOVÁNÍ NEZBYTNÉHO REŽIMU U INFEKČNÍCH A PARAZITÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ.

2.5. VYHOVĚNÍ NEMOCNÉMU PŘI POŽADAVKU O DOČASNÉ ODLOUČENÍ OD OSTATNÍCH NEMOCNÝCH Z DŮVODŮ VYPLÝVAJÍCÍCH Z JEHO PSYCHICKÉ PORUCHY.

Komentář:

Izolace může být využita při zvládání psychomotorického neklidu s prvky ohrožujícími okolí v situaci, je-li její užití zhodnoceno jako vhodnější než omezení v lůžku. Důvodem k terapeutické izolaci může být též vlastní žádost nemocného.

3. STRUKTURA

3.1. VYMEZENÍ KOMPETENCÍ

- 3.1.1. Rozhodnutí o umístění pacienta do terapeutické izolace (TI) je výhradně v kompetenci lékaře, který svou ordinaci zdůvodní a stvrdí podpisem v dekurzu. V naléhavých situacích může o umístění pacienta v TI rozhodnout sestra specialista, která o umístění neprodleně informuje lékaře, který v co nejkratším čase rozhodnutí potvrdí podpisem v dekurzu nebo rozhodne o jiném postupu.
- 3.1.2. Přesahuje-li potřeba umístění pacienta v TI dobu 12 hodin, musí lékař stav pacienta opětovně zhodnotit a rozhodnout o pokračování nebo ukončení opatření. Pokračující TI lékař znovu ordinuje se svým podpisem v dekurzu.
- 3.1.3. Za zajištění komplexní ošetrovatelské péče o nemocného v TI je zodpovědná sestra specialista. Ta je zároveň kompetentní k rozhodnutí o ukončení pobytu pacienta v TI.
- 3.1.4. Používání terapeutické izolace probíhá pod supervizí vedoucího lékaře odd., který zpětně stvrzuje ordinace TI svým podpisem.

Komentář:

Za rozhodnutí o zahájení TI nese zodpovědnost vždy lékař, který izolaci ordinuje v dekurzu. Pravidelná revize rozhodnutí o trvání izolace lékařem má minimalizovat riziko nadužívání restriktivního opatření. Zodpovědností zdravotní sestry je zajištění komplexní ošetrovatelské péče o nemocného v izolaci. Sestra specialista je kompetentní k rozhodnutí o ukončení izolace. V průběhu ošetrovatelské péče totiž průběžně vyhodnocuje stav pacienta v izolaci a je tedy schopna posoudit možnost ukončení opatření. Za kontrolu používání izolace zodpovídá zkušený a dostatečně kvalifikovaný lékař, který vyhodnocuje správnost indikací, způsob provádění a dokumentace a koriguje případné nedostatky.

3.2. MATERIÁLNÍ, ORGANIZAČNÍ A PERSONÁLNÍ PŘEDPOKLADY

- 3.2.1. Terapeutická izolace splňuje následující kritéria:
 - uzavřená místnost, nepřístupná ostatním pacientům (nemohou do ní nahlížet ostatní pacienti nebo návštěvy)
 - eliminace nebezpečných faktorů a rizika poranění (použití nerozbitného skla nebo speciální fólie proti jeho vysypání, bezpečné krytí topných těles, odstranění nebezpečných předmětů apod.)
 - adekvátní způsob monitorování (např. panoramatické kukátko pro personál, nenápadný kamerový systém s výstupem do pracovní sester aj.)
 - tepelný a světelný komfort
- 3.2.2. Personální obsazení – pro situace vyžadující izolaci pacienta je doporučena dostupnost minimálně 5 členů ošetrovatelského personálu.
- 3.2.3. Zdravotnické zařízení má vypracován postup, kterým lze maximálně do 5-ti minut zajistit odpovídající počet personálu k provedení izolace.
- 3.2.4. Personál oddělení, kde je používána TI musí být minimálně jedenkrát za rok proškolen v péči o nemocného v izolaci.

4. PROCES

4.1. PÉČE PŘED UMÍSTĚNÍM DO TI

- 4.1.1. K umístění pacienta do TI je přistoupeno v krajních případech, po vyčerpání všech intervencí (terapeutický přístup, farmakologický zásah aj.), nelze-li jeho stav zvládnout v podmínkách odd. jiným způsobem.

- 4.1.2. Pacientovi je nejprve nabídnuta možnost nechat se izolovat dobrovolně bez užití fyzického nátlaku.
- 4.1.3. Je-li nutný fyzický nátlak, musí být zákrok přiměřený, organizovaný a rozhodný.
- 4.1.4. V průběhu umísťování pacienta do izolace za použití fyzického nátlaku nesmí být používáno bolestivých hmatů ani jiných nehumánních postupů. Je respektována důstojnost člověka.
- 4.1.5. Lékař nebo sestra vysvětlí nemocnému, pro něj pochopitelnou formou, důvody vedoucí k umístění do TI, informují jej o dalším postupu, časové perspektivě délky izolace a dostupnosti zdravotnického personálu.
- 4.1.6. Před umístěním do TI jsou pacientovi odebrány předměty umožňující sebepoškození. Personál provede kontrolu místnosti TI s ohledem na přítomnost nebezpečných předmětů.

Komentář:

Terapeutickou izolaci je nutné považovat za krajní řešení po vyčerpání všech ostatních možností zvládnutí projevů pacienta. Pro případ nutnosti použití fyzického nátlaku při izolování je vhodné zajistit odpovídající počet personálu. V těchto situacích je vhodné provádět zákrok bez přítomnosti ostatních pacientů a návštěv. Důvody vedoucí k izolaci musí být pacientovi vysvětleny spolu s podáním dalších informací snižujících jeho napětí. Vzhledem k zajištění bezpečnosti je nutné pacienta důkladně prohlédnout a odebrat mu rizikové předměty (zápalky, zapalovač, opasek aj.). Zároveň je však důležité myslet i na pohodlí pro nemocného a poskytnout mu, je-li to vhodné např. časopisy, knihu apod.

4.2. PÉČE O PACIENTA UMÍSTĚNÉHO V TI

- 4.2.1. Pacientovi v TI je věnována zvýšená pozornost. Po celou dobu izolace je pacient průběžně sledován. Kontroly personálu u pacienta jsou nejdéle v 1 hod. intervalech a je pod stálým dohledem kamer. Sledování pacienta je zaměřeno na projevy, které byly důvodem vedoucím k izolaci, dále jsou sledovány celkové projevy a chování nemocného.
- 4.2.2. Pacientovi v TI je poskytována standardní ošetrovatelská péče (dohled na dostatečnou hydrataci, vyměšování, hygienu, výměna osobního a ložního prádla). Personál se stará o tepelný a světelný komfort v terapeutické izolaci.
- 4.2.3. Personál využívá každé příležitosti ke snížení napětí pacienta, je mu na blízku a průběžně mu poskytuje dostatečné množství informací.
- 4.2.4. Návštěvy nemocných v průběhu izolace jsou možné, neurčí-li lékař jinak. Každá návštěva musí být lékařem předem seznámena s důvody vedoucími k izolaci pacienta. Je vhodné, aby návštěva probíhala pod supervizí personálu a návštěva byla schopna akceptovat omezující opatření.

Komentář:

Pacient v TI musí být průběžně sledován. Důraz je zde kladen na projevy pacienta, které mohou způsobit jeho sebepoškození. Pacientům v TI je poskytována standardní ošetrovatelská péče. Velkou pozornost je nutné věnovat otázkám dostatečné hydratace a osobní hygieny v izolaci. Zvýšené jsou nároky na zajištění tepelného komfortu. Důležité je zajistit dostupnost personálu. Pacient je průběžně sledován a nejdéle v 1 hod. intervalech provádí kontrolu přímo u pacienta personál. Návštěvy na

izolaci jsou možné, předpokladem je poučená a dobře spolupracující návštěva.

4.3. PÉČE PO UKONČENÍ IZOLACE

- 4.3.1. Po ukončení terapeutické izolace je pacient i nadále nejméně po dobu 6 hod. zvýšeně sledován.
- 4.3.2. Ošetřující lékař s pacientem zpětně projedná důvody vedoucí k jeho izolaci.

Komentář:

Zvýšená pozornost po ukončení izolace umožní reagovat na event. komplikace psychického či somatického charakteru plynoucí z předchozí izolace, resp. posílit terapeutický vztah s pacientem. K tomu přispívá rovněž rozhovor s lékařem, jehož cílem je s odstupem času pacientovi vysvětlit příčiny, které vedly k izolaci.

4.4. DOKUMENTACE

- 4.4.1. Zápisy v dokumentaci musí být popisné a objektivní.
- 4.4.2. Každý zápis musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která zápis provedla.
- 4.4.3. Lékař dokumentuje:
 - a) příčiny a indikace vedoucí k izolaci
 - b) selhání snahy o deeskalaci
 - c) ve 12 hod. intervalech revizi indikace terapeutické izolace
 - d) záznam rozhovoru s pacientem po skončení terapeutické izolace-debrífung
 - e) supervidující lékař zpětně stvrzuje záznamy o použití terapeutické izolace
- 4.4.4. Sestra dokumentuje:
 - a) stav pacienta předcházející izolaci a důvody vedoucí k izolaci
 - b) čas počátku izolace
 - c) nejdéle ve 3 hod. intervalech výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta ve smyslu zvážení nutnosti pokračování izolace
 - d) prováděné ošetřovatelské intervence – hygiena, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování aj.
 - e) návštěvy u pacienta
 - f) čas ukončení izolace, včetně popsání stavu pacienta a výsledky sledování po ukončení izolace

4.5. KOMPLIKACE

- 4.5.1. Poranění pacienta v TI cizím předmětem způsobené nedostatečnou kontrolou na počátku izolace.
- 4.5.2. Komplikace plynoucí z nedostatečné ošetřovatelské péče dehydratace, prochladnutí, tenze apod.
- 4.5.3. Psychická traumatizace pacienta vyplývající z izolace.
- 4.5.4. Narušení terapeutického vztahu.

5. VÝSLEDKY

5.1. K IZOLACI PACIENTA BYLO PŘISTOUPENO NA ZÁKLADĚ ORDINACE LÉKAŘE po vyčerpání všech možností.

5.2. V PRŮBĚHU IZOLACE BYLA PACIENTOVI POSKYTOVÁNA KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE, nedošlo k žádnému poškození pacienta.

5.3. CELÝ PRŮBĚH IZOLACE BYL NÁLEŽITĚ ZDŮVODNĚN A ZDOKUMENTOVÁN VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI.

5.4. IZOLACE BYLA ÚČELNÁ A TRVALA JEN PO NEZBYTNĚ NUTNOU DOBU.

Komentář:

Výsledná kritéria vyjadřují cílový stav, kterého chceme dosáhnout.

6. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ

6.1. POUŽITÍ TERAPEUTICKÉ IZOLACE JE EVIDOVÁNO

6.2. PERSONÁL BY MĚL MÍT MOŽNOST VENTILOVAT SVÉ OSOBNÍ ZKUŠENOSTI A PROŽITKY Z PRÁCE S NEKLIDNÝMI A NESPOLUPRACUJÍCÍMI PACIENTY (Bálintovské skupiny, supervizní setkávání, kazuistické semináře, každoroční školení o omezení včetně deeskalace apod.).

6.3. VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ JSOU PROVÁDĚNY PRAVIDELNÉ INTERNÍ KONTROLY, ZAMĚŘENÉ NA VYUŽÍVÁNÍ TI.

6.4. V RÁMCI KONTROLY SYSTÉMU KVALITY JE VEDENA ROČNÍ EVIDENCE POUŽITÍ TI – jejich počty, indikace, trvání.

6.5. ZÁSADY A PRAVIDLA STANOVENÁ V TOMTO STANDARDU BUDOU KAŽDÉ 3 ROKY ZNOVU POSOUZENY A REVIDOVÁNY.

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PODÁNÍ PARENTERÁLNÍ MEDIKACE BEZ SOUHLASU PACIENTA

1. ZÁKLADNÍ INFORMACE

1.1. TÉMA

Injekční podání léku u pacienta bez jeho souhlasu s použitím fyzického nátlaku

1.2. DEFINICE

Parenterální injekce psychofarmaka s cílem omezení volného pohybu pacienta, která není součástí soustavné léčby psychiatrické poruchy a je provedena s využitím fyzické síly.

Komentář:

Jde o podání psychofarmaka ke zvládnutí akutního neklidu u duševní nemoci, v rámci kterého ohrožuje sebe či okolí, se kterým pacient nesouhlasí a u kterého bylo nutné použít fyzickou sílu, přičemž podání není součástí soustavné léčby psychiatrické poruchy.

1.3. CÍLE

- Zabránit sebepoškození pacienta.
- Zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty a zdravotnický personál.
- Vytvořit podmínky pro zahájení terapeutického procesu.
- Zabránit poškození majetku.

2. INDIKACE

2.1. ZÁVAŽNÉ PROJEVY PSYCHOMOTORICKÉHO NEKLIDU OHROŽUJÍCÍ OKOLÍ.

2.2. AUTOAGRESIVNÍ PROJEVY A BEZPROSTŘEDNÍM RIZIKEM SEBEPOŠKOZENÍ ČI SUICIDALITY.

2.3. OMEZENÍ VOLNÉHO POHYBU PACIENTA S CÍLEM ZABRÁNIT HETERO ČI AUTOAGRESIVNÍMU KONÁNÍ.

Komentář:

Společným prvkem všech indikací jsou ohrožující projevy pacienta vůči okolí a sobě samému. Krom již probíhajících autoagresivních a heteroagresivních projevů lze k injekční aplikaci přistoupit také v situacích, které bezprostředně hrozí tím, že do těchto stavů přejdou. Aplikace nikdy nesmí sloužit jako trest.

3. STRUKTURA

3.1. VYMEZENÍ KOMPETENCÍ

- 3.1.1. Rozhodnutí o této aplikaci je výhradně v kompetenci lékaře, který svou ordinací stvrzuje zápisem a svým podpisem v dekurzu.
- 3.1.2. Součástí zápisu je popis stavu pacienta i s časem aplikace injekce provedené lékařem či sestrou.
- 3.1.3. Za správné provedení podání parenterální injekce v rámci komplexní ošetrovatelské péče o nemocného je zodpovědná sestra.

3.2. MATERIÁLNÍ, ORGANIZAČNÍ A PERZONÁLNÍ PŘEDPOKLADY

- 3.2.1. Na oddělení je místnost, kde se tento úkon provádí, jsou však situace, kdy je nutné jej provést mimo tuto místnost. Vždy by mělo být zajištěno, aby nedošlo ke kontaktu se spolupacienty.
- 3.2.2. Personální zajištění – pro situace vyžadující tuto aplikaci by mělo být zajištěno minimálně 5 členů zdravotnického týmu.
- 3.2.3. Zdravotnické zařízení má vypracován postup, kterým lze maximálně do 5-ti minut zajistit odpovídající počet personálu k provedení výkonu.
- 3.2.4. Personál oddělení, kde je používána tato procedura, musí být minimálně jedenkrát za rok proškolen v restriktivních metodách v péči o nemocného.

4. PROCES

4.1. PÉČE PŘEDCHÁZEJÍCÍ PARENTERÁLNÍ APLIKACI MEDIKACE

- 4.1.1. Tento způsob je poslední možností podání medikace. Musí mu vždy předcházet snaha personálu zvládnout neuspokojivý stav pacienta verbálně s perorálním podáním.
- 4.1.2. Vlastní aplikace je prováděna vždy za přítomnosti odpovídajícího množství personálu (viz výše), pokud možno bez přítomnosti ostatních pacientů, resp. návštěv.
- 4.1.3. Pacientovi je nejprve nabídnuta možnost nechat si podat léky dobrovolně a to jak ve formě perorální či injekční bez užití fyzického nátlaku.
- 4.1.4. Je-li nutný fyzický nátlak, musí být zákrok přiměřený, organizovaný a rozhodný. Jeho provedení řídí ordinující lékař.
- 4.1.5. V průběhu této aplikace musí být respektována důstojnost člověka.

4.1.6. Lékař nebo sestra vysvětlí nemocnému, pro něj pochopitelnou formou, důvody vedoucí k podání injekce, informují jej o dalším postupu.

4.2. PÉČE V PRŮBĚHU A PO UKONČENÍ PODÁNÍ PARENTERÁLNÍ INJEKCE

4.2.1. Po celou dobu je pacientovi věnována zvýšená péče. Pacient je průběžně sledován zdravotní sestrou. Sledování je zaměřeno na projevy nemocného, stav vědomí.

4.2.2. Pacientovi je poskytována komplexní ošetrovatelská péče.

4.2.3. Pokud je to možné je pacient přemístěn, odveden do lůžka a je mu věnována patřičná péče.

4.2.4. Nezřídka po ukončení aplikace je nutnost zhodnotit použití i závažnějších omezovacích prostředků- rozhodnutí o jejich použití je výhradně na lékaři.

4.3. DOKUMENTACE

4.3.1. Zápisy v dokumentaci musí být čitelné, popisné a objektivní.

4.3.2. Každý zápis musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která zápis provedla.

Komentář:

Stručná, věcná, srozumitelná i čitelná dokumentace všech okolností vztahujících se k podání medikace proti vůli pacienta s cílem omezení volného pohybu, která není součástí soustavné léčby psychiatrické poruchy, je nezbytná jednak pro zajištění kontinuity péče, potvrzení prováděných intervencí a jako podklad pro řešení případných stížností.

4.4. KOMPLIKACE

4.4.1. Poranění pacienta nebo členů personálu v průběhu aplikace léku.

4.4.2. Psychická traumatizace pacienta vyplývající z tohoto zákroku.

4.4.3. Narušení terapeutického vztahu.

Komentář:

Vyskytnou-li se i přes veškerou ošetrovatelskou péči nějaké komplikace, je nutné jejich výskyt řádně zdokumentovat a přijmout opatření k jejich řešení.

5. VÝSLEDKY

5.1. K INJEKČNÍ APLIKACI MEDIKACE BEZ SOUHLASU PACIENTA S CÍLEM OMEZENÍ VOLNÉHO POHYBU, KTERÁ NENÍ SOUČÁSTÍ SOUSTAVNÉ LÉČBY PSYCHIATRICKÉ PORUCHY, BYLO PŘISTOUPENO PO VYČERPÁNÍ VŠECH MOŽNÝCH INTERVENCÍ NA ZÁKLADĚ ORDINACE LÉKAŘE.

5.2. V PRŮBĚHU APLIKACE A TAKÉ VZÁPĚTÍ PO NÍ NEDOŠLO K ŽÁDNÉMU POŠKOZENÍ PACIENTA.

5.3. PROCEDURA BYLA NÁLEŽITĚ ZDŮVODNĚNA A ZDOKUMENTOVÁNA VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI.

5.4. Byla zajištěna bezpečnost pro pacienta a jeho okolí.

5.5. Tento způsob léčby přispěl ke zklidnění pacienta.

Komentář

Výsledná kritéria vyjadřují cílový stav, kterého chceme dosáhnout.

6. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ

6.1. PERSONÁL BY MĚL MÍT MOŽNOST VENTILOVAT SVÉ OSOBNÍ ZKUŠENOSTI A PROŽITKY Z PRÁCE S NEKLIDNÝMI A NESPOLUPRACUJÍCÍMI PACIENTY (Bálintovské skupiny, supervizní setkávání, kazuistické semináře, každoroční školení o omezení včetně deeskalace apod.).

6.2. VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ JSOU PRAVIDELNĚ PROVÁDĚNY INTERNÍ KONTROLY SE ZAMĚŘENÍM NA PODÁVÁNÍ MEDIKACE BEZ SOUHLASU S VYUŽITÍM SÍLY.

6.3. ZÁSADY A PRAVIDLA STANOVENÁ V TOMTO STANDARDU BUDOU KAŽDÉ 3 ROKY ZNOVU POSOUZENY A REVIDOVÁNY.