



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΥ ΚΛΙΝΟΣΤΑΤΙΣΜΟΥ

ΣΥΝΤΑΞΗ - ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ	<ul style="list-style-type: none">• Τσουλφάς Γεώργιος, Καθηγητής, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου μας.• Παντελίδου Ελένη, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου μας,• Δούμας Μιχαήλ, Καθηγητής, Διευθυντής της Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου μας.• Σαμόλης Σταύρος, Διευθυντής Ψυχιατρικού Τμήματος του Νοσοκομείου μας.
ΑΠΟΦΑΣΗ	17η/12-10-2023 Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, θέμα 10ο
ΕΚΔΟΣΗ	1 ^η (16/1/2024)
ΣΚΟΠΟΣ	<ul style="list-style-type: none">• Η διατύπωση του ορισμού του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου σε νοσηλευόμενους ασθενείς.• Η αναζήτηση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης διεγερτικής και επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών.• Η διαμόρφωση διαδικασιών πρόληψης, ορθής διαχείρισης και αποκλιμάκωσης της διεγερτικής συμπεριφοράς.• Η προτυποποίηση διαδικασιών ορθής εφαρμογής προστατευτικού περιοριστικού κλινοστατισμού.• Η διατύπωση κατευθυντήριων οδηγιών για αποτελεσματικό και ταυτόχρονα νόμιμο έλεγχο της διεγερτικής – επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών.• Η νομική προστασία των επαγγελματιών υγείας από τυχόν αναζήτηση πειθαρχικών ή άλλων ευθυνών.
ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ	Όλα τα νοσηλευτικά τμήματα του Νοσοκομείου μας στα οποία νοσηλεύονται ενήλικες ασθενείς.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Το Οξύ Οργανικό Ψυχοσύνδρομο αποτελεί μια οξεία διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών που εκδηλώνεται σε ασθενείς με παθολογικό οργανικό υπόβαθρο, μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε ασθενή, αλλά εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε ηλικιωμένα άτομα, σε ασθενείς με βεβαρημένη κλινική κατάσταση και σχετίζεται με σημαντικά αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ειδικότερα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο και νοσηλεύονται σε μη χειρουργικά τμήματα έχουν διπλάσιο έως τετραπλάσιο κίνδυνο να



	<p>καταλήξουν εντός ή εκτός Νοσοκομείου, ενώ οι ασθενείς που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχοντας ήδη αναπτύξει συμπτωματολογία έχουν περίπου 70% αυξημένο κίνδυνο θανάτου εντός έξι (6) μηνών μετά την επίσκεψη στο Νοσοκομείο.</p>
<p>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΟΞΕΟΣ ΟΡΓΑΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DSM - 5</p>	<p><u>Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM – 5 είναι τα παρακάτω:</u></p> <p>A) Διαταραχή της προσοχής (π.χ. μειωμένη ικανότητα κατεύθυνσης, εστίασης, παραμονής και μετακίνησης της προσοχής) και της συνείδησης (μειωμένος προσανατολισμός στο περιβάλλον).</p> <p>B) Η διαταραχή αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως ώρες έως λίγες ημέρες), αντιπροσωπεύει μια διαταραχή προσοχής και αντίληψης με τάση διακύμανσης σε σοβαρότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας.</p> <p>Γ) Μια επιπρόσθετη διαταραχή γνωστικών λειτουργιών (π.χ. διαταραχή μνήμης, αποπροσανατολισμός, παραγωγή λόγου, οπτικοχωρικής ικανότητας ή αντίληψης). Οι διαταραχές στα Κριτήρια A και Γ δεν αποδίδονται μόνο σε προϋπάρχουσα, εγκατεστημένη ή εξελισσόμενη, νευροεκφυλιστική διαταραχή και δεν συμβαίνουν σε πλαίσιο σοβαρής μείωσης του επιπέδου συνείδησης, όπως κώμα.</p> <p>Δ) Η διαταραχή αποτελεί άμεσο παθοφυσιολογικό επακόλουθο άλλης ιατρικής κατάστασης όπως προκύπτει από το ιστορικό, την κλινική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα, όπως τοξίκωσης ή απόσυρσης από ουσίες (π.χ. λόγω κατάχρησης ουσίας ή λόγω φαρμακευτικού παράγοντα), έκθεσης σε τοξίνη ή έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία.</p> <p>Με το κριτήριο B ορίζεται η έναρξή του ως οξεία / υποξεία, διαχωρίζοντάς το από κλινική εικόνα χρόνιου ψυχοσυνδρόμου που συνηθίζεται σε ανοϊκές συνδρομές.</p>
<p>ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΟΡΓΑΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΚΛΥΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ</p>	<p>Προτείνονται οι κάτωθι προσδιοριστές του Οργανικού Ψυχοσυνδρόμου ανάλογα με τον εκλυτικό παράγοντα, τη χρονική διάρκεια και την κλινική εικόνα / ψυχοκινητικότητα:</p> <p>A) Ψυχοδραστική Ουσία (κατά ICD 10 κωδικοποίηση ανάλογα την ελαφρά/μέτρια/σοβαρή ή μη εξάρτηση από την ουσία): η Διάγνωση γίνεται (αντί για Τοξίκωση από Ψυχοδραστική Ουσία) όταν τα συμπτώματα των κριτηρίων A και Γ προεξάρχουν στην κλινική εικόνα ή είναι αρκετά σοβαρά και εγείρουν κλινικής προσοχής.</p> <p>B) Ψυχοδραστική Ουσία (αντί για Απόσυρση Ψυχοδραστικής Ουσίας) όταν τα τα συμπτώματα των κριτηρίων A και Γ προεξάρχουν στην κλινική εικόνα ή είναι αρκετά σοβαρά και χρήζουν κλινικής προσοχής.</p> <p>Γ) Φαρμακοεπαγόμενο: όταν τα συμπτώματα εμφανίζονται ως παρενέργεια χορηγούμενης φαρμακοθεραπείας.</p>



	<p>Δ) Οφειλόμενο σε άλλη Ιατρική κατάσταση: όταν υπάρχουν ενδείξεις από το ιστορικό, την κλινική εξέταση ή τον εργαστηριακό έλεγχο ότι η διαταραχή οφείλεται σε παθοφυσιολογικές μεταβολές που προκαλούνται από άλλη συστηματική κατάσταση.</p> <p>Ε) Οφειλόμενο σε πολλαπλές αιτίες: όταν υπάρχουν περισσότεροι του ενός από τους προαναφερθέντες παράγοντες.</p>
<p>ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΟΡΓΑΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ</p>	<p>Προτείνονται οι κάτωθι προσδιοριστές του Οργανικού Ψυχοσυνδρόμου ανάλογα την χρονική διάρκεια:</p> <p>Α) Οξύ: Διάρκειας ολίγων ωρών ή ημερών</p> <p>Β) Επίμονο: Διάρκειας εβδομάδων ή μηνών</p>
<p>ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΟΡΓΑΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ</p>	<p>Προτείνονται οι κάτωθι προσδιοριστές του Οργανικού Ψυχοσυνδρόμου ανάλογα την κλινική εικόνα / ψυχοκινητικότητα:</p> <p>Α) Υπερδραστήριο: Ο ασθενής έχει υπερδραστήριο επίπεδο ψυχοκινητικότητας συνοδευόμενο από συναισθηματική ευμεταβλητότητα, διέγερση ή/και άρνηση συνεργασίας για λήψη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.</p> <p>Β) Υποδραστήριο: Ο ασθενής έχει υποδραστήριο επίπεδο ψυχοκινητικότητας που μπορεί να συνοδεύεται από νωθρότητα και λήθαργο έως ακόμη και την κατάσταση stupor.</p> <p>Γ) Μεικτό: Ο ασθενής έχει φυσιολογική ψυχοκινητικότητα ακόμα και όταν διαταράσσονται η προσοχή και η αντίληψη, ενώ ακόμα περιλαμβάνονται και ασθενείς με ταχέως κυμαινόμενα επίπεδα ψυχοκινητικότητας.</p>
<p>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</p>	<p>ΕΠΙΠΤΩΣΗ (Εναρξη συμπτωμάτων μετά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο)</p> <ul style="list-style-type: none">Χειρουργικά Τμήματα Νοσηλείας πλην Καρδιοχειρουργικών και Ορθοπεδικών: 13% - 50%Καρδιοχειρουργικά Τμήματα Νοσηλείας: 11% - 46%Ορθοπεδικά Τμήματα Νοσηλείας: 12% - 51%Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: 19% - 82%Παθολογικές Κλινικές: 11% - 56%Μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας: 47%Κέντρα Αποκατάστασης: 20% - 22% <p>ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ (Παρουσία συμπτωμάτων κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο)</p> <ul style="list-style-type: none">Ορθοπεδικά Τμήματα Νοσηλείας: 17%Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: 7% - 50%



	<ul style="list-style-type: none">• Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: 8% - 17%• Παθολογικές Κλινικές: 18% - 35%
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ – ΕΙΔΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	<p><u>Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:</u></p> <p><u>Προδιαθεσικοί παράγοντες:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Η μεγάλη ηλικία (>65 έτη)• Το άρρεν φύλο• Άνοια• Προηγούμενη γνωσιακή / λειτουργική έκπτωση• Κατάθλιψη• Συννοσηρότητες / βαρύτητα νόσου• Υπάρχουσα νευροεκφυλιστική ή αγγειακή βλάβη του εγκεφάλου• Προηγούμενο ιστορικό εμφάνισης του συνδρόμου• Ελαττωμένη οπτική / ακουστική οξύτητα• Συστηματική χρήση αλκοόλ <p>Πολλαπλοί παράγοντες έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία, συμπεριλαμβανομένων φαρμακευτικών ουσιών, εργαστηριακών διαταραχών καθώς και συνυπαρχόντων νοσημάτων.</p>
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	<p>Τα κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι τα παρακάτω:</p> <ul style="list-style-type: none">- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ: Εκδηλώνεται με σχετικά ασαφή αντίληψη του περιβάλλοντος και επηρεάζει τον προσανατολισμό του ασθενούς. Η σύγχυση αποτελεί το βασικό του σύμπτωμα.- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ: Οι ασθενείς είναι συχνά αποπροσανατολισμένοι στο χρόνο ή/και στο χώρο, λιγότερο συχνά στην αναγνώριση οικείων προσώπων και σχεδόν ποτέ στην αναγνώριση του εαυτού. Επίσης, οι ασθενείς παρουσιάζουν ελαττωμένη προσοχή και μοιάζουν απαθής ή έντονα προσηλωμένοι σε κάτι μη συγκεκριμένο.- ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: Περιλαμβάνουν παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις θεωρούνται παθογνωμονικές της οργανικής αιτιολογίας του συνδρόμου.- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΚΕΨΗΣ / ΛΟΓΟΥ: Ως αποτέλεσμα των γνωστικών ελλειμμάτων διαταράσσονται η σκέψη – αντίληψη – παραγωγή του λόγου.- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ: Οι ασθενείς παρουσιάζουν συναισθηματική ευμεταβλητότητα. Τα συναισθήματα (θυμός, οργή, αδικαιολόγητος φόβος, απάθεια, κατάθλιψη και ευφορία) εναλλάσσονται ταχέως.



- **ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ / ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΓΡΗΓΟΡΣΗΣ:** Το σύνδρομο εμφανίζεται με ανησυχία ή απάθεια ή με συνδυασμό και των δύο.

- **ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ:** Συχνότερα εμφανίζονται μη ειδικά νευρολογικά συμπτώματα και σημεία, όπως τρόμος, μυοκλονίες, νυσταγμός, αταξία, αδυναμία στήριξης, δυσαρθρία, ακράτεια ούρων, παρεγκεφαλιδικά σημεία, εστιακά νευρολογικά σημεία και παράλυση των νεύρων.

- **ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:** Υπερθερμία, υπέρταση, ταχυκαρδία, ναυτία, διάρροια / δυσκοιλιότητα ενδεχομένως να παρουσιαστούν. Η εμφάνιση πυρετού σε ληθαργικούς ασθενείς πιθανόν να οφείλεται σε πνευμονία λόγω εισρόφησης.

- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ – ΕΓΡΗΓΟΡΣΗΣ:** Οι ασθενείς λόγω της ανησυχίας που εμφανίζουν κατά τις βραδινές ώρες έχουν υπνηλία και κοιμούνται για σύντομα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας και η διάρκεια του ύπνου είναι σύντομη και διακεκομμένη. Κατά την πλήρη εγκατάσταση συνδρόμου οι ασθενείς παραμένουν άγρυπνοι τη νύχτα και κοιμούνται την ημέρα (πλήρης αναστροφή ύπνου).

- **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ:** Προσήλωση βλέμματος σε οπτικές ψευδαισθήσεις, Καρφολόγημα (επίμονη απασχόληση δακτύλων με κλινοσκεπάσματα), άσκοπες κινήσεις δραγμού στον αέρα ως συνέπεια των οπτικών ψευδαισθήσεων, έπειξη προς ούρηση / αφόδευση.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου παρουσιάζουν διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του 24ώρου και επιδεινώνονται κατά τις βραδινές ώρες.

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

- Ενδελεχής λήψη ιστορικού από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, αναζήτηση περαιτέρω πληροφοριών από αξιόπιστους συγγενείς. Διερεύνηση συμπεριφορικού πλαισίου ασθενών (αναζήτηση ψυχιατρικού υπόβαθρου, προηγούμενες νοσηλείες, μετεγχειρητική πορεία κλπ.
- Ανασκόπηση της φαρμακευτικής αγωγής προς εντοπισμό πρωτογενούς διαταραχής.
- Διερεύνηση αιτιών όπως απότομη διακοπή ψυχιατρικών φαρμάκων, καπνίσματος, αλκοόλ, εξαρτησιογόνων ουσιών. Η απότομη διακοπή προκαλεί αποδιοργάνωση και διέγερση.
- Ειδική μέριμνα να λαμβάνεται σε ανοϊκούς ασθενείς στους οποίους η πιθανότητα εμφάνισης του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι πολύ υψηλή. Έγκαιρη – πρώιμη ψυχιατρική εκτίμηση.
- Διενέργεια πλήρους εργαστηριακού ελέγχου (ηλεκτρολυτικές διαταραχές, νεφρική λειτουργία κλπ.) προς αναζήτηση και αποκλεισμό οργανικής αιτιολογίας που πιθανότατα έχει προκαλέσει την αποδιοργάνωση – διέγερση του ασθενούς και αντιμετώπιση της υποκείμενης συμπτωματολογίας.
- Κάλυψη βιολογικών αναγκών των ασθενών (σίτιση, ενυδάτωση, σωματική υγιεινή κλπ).
- Αξιολόγηση – διαχείριση του πόνου με αναλγησία.



- Αξιολόγηση ζωτικών σημείων των ασθενών.
- Αξιολόγηση – διασφάλιση επαρκούς οξυγόνωσης.
- Μέτρηση - αξιολόγηση γλυκόζης αίματος – εφαρμογή κατάλληλων ενεργειών σε περιπτώσεις υπερ/υπογλυκαιμίας.
- Έλεγχος για σημεία – συμπτώματα φλεγμονής / λοίμωξης.
- Κινητοποίηση με τη συμβολή των φυσικοθεραπευτών.
- Λήψη της pos φαρμακευτικής αγωγής παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού και αξιολόγηση της ικανότητας κατάποσης.
- Τοποθέτηση προστατευτικών κιγκλιδωμάτων επί κλίνης προς μείωση του κινδύνου πτώσης. Ωστόσο θα πρέπει να προηγείται **ενημέρωση του ασθενούς** με ήρεμο τόνο φωνής αναφορικά με την αιτιολογία τοποθέτησής τους καθώς σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ακόμη και αυτή η ενέργεια δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τη διέγερση του ασθενούς.
- Εφαρμογή τεχνικών αποκλιμάκωσης όπως περιγράφονται παρακάτω.

**ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ
ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΣ
ΚΛΙΝΟΣΤΑΤΙΣΜΟΣ -
ΟΡΙΣΜΟΣ**

Ο προστατευτικός κλινοστατισμός / σωματικός περιορισμός / καθήλωση ασθενών ορίζεται ως μέθοδος συγκράτησης του ατόμου και καταγράφεται ως **φυσική καθήλωση** όταν πραγματοποιείται με τα χέρια και ως **μηχανική καθήλωση** όταν χρησιμοποιείται μηχανικό μέσο για την αντιμετώπιση – διαχείριση της διεγερτικής συμπεριφοράς. Η χημική καθήλωση - αναγκαστική φαρμακοθεραπεία συνίσταται στη χορήγηση φαρμάκων συνήθως χωρίς τη θέληση του ασθενούς.

Η μηχανική καθήλωση στη χώρα μας, περιλαμβάνει την εφαρμογή υφασμάτινων ιμάντων στα άκρα του ατόμου οι οποίοι στερεώνονται επί της κλίνης.

Η χρήση φυσικών και μηχανικών περιορισμών σε ασθενείς θέτει σοβαρά ηθικά και πρακτικά ζητήματα. Τα προαναφερόμενα περιοριστικά μέτρα εφαρμόζονται σε εξαιρετικά ταραγμένους και βίαιους ασθενείς σε δομές ψυχικής υγείας με σκοπό την προστασία των ασθενών και τρίτων προσώπων από σωματική βλάβη. Επιπλέον, όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία «κάθε επεισόδιο εφαρμογής περιοριστικών μέτρων ή απομόνωσης είναι επικίνδυνο για το άτομο και εξευτελιστικό για τα μέλη του προσωπικού που γνωρίζουν πολύ καλά τις απαιτήσεις της εργασίας τους». Η φύση των προαναφερόμενων πρακτικών είναι τέτοια που κάθε χρήση τους αφήνει νομικά και οικονομικά εκτεθειμένους, τόσο τους εργαζόμενους υπαλλήλους όσο και τον φορέα υπηρεσιών υγείας.



Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (CPT) πρόληψης βασανιστηρίων και απάνθρωπης ή εξευτελιστικής συμπεριφοράς ή τιμωρίας στα σχετικά κεφάλαια περί ακούσιας νοσηλείας σε ψυχιατρικές δομές και εφαρμογής περιοριστικών μέτρων αναφέρει τα εξής:

- Τα νοσοκομεία πρέπει να αποτελούν ένα ασφαλές περιβάλλον για τους ασθενείς και το εργαζόμενο προσωπικό.
- Η δημιουργία και διασφάλιση καλών συνθηκών φιλοξενίας και νοσηλείας αποτελούν πρωταρχικό μέλημα του εργαζόμενου προσωπικού και προϋποθέτουν την απουσία επιθέσεων – βίας μεταξύ ασθενών και εργαζομένων. Για αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των εργαζομένων έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν με κατάλληλο τρόπο «προκλήσεις» προερχόμενες από ταραγμένους και/ή βίαιους ασθενείς. Πολλοί ασθενείς επανειλημμένως έχουν αναφέρει ότι βίωσαν εξευτελισμό κυρίως λόγω του τρόπου με τον οποίο υλοποιήθηκαν τα περιοριστικά μέτρα. Σε δομές ψυχικής υγείας η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων διεγερτικών και/ή βίαιων ασθενών μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι απολύτως απαραίτητη.
- Η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων πρέπει να αποτελεί αντικείμενο προκαθορισμένης πολιτικής η οποία να καθιστά σαφές ότι οι αρχικές προσπάθειες περιορισμού των προαναφερόμενων ασθενών πρέπει να είναι στο μέτρο του δυνατού λεκτικές και ότι, όπου είναι απαραίτητος ο φυσικός περιορισμός, θα πρέπει καταρχήν να περιορίζεται στον έλεγχο με τα χέρια (φυσική καθήλωση).
- **Η εφαρμογή των εν λόγω μέτρων πρέπει να αποτελεί την τελευταία λύση, πάντα να υλοποιείται κατόπιν ιατρικής οδηγίας και να διακόπτεται το συντομότερο δυνατόν.**

**ΤΕΧΝΙΚΕΣ
ΑΠΟΚΛΙΜΑΚΩΣΗΣ**

- **Η ενθάρρυνση της παρουσίας συνοδού, εάν είναι εφικτό, βοηθά σημαντικά τον ασθενή στον προσανατολισμό, την πληροφόρηση και στη μείωση του αισθήματος αποξένωσης και μοναξιάς.**
- Μετακίνηση των εν λόγω ασθενών, **εφόσον αυτό είναι εφικτό** έτσι ώστε να μην βρίσκονται σε κοινή θέα προκειμένου να διασφαλιστεί η ιδιωτικότητα κατά τη διάρκεια πιθανής συζήτησης. Συνήθως στις κλινικές με μεγάλο αριθμό ασθενών (Παθολογικές, Χειρουργικές) τέτοιου είδους μετακινήσεις δεν είναι πάντα εφικτές.
- Μείωση επιπέδων θορύβου ιδιαίτερα κατά τις βραδινές ώρες προς αποφυγή της αναστροφής ύπνου.
- Διασφάλιση κατάλληλων περιβαλλοντικών συνθηκών στον θάλαμο νοσηλείας (φωτισμός, θερμοκρασία κλπ).



- Αποκατάσταση των πιθανών αισθητηριακών ελλειμμάτων (χρήση ακουστικών βαρυκοΐας, γυαλιών οράσεως).
- Ομαδοποίηση της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών που νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο προς επίτευξη αδιάκοπου ύπνου.
- Αντιμέτωπιση με ενσυναίσθηση και χωρίς επικριτική συμπεριφορά.
- Σεβασμός στον προσωπικό τους χώρο. Συστήνεται να διατηρείται απόσταση 0,5 – 1 μέτρου κατά τη διάρκεια της συζήτησης.
- Διατήρηση ήρεμου και καθησυχαστικού τόνου στη φωνή και στη γλώσσα του σώματος κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας.
- Διατήρηση βλεμματικής επαφής, **όχι όμως επίμονης.**
- Διατήρηση της ψυχραιμίας και αποφυγή υπερβολικών αντιδράσεων.
- Επικέντρωση στις σκέψεις των ασθενών οι οποίες καταλήγουν στα συναισθήματα που εκφράζονται.
- Συστήνεται να αγνοούνται προκλητικές ερωτήσεις που γίνονται από τους εν λόγω ασθενείς και να θέτονται σαφή και διαπραγματεύσιμα όρια συμπεριφοράς για την ομαλή πορεία της συζήτησης.
- Συστήνονται οι παύσεις κατά τη διάρκεια της συζήτησης έτσι ώστε οι ίδιοι οι ασθενείς να έχουν χρόνο να αφουγκραστούν τι πραγματικά συμβαίνει.
- Το προσωπικό πρέπει να δίνει τον απαραίτητο χρόνο στους εν λόγω ασθενείς να ηρεμήσουν και να σκεφτούν τι έχει συμβεί, καθώς τα έντονα συναισθήματα επηρεάζουν την ορθή κρίση.
- Αποφυγή **εάν είναι εφικτό** από κοινού νοσηλείας διεγερτικών ασθενών, καθώς αυτό επιδεινώνει τη σύγχυση και λειτουργεί διασπαστικά.
- Σε περίπτωση εμφάνισης οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου, ενημέρωση των οικείων εφόσον **δεν είναι εφικτή η παρουσία τους. Ανάληψη τηλεφωνικής συναίνεσης, σε περίπτωση που η έγγραφη συναίνεση είναι αδύνατον να δοθεί με πρόσφορα τεχνικά μέσα (μήνυμα, mail) σε περιπτώσεις αναγκαστικής χρήσης μέτρων περιορισμού, τονίζοντας ότι τα εν λόγω μέτρα λαμβάνονται αποκλειστικά και μόνο για την προφύλαξη του ίδιου του ασθενή που παρουσιάζει το σύνδρομο αλλά και των λοιπών ασθενών από επικείμενη εκδηλωθείσα αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Σε περίπτωση τηλεφωνικής συναίνεσης αυτή θα αποτυπώνεται εγγράφως, μόλις καταστεί δυνατόν.**



ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

- Οι υπεύθυνοι της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας σε κάθε τμήμα νοσηλείας οφείλουν να εκπαιδεύσουν όλο το προσωπικό στη χρήση των τεχνικών αυτών και να εποπτεύουν την εφαρμογή τους.
- Ο σωματικός περιορισμός ή καθήλωση **δικαιολογείται μόνον** όταν οι τεχνικές αποκλιμάκωσης δεν έχουν αποτελέσματα.
- Μοναδικός λόγος για την καθήλωση είναι η αποφυγή σοβαρής σωματικής βλάβης του ασθενούς, του προσωπικού ή τρίτων.
- Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αποτελεί σπανιότερα ένδειξη καθήλωσης και απαιτεί κυρίως τη συνεχή επίβλεψη του νοσηλευόμενου.
- Αξιολόγηση – εκτίμηση του ασθενούς από ιατρό Ψυχίατρο εντός 24ώρου και τήρηση – εφαρμογή των αντίστοιχων ενυπόγραφων οδηγιών.
- **Η καθήλωση θα πραγματοποιείται κατόπιν ενυπόγραφης ιατρικής οδηγίας στο φύλλο ιατρικών οδηγιών του ΟΔΙΠΥ που θα περιλαμβάνει πλήρη και σαφή αιτιολόγηση. Η διαδικασία καθήλωσης θα υλοποιείται παρουσία του ιατρού της εκάστοτε κλινικής.**
- Αφαίρεση όπου είναι εφικτό του προσωπικού ιματισμού – προσωπικών αντικειμένων του ασθενή τα οποία δύναται να προκαλέσουν τον ακούσιο τραυματισμό του. Ο ιματισμός και τα τιμαλφή που αφαιρούνται να καταγράφονται στο αντίστοιχο έντυπο «Παραλαβής – Παράδοσης Τιμαλφών και Χρημάτων των ασθενών» και να φυλάσσονται μέχρι την παράδοσή τους στους συγγενείς.
- Κάλυψη του ασθενούς με τον κατάλληλο ιματισμό (σκέπασμα με σεντόνι, κουβέρτα κλπ) προς διασφάλιση της αξιοπρέπειας του ασθενή. Εφόσον οι συνθήκες το επιτρέψουν, ένδυση του ασθενούς με νοσοκομειακή ποδιά.
- Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων.
- Αρχικά εφαρμογή ήπιας καθήλωσης με ασφάλεια. Να εφαρμόζεται με φειδώ η ταυτόχρονη καθήλωση και των τεσσάρων (4) άκρων ταυτόχρονα.
- Καθήλωση του ασθενούς σε **ύπτια θέση με ανύψωση της κεφαλής κατά 30°** για να διασφαλιστεί η κανονική ροή φλεβικού αίματος στις έσω σφαγίτιδες, η ελάττωση της ενδοκράνιας πίεσης και προς αποφυγή εισρόφησης.
- Οι μάντες καθήλωσης στερεώνονται στο μεταλλικό πλαίσιο του κρεβατιού και όχι στα προστατευτικά κιγκλιδώματα.



- Συνιστάται η νοσηλεία των διεγερτικών – καθηλωμένων ασθενών σε θάλαμο απέναντι από τον νοσηλευτικό σταθμό προκειμένου να υπάρχει η δυνατότητα οπτικής επαφής και εποπτείας.
- Επιβάλλεται η κάλυψη των αναγκών του ασθενούς (σίτιση, ενυδάτωση, ατομική υγιεινή) και η τοποθέτηση καθετήρα κύστεως.
- Τα αναφερόμενα από τον ασθενή σωματικά προβλήματα λαμβάνονται πάντα υπόψη.
- Απαραίτητη είναι η συνεχής εκτίμηση των καθηλωμένων άκρων για έλεγχο της νευρικής και αγγειακής λειτουργίας καθώς και η συχνή εναλλαγή θέσης των άκρων.
- **Συστήνεται** η αξιολόγηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό ανά μιάμιση ώρα (1 & 1/2) ώρα προς αξιολόγηση των ζωτικών σημείων και κάλυψη των βιολογικών αναγκών του ασθενή.
- Αξιολόγηση του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό ανά τακτά χρονικά διαστήματα προς επανεκτίμηση της κατάστασης και παράτασης του μέτρου της καθήλωσης.
- Σε περιπτώσεις που ο θεράπων ιατρός κρίνει αναγκαία την παράταση εφαρμογής των εν λόγω μέτρων για περισσότερες από δώδεκα (12) ώρες εντός σαρανταοκταώρου (48 ώρες), να γίνεται επανεκτίμηση από ιατρό ψυχίατρο.
- Επανεκτίμηση του ασθενούς από δεύτερο ειδικό ιατρό ή ψυχίατρο όταν γίνεται επαναλαμβανόμενη χρήση των μέτρων περιορισμού – καθήλωσης.
- **Οι τεχνικές αποκλιμάκωσης εφαρμόζονται και κατά τη διάρκεια της καθήλωσης προς αποκλιμάκωση της διέγερσης του ασθενούς και με στόχο την άρση των μέτρων καθήλωσης.**
- Κάθε περίπτωση εφαρμογής των μέτρων περιορισμού ασθενούς καταγράφεται σε συγκεκριμένο τετράδιο ή έντυπο «**Καταγραφής περιοριστικών μέτρων**», όπου καταγράφονται τα εξής:
 - Α)** το σκεπτικό - αιτιολογία έναρξης της καθήλωσης.
 - Β)** η ημερομηνία έναρξης – ημερομηνία άρσης του μέτρου καθήλωσης.
 - Γ)** η ώρα έναρξης και η ώρα τερματισμού της.
 - Δ)** το ονοματεπώνυμο του ιατρού που έδωσε την οδηγία.
 - Ε)** το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή του υπεύθυνου νοσηλευτή βάρδιας.
 - ΣΤ)** τον απολογισμό τυχόν τραυματισμών που υπέστησαν ο ασθενής και το προσωπικό κατά την εφαρμογή των μέτρων.



	<p>Σε κάθε περίπτωση επιβάλλεται η ενημέρωση των συγγενών των ασθενών αναφορικά με τη βαρύτητα της κατάστασης και την ανάγκη εφαρμογής των ανωτέρω προς διαφύλαξη της υγείας του και με απώτερο σκοπό την βελτίωση αυτής – ίαση και έξοδο από το Νοσοκομείο.</p>
ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	<p>Σύμφωνα με το άρθρο 98 του νόμου 2071/1992: «3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.4. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας..».</p>
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	<ol style="list-style-type: none">1. Council of Europe. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 20102. Janet SR et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864.3. World Health Organization. WHO resource book on mental health, human rights and legislation: stop exclusion, dare to care. Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.4. Η υπ' Αριθμ. Πρωτ.: Γ3α,β/Γ.Π.οικ.65047/13-10-2020 Υπουργική Απόφαση με θέμα: «Όροι και προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές».5. Το από 30/1/2008 έγγραφο της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές με θέμα: «Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία»6. Άρθρο 28, Ν. 2071/1992, ΦΕΚ 123/τ. Α'/15-7-1992