



PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA
UNIVERSITY PSYCHIATRIC HOSPITAL

in

**Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V
PSIHIATRIJI**

POSEBNI VAROVALNI UKREPI V TEORIJI IN PRAKSI

Zbornik predavanj z recenzijo

Restraint and Seclusion as Special Precautionary Measures in Theory and Clinical Settings

Proceedings of Lectures with Peer Review

Ljubljana, april 2012

Organizator:

PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA in ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

**SEMINAR Psihiatrične klinike Ljubljana in Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
POSEBNI VAROVALNI UKREPI V TEORIJI IN PRAKSI**

Ljubljana, 11. april 2012

Zbornik predavanj z recenzijo

Urednika:

mag. Branko Bregar

mag. Jožica Peterka Novak

Recenzentka:

mag. Vesna Čuk

Lektor:

Ludvik Sočič, prof.

Tehnično urejanje:

Jurij Mesarič

Prevod v angleški jezik:

Jurij Mesarič

Programsko organizacijski odbor: Aljoša Lapanja, dipl. zn., mag. Branko Bregar, dipl. zn., Barbara Možgan, viš. med. ses., mag. Jožica Peterka Novak, viš. med. ses., prof. soc. ped.

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Tiskarna:

ABO grafika d.o.o.

Naklada:

100 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89-083(082)
616.89-082-035.4(082)

POSEBNI varovalni ukrepi v teoriji in praksi : zbornik predavanj z recenzijo = Restraint and seclusion as special precautionary measures in theory and clinical settings : proceedings of lectures with peer review / [organizator] Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji ; [urednika Branko Bregar, Jožica Peterka Novak]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2012

ISBN 978-961-93121-2-4

1. Vzp. stv. nasl. 2. Bregar, Branko 3. Psihiatrična klinika (Ljubljana) 4. Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

KAZALO

FIZIČNO OVIRANJE PACIENTOV V KLINIČNI PRAKSI.....	5
Physical Restraint of Patients in Clinical Practice Petra Kovač	
POSEBNI VAROVALNI UKREPI – PRIMERJAVA S TUJINO.....	13
Special Precautionary Measures – International Comparison Branko Bregar, Barbara Možgan	
POSEBNI VAROVALNI UKREP NA GERONTOPSIHIATRIČNEM ODDELKU: IZKUŠNJE IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE IDRIJA	22
Special Precautionary Measures at Gerontological Ward: Experiences from Psychiatric Hospital Idrija Nataša Velikanje	
UPORABA FIZIČNEGA OVIRANJA NA ODDELKU SPLOŠNE BOLNIŠNICE	29
Use of Physical Restrain in General Hospital Sandra Naka	
UPORABNOST OCENJEVALNIH LESTVIC ZA AGRESIVNO VEDENJE	33
Usefulness of the Rating Scales for Aggressive Behavior Aljoša Lapanja	
FIZIČNO OVIRANJE PACIENTOV V KLINIČNI PRAKSI.....	39
Physical hindering of patient within clinical practice Miha Balantič	
POSEBNI VAROVALNI UKREPI V KLINIČNI PRAKSI V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA - IZKUSTVENO UČENJE V DELAVNICAH.....	47
Special Precautionary Measures in Clinical Practice in Psychiatric Clinic Ljubljana – Workshops for Empirical Learning Zoran Kusić	

Psihiatrična klinika Ljubljana
in
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

POSEBNI VAROVALNI UKREPI V TEORIJI IN PRAKSI

sreda, 11. 4. 2012, Psihiatrična klinika Ljubljana

PROGRAM SREČANJA:

08.00 – 09.00 **Registracija udeležencev**

09.00 - 09.30 **Uvodni pozdravi**

I. SKLOP *moderator: Aljoša Lapanja, dipl. zn.*

09.30 - 10.10 **Indikacije in dejavniki tveganja za fizično oviranje pacientov**
40 min mag. Urban Groleger, dr. med.

10.20 - 11.00 **Fizično oviranje pacientov v klinični praksi**
40 min Petra Kovač, dipl. m. s.

11.00 - 11.30 **ODMOR**

II. SKLOP *moderator: Lidija Mrak, dipl. m. s.*

11.30 - 11.50 **Uporaba posebnih varovalnih ukrepov – primerjava s tujino**
20 min mag. Branko Bregar, dipl. zn., Barbara Možgan, viš. med. ses.

12.00 - 12.20 **Posebnosti fizičnega oviranja pri pacientu z demenco**
20 min Nataša Velikanje, dipl. m. s.

12.30 - 12.50 **Uporaba fizičnega oviranja na oddelku splošne bolnišnice**
20 min Sandra Naka, prof. zdr. vzg.

13.00 - 13.20 **Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje**
20 min Aljoša Lapanja, dipl. zn.

13.00 - 13.30 **ODMOR**

III. SKLOP *Vodje delavnic: Zoran Kusić, dipl. zn., Petra Kovač, dipl. m. s., Aljoša Lapanja, dipl. zn., Nermin Botonić, ZT*

13.30 – 14.00 **Fizično oviranje pacientov v klinični praksi**
30 min Miha Balantič, dipl. zn., Aleš Freljih, dipl. zn.

14.00 - 15.30 **Delo v delavnicah**
90 min Zoran Kusić, dipl. zn., Petra Kovač, dipl. m. s., Aljoša Lapanja, dipl. zn., Nermin Botonić, ZT

15.30 **Zaključek strokovnega srečanja in podelitev potrdil**

FIZIČNO OVIRANJE PACIENTOV V KLINIČNI PRAKSI

Physical Restraint of Patients in Clinical Practice

Petra Kovač, dipl. m. s.
Psihiatrična klinika Ljubljana
petra.kovac@psih-klinika.si

Izvleček

Prispevek obravnava posebne varovalne ukrepe, ki se uporabljajo pri nekaterih nujnih stanjih v psihiatriji ter zahtevajo s strani osebja zdravstvene nege veliko strokovnega znanja, izkušenj in timskega dela. V pomoč pri delu so smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov in Zakon o duševnem zdravju, ki navajata ukrepe za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov.

Ključne besede: fizično oviranje, posebni varovalni ukrepi, pacient z agresivnim vedenjem, zdravstvena nega, psihiatrija

Abstract

The article discusses special protective measures, which are used in some urgent cases in psychiatry. From nursing staff they require a lot of professional knowledge, experience and team work. The Law of Mental Health and guidelines for special protective measures help to provide measures for quality and safe treatment of patients.

Key words: physical restraint, special protective measures, patient with aggressive behaviour, health care, psychiatry

Uvod

Velika večina pacientov z duševno motnjo ni nikoli agresivna, nevarna ali nasilna. Za agresivno vedenje obstajajo različni vzroki, ki privedejo pacienta do takšnih dejanj. Dovolj zgodnje prepoznavanje tveganja za agresivno vedenje in ustrezno ukrepanje preprečujeta kasnejše zaplete, med katere lahko sodijo tudi poškodbe pacientov in osebja (Groleger, 2009). Osebe psihiatrične zdravstvene nege je usmerjeno k takšnemu načinu dela, da so posebni varovalni ukrepi uporabljeni le, ko je res nujno. Pred tem vedno uporabljamo druge metode dela. Vrsto posebnega varovalnega ukrepa predpiše zdravnik (Drnovšek, Grubič Novak, 2001).

Zakon o duševnem zdravju in posebni varovalni ukrepi

Zakon o duševnem zdravju opredeljuje posebne varovalne ukrepe v 29. členu (ZDZdr, UL RS 77/2008):

(1) Posebni varovalen ukrep je nujen ukrep, ki se ga uporabi za omogočanje zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.

(2) Posebni varovalni ukrepi se uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih.

(3) Posebna varovalna ukrepa sta oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora.

(4) Posebni varovalni ukrep se uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog uvedbe, pri čemer posebni varovalni ukrep telesnega oviranja ne sme trajati več kot štiri ure, posebni varovalni ukrep omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa.

(5) Osebo, pri kateri je bil uporabljen posebni varovalni ukrep, se nadzoruje, spremlja njene vitalne funkcije in strokovno obravnava ves čas trajanja posebnega ukrepa. O izvajanju posebnega

varovalnega ukrepa se v zdravstveno dokumentacijo osebe vpišejo natančni podatki o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem ukrepa. O izvajanju posebnih varovalnih ukrepov psihiatrične bolnice in socialno varstveni zavodi vodijo evidenco v skladu z drugim odstavkom 99. člena tega zakona.

(6) O odreditvi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa zdravnik, ki tak ukrep odredi, najkasneje v 12 urah od odreditve ukrepa pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda, najbližjo osebo, odvetnika in zastopnika. Glede mladoletnika ali polnoletne osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, se obvesti tudi zakonitega zastopnika.

(7) Če zdravnik ob osebi ni prisoten, lahko posebni varovalni ukrep uvede tudi drug zdravstveni delavec oziroma zdravstvena delavka v psihiatrični bolnišnici oziroma strokovni delavec oziroma strokovna delavka v socialno varstvenem zavodu, vendar o tem takoj obvesti zdravnika, ki brez odlašanja odloči o utemeljenosti uvedbe ukrepa. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se izvajanje ukrepa takoj opusti. Zdravstveni oziroma strokovni delavec o obvestilu zdravnika napravi zaznamek.

(8) Oseba, odvetnik, zakoniti zastopnik, najbližja oseba in zastopnik lahko predlaga izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa v skladu s predpisi, ki urejajo upravni nadzor v zdravstveni dejavnosti (ZDZdr, UL RS 77/2008, 29. člen).

Posebni varovalni ukrepi

Posebne varovalne ukrepe (PVU) odredi zdravnik, izvaja pa jih negovalni tim po predpisanih standardih. Večinoma so spremljevalec nujnih stanj v psihiatriji. To so vsa urgentna stanja, ki potrebujejo takojšnje zdravljenje, s čimer se prepreči napredovanje slabšanja stanja in v skrajnih primerih heteroagresivno ali avtoagresivno vedenje (Pregelj, 2009).

Razlogi za uvedbo PVU (Drnovšek, Grubič Novak, 2001):

- Ukrepi, namenjeni omogočanju obravnave pacienta (fiksacija roke med aplikacijo i. v. infuzije, premedikacija pred in med medicinskimi posegi oziroma preiskavami).
- Ukrepi, namenjeni za odpravo oziroma obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja (vedenje, ki je usmerjeno v škodo njemu samemu, okolici ali drugim osebam).

Vrste posebnih varovalnih ukrepov

a) Medikamentozni PVU:

- Hitra nevroleptizacija (pacient v enkratnem ali večkratnih zaporednih odmerkih prejme nevroleptik peroralno ali intramuskularno).
- Sedacija z benzodiazepini.
- Sedacija z benzodiazepini in hitro nevroleptizacijo.

b) Fizični PVU:

- Diskretni nadzor – pomeni povečano pozornost osebja, kjer ima pacient še vedno ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. Pacienta se opazuje na 15 minut ali po navodilu zdravnika.
- Ograjica na postelji – uporablja se pri ležečih pacientih, starostnikih in telesno oslabeledih zaradi preprečitve padcev s postelje.
- Stalni nadzor v gibanju – pomeni stalno varovanje pacienta, izvaja se na varovanih oziroma intenzivnih oddelkih. Izpolni se potrebna dokumentacija – list stalnega opazovanja.
- Fizično oviranje pacienta s pasovi na postelji.

c) Kombinacija medikamentoznega in fizičnega PVU (Drnovšek, Novak Grubič, 2001; Možgan, 2009).

Fizično oviranje pacienta

Fizično oviranje je eden najbolj stresnih dogodkov tako za pacienta kot za osebje. Skozi zgodovino so se ti prijemi močno spreminjali. Najprej so poznali nekakšen umirjevalni stol – Rushov stol, angleška krsta, prisilni jopič, mrežnice, nato se je leta 1997 pojavila uporaba oviranja pacienta na posteljo (Marinič, 1999).

Paciente je včasih potrebno dodatno zaščititi, da ne poškodujejo sebe ali drugih. V ta namen pri nas uporabljamo fizično oviranje s Segufix pasovi. To je poseben varovalni ukrep, ki ga odredi in podpiše zdravnik zaradi omogočanja zdravljenja pacienta ali odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja pacienta, pri čemer se pacienta fizično ovira na bolniško posteljo (Marinič, 1999).

Indikacije za fizično oviranje:

- preprečitev neposredne nevarnosti in poškodb za pacienta in osebje,
- preprečevanje resnih motenj v terapevtskem programu na oddelku,
- preprečitev resne škode na inventarju,
- na zahtevo pacienta,
- zmanjšanje škodljivih stimulacij za pacienta iz okolja.

Kontraindikacije za uporabo fizičnega oviranja:

- nadomestilo za medikamentozno zdravljenje,
- kaznovanje pacienta,
- odgovor na pacientovo neprijetno vedenje, ki pa ni nevarno,
- ko pri izvedbi fizičnega oviranja ne moremo zagotoviti varnosti pacienta in osebja,
- pri življenjsko ogroženih pacientih (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

Fizično oviranje pacienta po smernicah in standardih na intenzivnem psihiatričnem oddelku

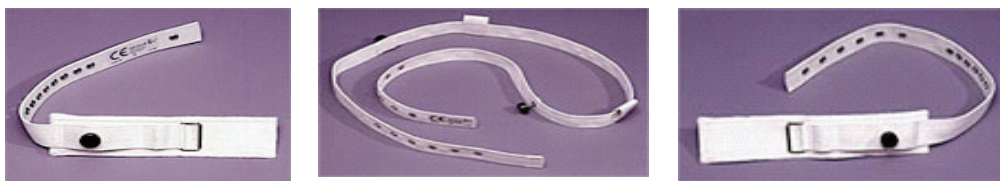
Največkrat je že ob sprejemu pomembno, da dežurni zdravnik in dežurna diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik opravita triažo pacientov:

- ali je pacient v bolnišnico pripeljan fizično oviran,
- pacient ni fizično oviran, vendar za to obstaja velika možnost,
- pacient z majhno verjetnostjo nasilja (King, 2012).

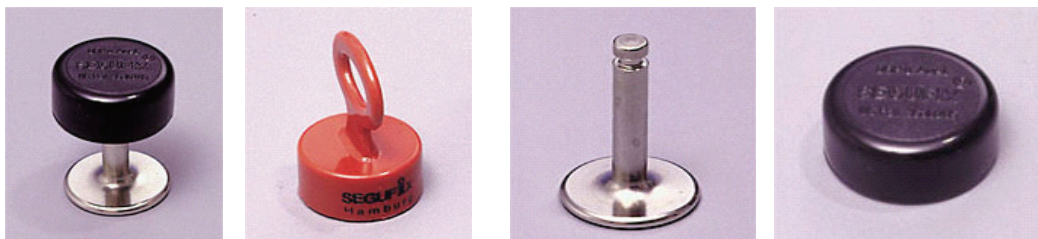
V Psihiatrični kliniki Ljubljana se poleg sprejemne ambulante nahaja pripravljena bolniška postelja s pasovi. Prav tako se na vsakem oddelku, v sprejemni pisarni in sprejemni ambulanti nahaja alarmna naprava. Vsak član osebja mora biti seznanjen, v katerih primerih uporabiti alarm in kako se ravna s Segufix pasovi v primeru fizičnega oviranja.

Komplet Segufix pasov vsebuje: 12 magnetnih gumbov, 5 magnetov, trebušni pas (obstajajo 3 velikosti), nožni pas, 2 manšetna pasova za roke, 2 manšetna pasova za noge, dva dodatna bočna pasova, dodatni ramenski pas, lahko pa tudi še dva dodatna pasova za stegna in še en nožni pas.

Slika 1: Pasovi za oviranje pacienta (dostopno na internetu, Segufix pasovi, 2012)



Slika 2: Patentni gumb, ločen s pomočjo magneta



Za fizično oviranje je potrebno pet članov negovalnega tima – glede na oceno situacije lahko tudi več ali manj.

Dokumentiranje fizičnega oviranja: fizično oviranje odredi zdravnik, ob tem izpolni tudi vso dokumentacijo, ki je potrebna po Zakonu o duševnem zdravju - protokol za uporabo posebnih varovalnih ukrepov:

- obvestilo o posebnem varovalnem ukrepu (razlog PVU, začetek in konec, kdo vse je dobil obvestilo, dobi ga direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvene ustanove),
- obvestilo o uporabi posebnega varovalnega ukrepa (dobi ga najbližja oseba, zastopnik, zakoniti zastopnik, odvetnik in direktor),
- evidenca uporabe posebnega varovalnega ukrepa (vsebuje podatke o pacientu, opis situacije, ki je privedla do PVU, na zadnji strani pa diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik ob začetku fizičnega oviranja razpiše, kdo od članov osebja je v stalnem nadzoru, menjujejo se vsaki dve uri),
- temperaturni list,
- intenzivni list zdravstvene nege,
- dnevno poročilo zdravstvene nege – modri list.

Priprava posteljne enote: na oddelku morata biti vnaprej pripravljene vsaj dve posteljni enoti s pravilno nameščenimi Segufix pasovi. Dostop do postelje mora biti omogočen z vseh štirih strani, iz okolice postelje odstranimo vse nevarne predmete. Na oddelku mora biti vsem poznano, kdaj se pripravljajo postelje, kdaj se kompletirajo pasovi in kje so shranjeni.

Slika 3: Trebušni pas (dostopno na internetu, Segufix pasovi, 2012)



Slika 4: Pritrditev stranskega pasu na gumb, s katerim je trebušni pas pritrjen na posteljo



Slika 5: Naramnice – ramenski pasovi



Slika 6: V celoti izvedeno oviranje trebušnega pasu z ramenskimi in stranskimi pasovi



Slika 7: Ročna manšeta



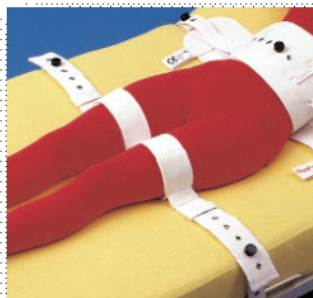
Slika 8: Nožni manšeti



Slika 9: Fizično oviranje pacienta v celoti



Slika 10: Dodatni stegenski pasovi



Priprava na intervencijo fizičnega oviranja:

- ukrep odredi in podpiše zdravnik, v primerih ko ta ni prisoten, pa ukrep lahko uvede vodja negovalnega tima, ki o tem takoj obvesti zdravnika; ta ukrep potrdi ali prekine,
- izpolni se vsa potrebna dokumentacija, pred ali takoj po posegu,
- opravi se ocena nevarnosti za pacienta in osebje ob izvedbi ukrepa,
- za izvedbo posega zagotovimo zadostno število osebja,
- vsak član osebja ima točno določeno nalogo,
- pacientu poskušamo razložiti ukrep in, če je le mogoče, pridobimo njegovo sodelovanje,
- pred posegom si osebje razkuži roke, po potrebi nadene tudi zaščitne rokavice (Standardi psihiatrične zdravstvene nege, 2012).

Fizično oviranje pacienta na posteljo s Segufix pasovi:

- med izvajanjem ukrepa delujemo strokovno, s pacientom ravnamo spoštljivo ter zagotavljamo njegovo in našo varnost,
- pacienta, ki sodeluje, odpeljemo do postelje in ga oviramo po predpisanem vrstnem redu,
- pacienta, ki je do ukrepa odklonilen in pri katerem obstaja možnost heteroagresivnega vedenja, najprej omejimo s fizičnim prijemom, tako da preprečimo možnost poškodb vseh udeleženih pri izvajanju fizičnega ukrepa,
- ko je pacient fizično omejen in leži na postelji, vsak član osebja drži eno okončino, preostali član osebja pa namesti Segufix pasove po predpisanem vrstnem redu,
- vedno namestimo trebušni pas, oba ročna pasova ter oba nožna pasova,
- za uporabo dodatnih pasov (ramenski pas, stegenski pas) se vodja negovalnega tima posvetuje z zdravnikom,
- fizično oviranje naj vedno spremlja tudi medikamentozna terapija (po navodilih zdravnika),
- pacienta lahko fizično oviramo s trebušnim pasom tudi na počivalnik ali invalidski voziček, če tako odredi zdravnik,
- med fizičnem oviranjem pacienta naj nekdo od osebja poskrbi tudi za preostale paciente na oddelku, jih pomiri, odmakne stran od dogajanja,
- popis morebitnih poškodb pacienta in osebja, do katerih je prišlo ob fizičnem oviranju (Standardi psihiatrične zdravstvene nege, 2012).

Temeljne naloge zdravstveno negovalnega osebja med stalnim nadzorom pacienta:

- pogovor s pacientom – skušamo ga pomiriti, mu zagotoviti občutek varnosti, uporabljamo deeskalacijske tehnike, neverbalna in verbalna komunikacija;
- nadzor vitalnih funkcij – glede na navodila zdravnika ali vsaj enkrat v dveh urah večjo pozornost namenimo kontroli pulza na oviranih okončinah zaradi nevarnosti zastoja pretoka krvi;
- član negovalnega tima, ki je razpisan v stalni nadzor, je dolžan poskrbeti za zadovoljitev vseh življenjskih potreb pacienta;
- prehranjevanje in pitje – zaužije naj zadostno količino hrane in vsaj 2 litra tekočine;
- izločanje in odvajanje – namestimo mu zaščitno plenico ali mu ponudimo nočno posodo oziroma račko, z dovoljenjem zdravnika mu omogočimo opravljanje potrebe na stranišču (poskrbimo za varnost);
- izvajanje osebne higiene – pacienta higiensko uredimo vsaj dvakrat dnevno, po potrebi še večkrat, v primeru daljšega oviranja ga po dogovoru z zdravnikom uredimo v kopalnici (poskrbimo za varnost),
- preprečevanje razjede zaradi pritiska – pacienta, ki je daljši čas fizično oviran, obračamo na dve uri, ga prepnemo, mu podložimo izpostavljene dele telesa z ustreznimi materiali, pozorni smo na stanje kože na mestih, kjer so okončine ovirane,
- stik s svojci – vse informacije v zvezi z zdravstvenim stanjem pacienta svojcem poda

zdravnik, obiski potekajo po dogovoru z zdravnikom in niso daljši od 15 minut, ob tem poskrbimo za urejenost pacienta in zasebnost;

- pacienta, ki je fizično oviran, nikoli ne puščamo samega;
- ko zaključimo nadzor, vedno dokumentiramo v obrazec Evidenca uporabe posebnega varovalnega ukrepa vse, kar smo pri bolniku izvajali, ter se podpišemo;
- članu osebja, ki nas je zamenjal, ustno in pisno predamo morebitne posebnosti ali zaplete s pacientom;
- fizično oviranje se prekine po navodilih zdravnika, prekinitvev ukrepa – datum in uro dokumentiramo v predvidene obrazce in v dnevno poročilo zdravstvene nege, obrazce o ukinitvi izpolni tudi zdravnik,
- po naročilu zdravnika nato pri pacientu izvajamo manj restriktivne varovalne ukrepe (diskretni nadzor, stalni nadzor v gibanju),
- po zaključenem fizičnem oviranju poskrbimo za pravilno čiščenje uporabljenih Segufix pasov, uredimo tudi posteljo in njeno okolico (Standardi psihiatrične zdravstvene nege, 2012; King, 2012; Kusič, 2009; Segufix pasovi, 2012).

Zaključek

Soočanje in obvladovanje pacienta z agresivnim vedenjem postaja pomembna sposobnost zdravstvenega osebja na psihiatričnih klinikah. Na začetku kariere ali ob koncu šolanja ga nihče ne pripravi na neprijetne dogodke. Fizično oviranje pacienta je eno izmed najbolj stresnih opravil. Težko je govoriti o temah, ki jih delamo proti volji pacientov, še posebej, če si ob tem lahko poškodovan. Pomembno je kontinuirano izobraževanje osebja o agresivnem vedenju, poznavanje dejavnikov tveganja, ki ga sprožijo, ter prepoznavanje potencialno agresivnih pacientov. Tudi deeskalacijske tehnike lahko omilijo neprijetne situacije, če jih znamo uporabiti. Včasih je pacient lahko jezen z razlogom. Osebje, ki ima dovolj izkušenj in strokovnega znanja, bo to prepoznalo in lahko že s pogovorom preprečilo slabšanje stanja pri bolniku. Še vedno veliko dilemo predstavlja vprašanje: Za koliko fizično oviranih pacientov je sposoben skrbeti en član osebja? To število se lahko povzpne tudi do šest pacientov ali več. Kako prevzeti nadzor v takem primeru? Ko je fizično oviranje izvedeno, se pogovorimo z osebjem. Kaj je bilo dobro narejeno in kaj bi še lahko izboljšali. Tudi mesečni pogovori s supervizorjem bi okrepili sposobnosti in samozavest osebja na intenzivnem psihiatričnem oddelku. Prav tako bi se morali dogovoriti, kdaj za pomoč poklicati varnostno službo ali policijo. Veliko vprašanj ostaja še nerešenih, vendar verjamem, da jih bomo skupaj rešili korak za korakom.

Literatura

1. Dernovšek M, Novak Grubič V. In: Priporočila in smernice za uporabo posebnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa: Slovenske psihiatrične publikacije; 2001: 4-11.
2. Groleger U. Agresivnost. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 288-94.
3. Kusič Z. Vloga zdravstveno negovalnega osebja pri posebnih varovalnih ukrepih v psihiatriji [diplomska naloga]. Izola: Univerza na Primorskem; 2009.
4. King HV. Handling violent or aggressive patients: a plan for your hospital. Dostopno na: <http://www.kznhealth.gov.za/family/press14pdf> (27.2.2012).
5. Možgan B. Posebni varovalni ukrepi. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 439-43.
6. Marinič M. Izolacija pacientov s pasovi Segufix. In: Kogovšek B, Kobentar R, eds. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Ljubljana: Rokus Klett; 1999: 169-75.
7. Standardi psihiatrične zdravstvene nege [interno gradivo v izdelavi]. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2012.
8. Segufix pasovi (fotografije in teorija). Dostopno na: <http://www.theoriginalinstitute.com/Text/complete%20SEGUFIX- Manual.pdf> (5. 3. 2012).
9. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.

POSEBNI VAROVALNI UKREPI – PRIMERJAVA S TUJINO

Special Precautionary Measures – International Comparison

pred. mag. Branko Bregar, dipl. zn., Barbara Možgan, viš. med. ses.

Psihiatrična klinika Ljubljana

branko.bregar@psih-klinika.si

Izvleček

Posebni varovalni ukrepi so nujne intervencije, ki se uporabljajo v psihiatričnih in drugih kliničnih okoljih. Zaradi zlorabe posebnih varovalnih ukrepov v preteklosti je bil v psihiatriji v zadnjem desetletju narejen največji napredek pri zmanjševanju teh ukrepov. Potrebno je poudariti, da ima lahko nepravilno izvajanje posebnih varovalnih ukrepov slab izid za pacienta, ki je fizično oviran. Zaradi vseh razlogov so bile na področju psihiatrije za izvajanje posebnih varovalnih ukrepov izdane smernice in zakonska pravna podlaga. S tem, da se je področje psihiatrije uredilo, pa je somatsko področje ostalo nerazvito. Na tem področju je pri nas zaznati pravno praznino, ki ne varuje niti zaposlenih, ki izvajajo posebne varovalne ukrepe, niti pacientov, ki so izpostavljeni potencialno nevarnim intervencijam v zdravstveni obravnavi. Fizično omejevanje je skrajni postopek, ki je uveden pri pacientu, da se zavaruje njega ali njegovo okolico. Pravilno izvajanje posebnih varovalnih ukrepov je ključnega pomena v zdravstveni negi na psihiatričnem področju, zato je zelo pomembno poznavanje vseh postopkov in aktivnosti.

V prispevku avtorja predstavljata pregled domače in tuje literature na tem področju. Domača strokovna literatura je skromna, več dostopnih virov ima tuja literatura, ki nam lahko daje nekatera izhodišča za razmislek pri razvoju, raziskovanju in izboljšavah pri delu.

Ključne besede: izolacija, fizično oviranje, medicinske sestre, pacient, varnost, psihiatrična zdravstvena nega

Abstract

Special precautionary measures such as restraint and seclusion are measures that are practiced both in somatic and psychiatric clinical settings. Because of the abuse of restraint and seclusion in the past, psychiatry has made great progress towards reducing use of restraint and seclusion in the last decade. It should be noted that the improper use of restraint can lead to tragic consequences for a patient. Special precautionary measures guidelines and legal framework were formulated because of this danger, but the somatic area remains underdeveloped. In Slovenia we detect a legal gap in the somatic field since neither employees performing restraint and seclusion nor patients are legally protected. Restraint and seclusion should be the last measure used on the patient in order to protect him and his surroundings. Proper implementation of the special precautionary measures is vital. It is also important to know the procedures and activities which may represent an alternative.

In the paper authors present the review of foreign and domestic literature available for this subject. Domestic scientific literature covering this field is rather weak. Foreign literature is in abundance and it may also give us some starting points for consideration in future work or research.

Key words: seclusion, restraint, nurses, patient, psychiatric nursing

Uvod

Posebni varovalni ukrepi (v nadaljevanju PVU) sodijo med ukrepe, s katerimi se v procesu zdravstvene obravnave pacientu omejuje pravica do svobodnega gibanja in odločanja o samem sebi. Uporablja se za omogočanje zdravljenja ali odpravljanja ter obvladovanja nevarnega vedenja pacienta v bolnišničnem okolju. Najobičajnejši PVU je odvzem svobodnega gibanja s tem, da je pacient sprejet na varovani oddelek. Sledi omejitev gibanja v posebnem prostoru (izolacijska soba). Kot skrajni ukrep se za obvladovanje vedenja pacienta uporablja vezanje s pasovi (Glezer, Brendel, 2010).

PVU se uporabljajo tako v psihiatričnih kot splošnih bolnišnicah, vendar so bili napredki k zmanjšanju uporabe vseh oblik omejevanja pacienta narejeni le v psihiatričnih bolnišnicah (Glezer, Brendel, 2010). V splošnih bolnišnicah se PVU še vedno zelo široko uporabljajo za zagotavljanje zdravstvene obravnave pacientov (Minnick in sod., 2007). Čeprav so namenjeni zagotavljanju varne obravnave pacientov, lahko zaradi uporabe PVU nastopijo tudi škodljive posledice, kot so razjede zaradi pritiska, druge poškodbe pacientov ali osebja ter celo smrt (Paterson, 2005; Paterson in sod., 2003; Paterson, Duxbury, 2007).

Zakon o duševnem zdravju (2008) (v nadaljevanju ZDZdr) je bil sprejet za zaščito pacientov, ki so obravnavani v psihiatričnih bolnišnicah in socialno varstvenih zavodih. Namen zakona je spodbuditi strokovnjake, da glede na stanje pacienta izbirajo najmanj invaziven PVU, ki bo hkrati tudi najučinkovitejši. Zakon predpisuje nabor PVU, kako se jih uvede in kaj je potrebno pri tem upoštevati. PVU se izvajajo tudi v nepsihiatričnih bolnišnicah, kjer je prav tako potrebno omejiti tako paciente s psihiatrično motnjo kot tudi take, ki te motnje nimajo. Vendar ZDZdr ne velja za paciente, ki so sprejeti v splošne bolnišnice (Kocmur, Vošnjak, 2008).

V literaturi so dostopni podatki o prevalenci PVU v psihiatričnih bolnišnicah (Kusić, 2010; Ben et al., 2010; Knutzen in sod., 2007). Čeprav se podatki nanašajo na različna okolja z različnimi kulturami in sistemi zdravstvenega varstva, so nekatere prevalence primerljive (Kusić, 2010; Ben et al., 2010; Knutzen in sod., 2007). PVU se uvajajo iz različnih razlogov, za omogočanje obravnave pacienta, kamor sodita premedikacija pred medicinskimi posegi in fiksacija roke med aplikacijo intravenozne terapije. Te oblike velikokrat uporabljajo v splošnih bolnišnicah, vendar ne razmišljajo o tem, da gre pri tem za poseg v integriteto pacientov. Drugi razlog za uporabo PVU je odprava in obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja. Izraz nevarno vedenje pomeni vedenje, ki je usmerjeno v škodo sebi, drugim in okolici. Kadar se ugotovi potreba po uporabi PVU, se glede na oceno stanja pacienta in razmer na oddelku odloči za obliko, ki je najbolj učinkovita in najmanj restriktivna. Če izbran PVU ne zadošča, se preide na bolj restriktiven način izvajanja PVU (Možgan, 2009). Izvajanje PVU je ena najzahtevnejših nalog za celoten zdravstveni tim. Zaradi tega in zaradi posega v človekovo integriteto in dostojanstvo so PVU deležni velikega zanimanja v stroki (Glezer, Brendel, 2010; Moylan, 2009).

Prispevek je namenjen delnemu pregledu literature na tem področju, ki je dostopna v domačem in tujem prostoru. Zagotavljanje varnosti, tako pacienta, osebja kot širše okolice, je danes v zdravstvenem varstvu osrednjega pomena, zato so pomembna znanja in izkušnje na tem področju. V prispevku nas zato zanimajo različne prakse, ki se uporabljajo na tem področju, ter pozitivne in negativne izkušnje, s katerimi so se srečevali izvajalci zdravstvenih storitev.

Zaradi lažjega pregleda smo pregled literature razdelili na domačo in tujo dostopno literaturo s področja posebnih varovalnih ukrepov.

Pregled domače literature

Osrednji pravni dokument, ki v Sloveniji določa uporabo PVU, je ZDZdr (2008), ki velja le za psihiatrične bolnišnice in socialno varstvene inštitucije. V slovenski literaturi v okviru strokovnih prispevkov ni veliko napisanega. Nekaj vsebin je dostopnih prek Vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov in iskalnika Google. Kusić (2010) je v letu 2008 naredil analizo o povprečnem številu pacientov, pri katerih je bil uveden PVU na oddelkih pod posebnim nadzorom PK Ljubljana. Zanimivo je, da se kljub različnim kulturološkim značilnostim delež PVU ujema z nekaterimi tujimi raziskavami tega področja pri pacientih, sprejetih v psihiatrično bolnišnico.

Posebni varovalni ukrepi

ZDZdr (2008) je v 29. členu je opredelil posebni varovalni ukrep kot »nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom«. Dodatno je zakon določil, da se posebni varovalni ukrepi uporabljajo le na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih. Zakon je kot PVU določil le dva ukrepa: telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Prav tako je tudi natančno opredelil, kdo in v kakšnem primeru lahko PVU odredi, koga je treba o odrejenem ukrepu obvestiti, koliko časa lahko tak ukrep traja, kako je z nadzorom osebe med trajanjem ukrepa in drugo. Čuk (2010) je ugotovila, da sta stalni nadzor in uvedba PVU dve izmed najpogostejših intervencij po neželenih dogodkih v opazovanih psihiatričnih bolnišnicah.

Domovi različno poimenujejo oddelke, da jim ni potrebno zagotavljati obveznosti iz ZDZdr. Urad varuha človekovih pravic je za domove, ki jih je obravnaval po začetku uporabe ZDZdr, ugotovil, da domovi, ki uporabljajo PVU, niso spremenili prakse njihovega izvajanja. Še vedno, na primer, uporabljajo »zdravnikovo odobritev vnaprej«, včasih tudi za neomejeno obdobje; uvedejo PVU tudi na prošnjo svojcev; pomanjkljivo nadzirajo izvajanje PVU oziroma pomanjkljivo beležijo opravljen nadzor (Dolčič, 2011). Varuhovo stališče v zvezi s tem je vseskozi nedvoumno: Vsak poseg, ki posega v pravico ali svoboščino posameznika, ne glede na njegove osebne okoliščine, mora biti predviden z zakonom, prav tako pa tudi način njegovega izvajanja, trajanje posega in nadzor nad posegom (Dolčič, 2011).

Posebej velja omeniti uporabo (posebnih) varovalnih ukrepov zunaj varovanih oddelkov, predvsem na negovalnih oddelkih.

Iz ZDZdr (2008) izhaja, da so PVU možni le v psihiatričnih bolnišnicah in v socialno varstvenih zavodih, ki imajo organizirane oddelke pod posebnim nadzorom ali varovane oddelke, medtem ko ukrepi ne veljajo v drugih zdravstvenih zavodih, čeprav bi bili sprejeti pri istem pacientu in iz istih razlogov. Namestnik varuhinje človekovih pravic pravi celo, da se nepsihiatrični zavodi v takem primeru znajdejo v položaju, ki je protipraven (Dolčič, 2011). Pojasnjuje: »Dejstvo je, da noben predpis ne ureja varovalnih ukrepov izven področja duševnega zdravja, zato po načelu, da je treba omejitve uporabljati restriktivno, pravzaprav nobena bolnišnica ne sme uporabiti PVU, četudi obravnava bolnika z duševno motnjo ali duševno boleznijo.«

Pri dosedanjem izvajanju ZDZdr v praksi so se že pokazale nekatere pomanjkljivosti, zato ga bi bilo potrebno prenoviti (Dolčič, 2011), za kar obstaja interes tudi v psihiatriji.

V splošnih bolnišnicah pri nas je že prišlo do neželenih dogodkov pri uporabi PVU (Zajc, 2011), kjer je varuhinja človekovih pravic ugotovila, da gre za sporen primer omejevanja, saj je po zakonodaji možen le v ustanovah, ki so navedene v ZDZdr. Dogodek je bolnišnica pojasnila:

»... da prisilne ukrepe navadno izvedejo medicinske sestre, ki pred tem obvestijo zdravnika in nadzorno medicinsko sestro. Zunaj rednega delovnega časa nevrologov, ko je za oddelek pristojen dežurni internist, pa medicinska sestra obvesti dežurnega zdravnika in ta fiksacijo odobri ustno po telefonu ... Pri konkretnem bolniku so se v Izoli za ukrep odločili, ker je pacient večkrat želel vstati s postelje, čeprav ga desni udi niso ubogali. Obstajal je tudi strah, da bi padel z balkona tretjega nadstropja. Brez fiksacije je obstajala velika verjetnost, da bi brez nje omenjeni bolnik padel s postelje.« (Zajc, 2011)

Zajčeva (2011) v Mladini pojasnjuje, podobno kot v svoji izjavi namestnik varuhinje človekovih pravic Dolčič (2011): »Način odobritve je torej precej enostavnejši kot v psihiatričnih ustanovah, čeprav za to sploh ni ustrezne zakonske podlage.«

Pri pregledu slovenske strokovne literature na temo PVU je dostopnih le nekaj prispevkov na raznih strokovnih srečanjih in seminarjih. V Obzorniku zdravstvene nege, ki je osrednja strokovna revija na področju zdravstvene nege, pri pregledu v iskalnikih, ki jih ta strokovna literatura omogoča, na temo PVU nismo našli zadetkov. V Vzajemno bibliografsko-kataložni bazi podatkov Cobiss in v iskalniku Google smo našli več del, ki so obsežna, v obliki diplom, predvsem na področju zdravstvene nege ali prava ter specialističnih del iz socialnega dela.

Kusić (2010) in Lapanja (2010) sta v obliki strokovnih prispevkov PVU predstavila javnosti na seminarju medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji. Lapanja (2010) se v svojem prispevku izraziteje posveča obvladovanju pacientov z agresivnim vedenjem v kliničnem okolju in spodbuja opolnomočenje znanja zaposlenih v zdravstveni negi na tem področju. Kusić (2010) v svojem prispevku analizira PVU ukrepe na oddelkih pod posebnim nadzorom v PK Ljubljana.

Vsekakor so za obvladovanje pacientov z agresivnim vedenjem potrebna določena znanja in spretnosti zaposlenih v zdravstveni negi, kot so: doslednost v dogovorih, aktivno poslušanje, usmerjanje pozornosti, postavljanje meja, vzdrževanje zaupanja, učenje samodiscipline, izražanje razumevanja, sprejemanje, upoštevanje pričakovanj in možnosti (Horvat, Kostov, 2009).

Dolčič (2010) navaja, da so v slovenskem prostoru dostopni tudi nekateri pravilniki v socialno varstvenih zavodih, ki so po mnenju namestnika varuhinje človekovih pravic dobro izhodišče za urejanje razmer na tem področju, vendar nimajo vsi zakonske veljave, zlasti v tistih zavodih, kjer teh ukrepov po zakonu ne smejo izvajati.

Pregled tuje literature

Intervencije omejevanja svobode, kot sta fizično oviranje in izolacija, so bile vzrok strokovnih razprav v smislu opravičevanja njihove uporabe v mnogih državah od začetkov moderne psihiatrije. Strokovna literatura opisuje začetek psihiatrije kot medicinske discipline, ko je psihiatrične paciente v francoskih bolnišnicah Salpetriere in Bicetre z verig osvobodil Philippe Pinel leta 1793 (Steinert in sod., 2009). Najstarejši problem institucionalne psihiatrije je skozi vso zgodovino oviranje in izoliranje pacientov in ostaja izziv v psihiatričnih službah po svetu tudi danes (Steinert in sod., 2009). Kot opisujejo v svojem prispevku Steinert in sodelavci (2009), sta v drugi polovici 19. stoletja Hill in Connolly v Veliki Britaniji vodila gibanje, ki si je prizadevalo za ukinitve vseh načinov oviranja pri zdravljenju psihiatričnih bolnikov. Ta cilj je v tistem času botroval mnogim razpravam v različnih evropskih državah. Popolna prepoved uporabe oviranja in izolacije pri psihiatričnih pacientih ni bila izvedena. Kljub temu, da je uporaba posebnih varovalnih ukrepov včasih nasprotujoča in uporaba lahko povzroči tudi resne, včasih usodne stranske učinke, pa se avtorji sodobnih člankov in študij na to temo v različnih državah strinjajo, da popolna ukinitve teh ukrepov ni mogoča (Steinert in sod., 2009).

Vprašanje ostaja, kako, kako pogosto in kako dolgo naj traja izvajanje posebnih varovalnih ukrepov, da ne bi prišlo do osnovnega etičnega konflikta med pacientovimi pravicami in odgovornostjo za preprečitev škode, ki jo lahko povzroči sebi in drugim. Različne evropske organizacije so poskušale urediti to področje z izdelavo smernic. Med mnogimi omenjamo le Belo knjigo, ki jo je sprejel Svet Evrope in pravi, »... da je potrebno spoštovati človekove pravice in dostojanstvo oseb z duševnimi motnjami, posebno tistih, ki so neprostoovoljno nameščeni v psihiatrične ustanove« in pri tem poudarja, »da mora biti uporaba in čas trajanja posebnih varovalnih ukrepov v sorazmerju z vzrokom za uvedbo in učinkom, ki ga s temi ukrepi želimo doseči« ter »da mora biti odgovor na nasilno vedenje stopnjevan, osebje mora najprej odgovoriti verbalno, uporaba fizičnega oviranja ali izolacije pa mora biti zadnji ukrep« (Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe, 2005).

Področje uporabe posebnih varovalnih ukrepov je v tujini zelo dobro raziskano. Avtorji, ki se v ukvarjajo z uvedbo posebnih varovalnih ukrepov pri pacientih, večinoma prihajajo iz zahodne Evrope, kjer prevladujejo skandinavske države in Velika Britanija, iz Združenih držav Amerike, Kanade, Izraela, Avstralije in Tajvana. V svojih člankih in raziskavah se večinoma ukvarjajo z načini, kako zmanjšati uporabo posebnih varovalnih ukrepov, iščejo alternativne načine zagotavljanja varnosti pacientov, raziskujejo doživljanje osebja, ki sodeluje pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov, in z usposobljenostjo in znanjem osebja za izvajanje le-teh ter ugotavljajo neželene posledice pri pacientih, pri katerih so bili izvajani varovalni ukrepi. Opisane so tudi študije, ki so bile o uporabi varovalnih ukrepov izvedene v različnih državah.

Raziskave kažejo, da je povprečno 14 odstotkov sprejetih pacientov v psihiatrične bolnišnice oviranih (fizično ali kemično). Steinert in sodelavci (2009) so v svoji mednarodni raziskavi ugotavljali trende pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov v različnih državah. V raziskavi so sodelovale Finska, Nemčija, Švica, Nizozemska, Velika Britanija, Združene države Amerike, Nova Zelandija, Japonska, Norveška, Španija in Islandija. Rezultati raziskave kažejo veliko raznolikost med sodelujočimi državami glede tipa, frekvence in trajanja uporabe posebnih varovalnih ukrepov. Največja razlika v uporabi varovalnih ukrepov je med Veliko Britanijo in Nizozemsko. Vse druge države, razen Islandije, so v povprečju podobne glede časa trajanja izolacije in fizičnega oviranja. Islandija je država s 300.000 prebivalci in z eno psihiatrično

bolnišnico. Država je zanimiva izjema, saj so uporabo fizičnega oviranja pacientov prepovedali že pred desetletji in ga niso nikoli več uporabljali (Steinert in sod., 2009).

Stewart in sodelavci so primerjali uporabo PVU med Italijo, Grčijo in Veliko Britanijo. V Veliki Britaniji bil odstotek fizično oviranih zanemarljiv, v Italiji je bilo oviranih 10 % sprejetih na akutni psihiatrični oddelek in v Grčiji polovica sprejetih pacientov. Uporaba izolacije pa je bila najbolj pogosta v Veliki Britaniji. V vseh teh državah od leta 2000 urejajo to področje z državnimi zakonodajami in uvajanjem standardnih načinov izvajanja posebnih varovalnih ukrepov ter beleženje na standardnih obrazcih (Stewart in sod., 2010).

Ko so ugotavljali, katere so najboljše alternativne metode za obvladovanja nasilnega in agresivnega vedenja pacientov, so se s problemom spoprijemali na različne načine. Intervencije so bile različne, najbolj pogosto uporabljeno je bilo upoštevanje novih pravil o uporabi posebnih varovalnih ukrepov, spremembe v sestavi kadrov, kroženje kadra, izobraževanje kadra, obravnava posameznih primerov in vpeljava posebnih timov, ki so se vključevali ob reševanju kriznih trenutkov (Stewart in sod., 2010). Večina analiz je pokazala, da se je uporaba posebnih varovalnih ukrepov zmanjšala ob uporabi alternativnih metod. V različnih študijah so ugotovili, da se je zaradi nove zakonodaje in smernic na tem področju zmanjšala uporaba posebnih varovalnih ukrepov (Stewart in sod., 2010). Donat (2002; 2003) je v dveh študijah dokazal, da je na zmanjšanje uporabe ukrepov vplivala sprememba v izobrazbeni strukturi medicinskih sester in spremembi razmerja med pacienti in negovalnim osebjem. To najbrž lahko pripisujemo temu, da je medicinska sestra lahko namenila posameznemu pacientu več časa, uporabi vedenjskih in psihosocialnih pristopov, od katerih se lahko pričakuje, da preprečijo konflikte na oddelku, zaradi večjega števila osebja pa so bili uvedeni tudi drugi programi na oddelku (uporaba načrta zdravljenja po vedenjsko kognitivni terapiji za posameznega pacienta) (Donat, 2002). V nekaterih bolnišnicah so uvedli novo delovno mesto: medicinska sestra je delovala kot zastopnik osebja in pomagala na oddelkih pri zmanjševanju nasilnega vedenja (Stewart in sod., 2010). Na akutnem psihiatričnem oddelku v Avstraliji so poleg drugih intervencij začeli rotirati osebje na oddelkih z namenom preprečevanja izgorevanja. V šestmesečnem obdobju niso ugotovili nobenega vpliva na zmanjšanje uporabe PVU (Sullivan in sod., 2004). Kot zelo učinkovita metoda za zmanjševanje potrebe po uporabi PVU se je pokazalo izobraževanje negovalnega kadra o različnih tehnikah deeskalacije, vključno s poznavanjem stopnje nasilnega obnašanja in možne nevarnosti (Johnson, 2010). Moylan (2009) je že leta 1996 izdelal zelo zanimiv inštrument, ki je namenjen učenju in prepoznavi naraščajočega agresivnega vedenja in ga poimenoval MAPAT (Moylan Assessment of Progressive Aggression Tool). Inštrument je osnovan na kliničnem principu in je znanstveno preverjen, njegov namen je, da medicinska sestra ob igrani situaciji prepozna nasilno vedenje in določi trenutek, ki je primeren za uvedbo posebnih varovalnih ukrepov (fizično oviranje). Finski avtorji Kontio in sodelavci (2010) pa v študiji kot alternativno metodo preprečevanja uvedbe PVU opisujejo uporabo moči in avtoritete, ki sta povezani s položajem zdravnika na oddelku, možko sestavo negovalnega tima in večjim številom osebja. Opisujejo, da se pacienta z agresivnim in nasilnim vedenjem lahko umiri tudi z nastopom s pozicije moči in avtoritete. Ta alternativa je bila uporabljena redko pri zelo agresivnih in nesodelujočih pacientih. Opisujejo, da je občutek osebne avtoritete in moči za osebje zelo pomemben, ker se v nasprotnem primeru lahko prenese na paciente. Poročajo, da uporabljajo moč, vendar ne na nehuman način. So primeri, ko sta prisotnost zdravnika in njegov pogovor s pacientom bolj učinkovita kot pogovor z medicinskimi sestrami/tehnikami. Moški zdravstveni tehniki v očeh pacientov predstavljajo avtoriteto in moč in že njihova prisotnost lahko zmanjša napetost. Udeleženci raziskave, ki so jo izvedli Kontio in sod., opisujejo, da so ob zelo napetih trenutkih poklicali na oddelk več moškega osebja zdravstvene nege. Včasih je že njihova prisotnost umirila situacijo. V nekaterih primerih pa tudi to ni zadostovalo in so na bolniški oddelk poklicali na pomoč policijo (Kontio in sod., 2010).

Kljub temu pa je večina pregledanih programov, ki jih v različnih psihiatričnih ustanovah po svetu izvajajo za zmanjševanje uporabe posebnih varovalnih ukrepov opisovala postopke, ki so vsebovali različne intervencije, kot je na primer uvedba JCAHO standardov, zamenjava parenteralne terapije s peroralno, hitri odzivi osebja na krizno situacijo, uporaba Brosetove ali

drugih lestvic za nasilno vedenje, usposabljanje negovalnega in zdravstvenega osebja za obvladovanje nasilnega vedenja in tehnik deeskalacije ... (Johnson, 2010). Zaradi tega ni jasno, ali so k zmanjševanju uporabe PVU največ prispevale spremembe nacionalnih zakonskih ureditev na tem področju, strukturne spremembe v sami organizaciji dela in izvajanju intervencij ali pa spremembe v delovanju negovalnega osebja pri obravnavi pacientov. Čeprav na podlagi raziskav ni mogoče ugotoviti idealne kombinacije intervencij za najbolj uspešno zmanjševanje uporabe PVU, pa so takšne študije potrebne. Predvsem zato, da se uspešne kombinacije intervencij lahko uvajajo v prakso tudi po končani študiji, s tem pa pacientom omogočijo bolj dostojanstven in terapevtski način zdravljenja. Prednosti uporabe alternativnih intervencij so se pokazale tudi v spremenjenem odnosu osebja do pacienta, kulture in atmosfere na oddelkih, kar se kaže v uspešnejši vlogi oddelčnega vodje in boljši komunikaciji v multidisciplinarnem timu (Stewart in sod., 2010).

Na izvajanje posebnih varovalnih ukrepov ima pomemben vpliv osebje v zdravstveni negi in drugo zdravstveno osebje. Poročajo o fizičnih poškodbah med samo intervencijo, obenem pa opisujejo občutke jeze, tesnobe, stresa. Nastaja konflikt med zagotavljanjem varnosti pacientu, osebju, okolici in vzdrževanjem profesionalnih vrednot ter vzdrževanjem terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Raziskave Hollinsa in Stubbsa kažejo, da 25 % poškodb pri osebju nastane med intervencijo fizičnega oviranja. Zaradi teh podatkov je pomembno, da se razvijejo strategije, ki bodo zmanjševale stopnjo tveganja pri osebju »v prvih bojnih vrstah« (Hollins, Stubbs, 2011).

Kot smo že omenili, medicinske sestre in zdravniki poročajo o etičnih konfliktih med uvajanjem PVU. Medtem ko se medicinske sestre odločajo, kaj je za pacienta najbolj prav in varno, pa za zdravnike predstavlja veliko dilemo, ko se je uvedba PVU že zgodila. V večini držav je uvedba PVU dovoljena, ko zdravnik oceni stanje pacienta, ukrep odobri in ga nadzira. V realnosti pa ni tako. Glavni vir informacij o stanju pacientov pred uvedbo PVU je osebje v zdravstveni negi, v večini primerov je tudi ključno pri odločitvi za uvedbo. To pa predstavlja pravno dilemo, ki zahteva ponovni pregled zakonodaje in priporočil (Kontio et al., 2010). V Izraelu se od leta 2009 na podlagi uredbe Ministrstva za zdravje diplomirane medicinske sestre lahko neodvisno odločijo o uvedbi PVU pri starostnikih (Ben et al., 2010).

Raziskav, ki opisujejo počutje pacientov med uvedbo PVU, je malo. V skoraj vseh raziskavah pa so prišli do skoraj enakih rezultatov: pacienti doživljajo PVU kot kazen zaradi kršitve pravil. Medtem ko smo mi prepričani, da se bodo ob uvedbi PVU pacienti počutili varneje in jim pomagamo, da se umirijo, oni doživljajo fizično oviranje zastrašujoče, kot prisilo, počutijo se nemočne, ranljive, včasih občutijo, da je šlo za močan vdor v njihovo zasebnost. Nekateri pravijo, da so bili po tem še bolj agresivni in nasilni, da so se bolj upirali (Strout, 2010).

»Bilo je neudobno. Kot da sem privezana žival. Edina razlika je, da nisem imel verig okoli vratu ... Počutil sem se umazanega ... Spominjal sem se zgodb, ki mi jih je pripovedovala babica o suženjstvu. Počutil sem se kot suženj, privezan. Ničesar nisem mogel storiti. Bil sem pod nadzorom nekoga drugega.«

Pomembno je, da se osebje zdravstvene nege in drugo zdravstveno osebje zaveda, kaj z uvedbo posebnih varovalnih ukrepov povzroči pri pacientih, medtem ko želi zagotoviti njihovo varnost in jih pomiriti. Pred uporabo posebnih varovalnih ukrepov je potrebno uporabiti deeskalacijske tehnike, aplikacijo zdravil, umirjati pacienta. Velik pomen pripisujejo tudi izobraževanju medicinskih sester in drugega osebja na tem področju (Strout, 2010).

Uporaba posebnih varovalnih ukrepov pri pacientih lahko povzroči tudi druge neželene dogodke, kot so različne infekcije, poškodbe kože, mišic in kosti, razjede zaradi pritiska, kontrakture, večje možnosti padcev in v najhujših primerih tudi smrt (Strout, 2010). Pacienti z resnimi psihiatričnimi boleznimi imajo pogosto pridružene tudi druge bolezni, na primer bolezni kardiorespiratornega sistema, diabetes, debelost, osteoporozo (Hollins, Stubbs, 2011). Nastanek poškodb je posledica

pacientovega fizičnega stanja in nepravilne izvedbe fizičnega oviranja, predvsem ob uporabi prevelike moči in oviranja v nepriporočenih položajih (oviranje, ko pacient leži na trebuhu). Pomen pravilne uporabe posebnih varovalnih ukrepov potrjuje tudi raziskava Berzlanovicha in sodelavcev (2012). V letih od 1997 do 2010 so naredili 26 avtopsij pri ljudeh, ki so umrli, ko so bili fizično ovirani. Pri treh primerih je prišlo do naravne smrti. V dvaindvajsetih primerih so odkrili, da je bil vzrok smrti fizično oviranje. Pri vseh dvaindvajsetih se ni izvajal stalni nadzor, vzroki smrti so bili zadušitev (11 primerov), direkten pritisk na prsni koš (8 primerov) in visenje z glavo navzdol (3 primeri). Pri 19 primerih so ugotovili, da so bili nepravilno ovirani, v dveh primerih so bili uporabljeni nestandardizirani pasovi. V enem primeru je bil vzrok oviranje s prevelikim trebušnim pasom, čeprav je bil pravilno nameščen.

V strokovnih člankih je opisano, da je kar 16-85 % starejših pacientov ali oskrbovancev domov za starejše fizično omejevanih (Ben et al., 2010, Karlsson, Bucht, Sandman, 1998). Veliko odstopanje gre na račun razlik med državami, institucijami, starostjo pacientov/oskrbovancev in njihovimi kognitivnimi sposobnostmi. V teh institucijah kot vzrok za uporabo fizičnega oviranja najbolj pogosto navajajo moralno in zakonsko odgovornost, da zaščitijo paciente/oskrbovance pred poškodbami. Čeprav negovalno osebje ne mara uporabe fizičnega oviranja pri starostnikih, pa ne vidijo nobene boljše alternativne rešitve. Težave v gibanju, visoka odvisnost od drugih, zmanjšana kognicija ter predhodni padci predstavljajo visoko tveganje, da bo pacient/oskrbovanec fizično oviran. Ben in sodelavci (2010) so raziskovali, kako odnos negovalnega osebja vpliva na pogostost oviranja starejših pacientov/oskrbovancev. Rezultati so pokazali, da bi se večina negovalnega osebja odločila za fizično oviranje, če bi s tem preprečili možnost padca in samopoškodbe pri pacientih/oskrbovancih, polovica se ne zaveda možnih zapletov fizičnega oviranja, četrtnina pa se strinja z uporabo fizičnega oviranja v primerih, ko je delo na oddelku zahtevno, ko je veliko pacientov/oskrbovancev in malo negovalnega osebja. Četrtnina negovalnega osebja je prepričana, da vodstvo institucije podpira uporabo fizičnega oviranja pri starostnikih, večina pa se strinja s trditvijo, da se svojci pacientov/oskrbovancev ne strinjajo s fizičnim oviranjem.

Status fizičnega omejevanja starejših ljudi v različnih institucijah se je po svetu začel urejati šele v prejšnjem desetletju. Pred tem v skoraj nobeni državi to področje ni bilo zakonsko urejeno. Pacienti/oskrbovanci so bili fizično ovirani, čeprav razlog za oviranje, stanje pacienta/oskrbovanca, trajanje, opažanja med oviranjem v zdravstveni dokumentaciji niso bili zabeleženi. V Izraelu je v zadnjih letih z zakonom prepovedano fizično oviranje starostnikov v primerih, ko se jih želi disciplinirati, preprečiti tavanje po oddelkih in v primerih, ko bi bilo glede na situacijo na oddelku to za osebje najlažje (Ben in sod., 2010). Avtorji omenjene raziskave opozarjajo, da bo mogoče doseči spremembo odnosa negovalnega osebja do fizičnega oviranja starostnikov, ko bodo to storili vodstveni organi. Prav tako poudarjajo pomen kontinuiranega izobraževanja osebja na vseh stopnjah.

Posebni varovalni ukrepi se uporabljajo tudi v somatskih bolnišnicah v primerih nemira, nesodelovanja in nasilja pacientov. Tako kot pri nas tudi po svetu to področje ni zakonsko urejeno. Britansko združenje medicinskih sester v intenzivni negi (BACCN) se sooča z porastom uporabe fizičnega oviranja, nevarnostjo zlorabe in možnostjo zapletov pri uporabi fizičnega oviranja, opozarja na zakonska in etična vprašanja, ki se pri tem pojavljajo (Bray in sod., 2004). Stališče BACCN je, da se fizično oviranje uporabi le za zagotovitev optimalne oskrbe in ko nobena druga metoda ni uspešna, uporaba fizičnega oviranja ne sme biti alternativa neprimernim človeškim in prostorskim virom, o uporabi se mora odločiti multidisciplinarni tim, izdelani morajo biti protokol in navodila o uporabi in spremljanju PVU, v dokumentaciji mora biti opisan razlog, načrt in opazovanje; pacient in njegovi svojci morajo biti obveščeni o razlogu za uporabo PVU; osebje v intenzivni negi mora biti izobraženo na tem področju (o pravilni uporabi PVU, možnih zapletih in kompetencah) (Bray in sod., 2004). Evropsko združenje medicinskih sester v intenzivni negi pa izvaja študijo o uporabi fizičnega oviranja v intenzivni negi v Evropi (PRICE). Namen študije je ugotoviti pogostost in vzroke za fizično oviranje v različnih evropskih državah. Rezultati študije bodo posredovani različnim mednarodnim združenjem (Bray in sod. 2004).

Zaključek

Uporaba PVU je zadnjih desetletjih v večini držav regulirana z zakonodajo, priporočili in navodili. Uporabljeni morajo biti kot zadnji izhod, ko je potrebno zagotoviti varnost pacienta in drugih. Uporabljati jih je potrebno čim bolj varno, izvajati pravilno in pri tem spoštovati pacientovo človeško dostojanstvo. V večini držav jih je potrebno izvajati ob nadzoru in prisotnosti zdravnika, ki jih je odobril.

Osebjem, zdravstvenemu in negovalnemu, poseg v svobodo pacienta predstavlja etični problem. Vedno obstaja dilema: ovirati/izolirati ali ne ovirati/izolirati. Osebjem večinoma želi razviti terapevtski odnos s pacienti, ki je lahko uničen ob uvedbi PVU. Obenem pa je težko balansirati med zagotavljanjem pacientovih interesov in zagotavljanjem interesov drugih ljudi.

Literatura in tuje raziskave podpirajo uporabo alternativnih metod pri obvladovanju pacientov z agresivnih, nasilnim in odklonilnim vedenjem z namenom zmanjševanja uporabe PVU. Vendar je njihova implementacija v klinični praksi nezadostna. Zdravstveno osebjem v psihiatričnih inštitucijah je potrebno izobraziti in vzpodbuditi k uporabi alternativnih metod. Napisati je potrebno priporočila za uporabo alternativnih metod, uporaba terapevtske komunikacije med pacientom in osebjem mora biti bolj usmerjena v zaznavanje pacientovih občutkov in prepoznavo dejavnikov, ki pri pacientu povzročijo nasilje in agresijo. Pri tem je zelo pomembno dobro sodelovanje multidisciplinarnega tima.

Vse te ugotovitve kažejo, da je nujno oceniti potrebe po izobraževanju, usposabljanju in učenju medicinskih sester, ko pri delu na akutnih psihiatričnih oddelkih poskušajo zagotavljati varnost pacientom in osebjem, obenem pa spoštovati pacientove pravice in upoštevati etična načela. Zaposleni morajo poznati strokovna in zakonska priporočila, ki veljajo za to področje. Tako lahko dosežemo, da bo to težavno področje obravnave pacientov postalo manj stresno in bolj varno za paciente in osebjem, da bo izvedba PVU kakovostna in izvedena enotno, v skladu s smernicami in dobrimi praksami v zdravstveni negi, upoštevajoč etična in pravna načela izvajanja.

Literatura:

1. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(3):27-32.
2. Ben Natan M, Akrish O, Zaltkina B, Noy RH. Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(5):499-507.
3. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O Leary N et al. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care.* 2004;9(5):199-212.
4. Čuk V. Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzor Zdr N.* 2010; 44(1):21-6.
5. Dolčič T. Delo s stanovalci z demenco. Posvet MDDSZ in skupnosti socialnih zavodov, Hotel Mons, 4. 5. 2011. Dostopno na: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/govori_sporocila_izjave/Demenca_-_ugotovitve_maj_2011.pdf (28. 3. 2012).
6. Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv.* 2003;54(8):1119-23.
7. Donat D. Employing behavioral methods to improve the context of care in a public psychiatric hospital: Reducing hospital reliance on seclusion/restraint and psychotropic PRN medication. *Cogn Behav Pract.* 2002;9(1):28-37.
8. Glezer A, Brendel RW. Beyond emergencies: the use of physical restraints in medical and psychiatric settings. *Harv Rev Psychiatry.* 2010;18(6):353-8.
9. Hollins L, Stubbs B. Managing the risk associated with physical intervention: a discussion paper. *The British Journal of Forensic practice.* 2011;13(4): 257-263.
10. Horvat T, Kostovc P. Pristopi k agresivnim vedenjem v službi pomoči. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč, 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, 11. – 13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 223BC.*
11. Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(3):181-97.
12. Karlsson S, Bucht G, Sandman PO. Physical restraint in geriatric care: knowledge, attitudes and use. *Scand J Caring Sci.* 1998;12(1):48-56.

13. Knutzen M, Sandvik L, Hauff E, Opjordsmoen S, Friis S. Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint--a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2007;61(3):201-6.
14. Kocmur M, Vošnjak L. Nekaj misli o zakonu o duševnem zdravju. *Zdrav Vestn*. 2008;77(10):719-22.
15. Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Grigori J. Patients restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics*. 2010;17(1):65-76.
16. Kusić Z. Posebni varovalni ukrepi v psihiatrični zdravstveni negi. In: Petkovšek-Gregorin, R. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti; 2010: 40-51.
17. Lapanja A. Zdravstvena nega agresivnega pacienta. In: Petkovšek-Gregorin, R. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti; 2010: 18-28.
18. Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(1):30-7.
19. Možgan B. Posebni varovalni ukrepi. In: Pregelj, Kobentar, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. 2009; 439-43.
20. Moylan LB. Construction of an Instrument to Evaluate Nurses Decision Making in Relation to the use of Restraint in Acute Care Psychiatry. *Issues Ment Health Nurs*. 2009;30(11):712-7.
21. Paterson B. Thinking the unthinkable: a role for pain compliance and mechanical restraint in the management of violence? *Ment Health Pract*. 2005;8(7):18-23.
22. Paterson B, Bradley P, Stark C, Saddler D, Leadbetter D, Allen D. Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10(1):3-15.
23. Paterson B, Duxbury J. Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics*. *Nurs Ethics*. 2007;14(4):535-45.
24. Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe. White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Council of Europe. Dostopno na: <http://www.ijic.org/docs/psychiatry.pdf>. (23. 3. 2012)
25. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R, Conca A, Hatling T, Janssen W et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals:a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889-97.
26. Strout DT. Perspectives on the experience of being physically restrained:An Integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(6):416-27.
27. Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J. A review of interventions to reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(6):413-24.
28. Sullivan D, Wallis M, Lloyd C. Effect of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2004;11(11):503-8.
29. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.
30. Zajc T. Neupravičeno privezovanje? *Mladina*. 2011;46. Dostopno na: <http://www.mladina.si/106859/neupravico-privezovanje/> (28. 3. 2012).

POSEBNI VAROVALNI UKREP NA GERONTOPSIHIATRIČNEM ODDELKU: IZKUŠNJE IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE IDRİJA

Special Precautionary Measures at Gerontological Ward: Experiences from Psychiatric Hospital Idrija

Nataša Velikanje, dipl. m. s.
Psihiatrična bolnišnica Idrija
natasavel@gmail.com

Izyleček

Teoretična izhodišča: Obravnavanje pacientov na gerontopsihiatričnem oddelku zahteva natančnost pri ugotavljanju in ocenjevanju njihovih potreb. Z napredovanjem bolezni pacienti namreč vedno težje skrbijo zase in za svojo varnost. Ena izmed pomembnih načrtovanih aktivnosti zdravstvene nege je zagotavljanje varnosti pacientov. V zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja predstavlja fizično omejevanje skrajni ukrep, ki se ga uporabi za zagotavljanje varnosti pacienta. **Namen:** Namen prispevka je predstaviti izkušnje negovalnega osebja Psihiatrične bolnišnice Idrija z obstoječimi načini izvajanja posebnega varovalnega ukrepa pri gerontopsihiatričnem pacientu. **Metoda dela:** Uporabljena je bila opisna metoda dela. Predstavitev rezultatov temelji na analizi dokumentacijskih virov. Zajeto je obdobje 2007–2011. **Rezultati:** Rezultati so pokazali, da se na gerontopsihiatričnem oddelku uporablja različne načine oviranja. Poleg oviranja s Segufix pasovi v posteljo se uporablja tudi fizično oviranje pacientov v počivalnik oziroma fotelj. Ugotavlja se, da se fizično omejevanje v fotelj z leti zmanjšuje. **Razprava in zaključki:** Zdravstvena nega na gerontopsihiatričnem oddelku je načrtovana individualno po procesni metodi dela. Negovalno osebje se srečuje s posebnimi potrebami pacientov in specifičnimi načini fizičnega oviranja. Za fizično omejevanje se odloča v skrajnem primeru, ko so izčrpane vse druge možnosti. Najpogostejši razlog za fizično omejevanje je zagotavljanje varnosti ob visokem tveganju za padec ali poškodbo pacienta. Izpostavlja se pomen stalnega izobraževanja s področja zagotavljanja varnosti pacientov in varni uporabi pripomočkov za izvedbo posebnih varovalnih ukrepov.

Ključne besede: gerontopsihiatrični oddelk, zdravstvena nega, posebni varovalni ukrep, zagotavljanje varnosti

Abstract

Theoretical starting point. Treatment of patients at gerontological ward requires precision in establishing and evaluation of their needs. With progression of illness, patients' capacity to care for themselves and for their own safety is diminishing. One of the most important nursing activities is therefore dedicated to the safety of patients. In mental health nursing, physical restraint is as measure of last resort for ensuring safety. **Purpose.** Purpose of this article is to present experiences of carers at Psychiatric Hospital Idrija with established methods of use of special precautionary measures for elderly patients. **Method.** Descriptive method, based on the analysis of documents from 2007 to 2011. **Results.** Several methods of restraint were used at the gerontological ward, from Segufix belts to physical restraint with armchairs. Use of restraint with armchairs is in decline. **Discussion.** Nursing at gerontological ward is planned individually with procedural work method. Nursing staff deals with special needs of patients and specific methods of physical restraint. Physical restraint is used in extreme cases, when all other means are exhausted, for example, in case of high risk for falls or injuries. Continuous education about ensuring safety and safe use of special precautionary measures is of vital importance.

Key words: gerontological ward, nursing, special precautionary measures, ensuring safety

Uvod

Zaposleni v gerontološki zdravstveni negi se pri svojem delu srečujejo z vedno večjim številom starostnikov z demenco, katere potek je običajno kronične in napredujoče narave. Pri bolezni gre za upad vseh višjih duševnih funkcij ob sočasnih čustvenih in vedenjskih spremembah. Bolezen spremeni posameznikovo funkcioniranje, zaradi česar ni sposoben samostojnega življenja in skrbi za lastno varnost (Robillard, 2007; Shaw, 2007; Kogoj, 2009).

Bistvena dejavnost psihiatrične zdravstvene nege je zagotavljanje varnosti. S ciljno pozornostjo je potrebno prepoznati nevarnosti, ki izhajajo iz samega bolnišničnega okolja ali od pacienta, se nanje ustrezno odzvati ter tako preprečiti morebitno škodo. Negovalno osebje pri kakovostnem načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege potrebuje znanje s področja prepoznavanja znakov in simptomov bolezni, veliko mero empatije in občutka za potrebe starostnikov. Imeti mora etične in pravne sposobnosti ter močan občutek odgovornosti. Zadovoljevanje temeljne življenjske

aktivnosti - zagotavljanje varnosti je namreč lahko včasih tudi v nasprotju s pacientovim prepričanjem. Mednje sodi tudi uporaba različnih načinov fizičnega oviranja (Taylor, Lillis, LeMone, 2001; Ahec, Kramar, Ribič, 2007).

Pomembni vidiki zagotavljanja varnosti pri pacientih na gerontopsihiatričnem oddelku

Sprejem in obravnava pacienta na varovano enoto gerontopsihiatričnega oddelka zahteva natančnost medicinske sestre pri ugotavljanju in ocenjevanju pacientovih sposobnosti. Upoštevati je potrebno njegove individualne potrebe ter ustrezno načrtovati oblike pomoči (Kobentar, 2005). Z vidika zagotavljanja varnosti spadajo ti pacienti v posebno ogroženo skupino. Izpostavljeni so nevarnostim, povezanim z bivalnim okoljem, navadami, ki jih imajo, ali z napredovanjem bolezni (Robillard, 2007; Shaw, 2007).

Za demenco so značilne številne bolj ali manj izrazite in moteče spremembe na področju mišljenja, čustvovanja in socialnega stika oziroma njihovega obnašanja (Regoršek, 2002). V začetnih obdobjih so blage. Pacienti še lahko samostojno funkcionirajo. Potrebujejo pa več pozornosti in delno pomoč pri napornejših in bolj zapletenih opravilih. Z napredovanjem bolezni pacienti vedno težje skrbijo zase. Slabše presojujejo, težko logično in abstraktno razmišljajo. Nimajo uvida v spremembe. Pravil ne razumejo, si jih razlagajo po svoje ali pa zanje niso več pomembna (Robillard, 2007; Shaw, 2007). Pogosti so zapleti v smislu psihotičnih stanj, depresije, zmedenosti, dolgotrajnega nemira in nespečnosti, včasih tudi blodenj in halucinacij, v katerih se dementni pacienti pogosto počutijo ogrožene (Muršec, 1999). V svojem življenju se ne znajdejo več, potrebujejo pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih, stalno spremljanje ter stalni nadzor. Stalni nadzor je potreben tudi v nočnem času (Kogoj, 2009). Sočasne so spremembe v gibanju. Koraki pri starostnikih so drobni, negotovi. Hoja drseča, po prstih. Slaba je koordinacija gibalnega aparata. Težave nastopijo pri vstajanju, posedanju, presedanju. Vzroki so v spremembah gibalnega sistema, prostorskem nezaznavanju, okvarah živčevja in uporabi nekaterih zdravil (Kobentar, 2009).

Pomemben vidik na področju zagotavljanja varnosti je človekova osebna potreba po varnosti. Kot temeljna človeška potreba se izraža v težnji posameznika, da živi v urejenih, poznanih razmerah, da se počuti varen v svojem fizičnem in socialnem okolju, v katerega zaupa in se nanj lahko zanese (Hajdinjak, Meglič, 2006). Pomembno je zavedanje, da so osebe z demenco na prvem mestu ljudje, ki si zaslužijo spoštovanje in veliko mero pozornosti. Poudarek je na načinu dela. Z osebo ravnamo tako, kot bi si želeli, da dela z nami, če bi bili v koži osebe, s katero delamo (Kogoj, 2004).

Cilj načrtovanih aktivnosti zdravstvene nege pri temeljni življenjski aktivnosti - zagotavljanju varnosti - je varen pacient. Za to je potreben širok spekter znanja medicinske sestre in sposobnost zaznavanja pacientovih potreb po varnosti (Taylor, Lillis, LeMone, 2001). Vključuje prepoznavanje nevarnosti, ki izhajajo iz samega bolnišničnega okolja ter njihovo zmanjševanje in preprečevanje morebitne škode za pacienta (Ahec, Kramar, Ribič, 2007). Potrebne so tehnične sposobnosti negovalnega osebja. Te omogočajo pravilno uporabo opreme in s tem preprečevanje neželenih dogodkov ter zagotavljanje za pacienta varne uporabe opreme (Taylor, Lillis, LeMone, 2001).

Posebni varovalni ukrep na gerontopsihiatričnem oddelku

V psihiatriji je posebni varovalni ukrep (v nadaljevanju PVU) namenjen zagotavljanju varnosti in omogočanju zdravljenja (Možgan, 2009). Razloge za uvedbo in trajanje natančno opredeljuje Zakon o duševnem zdravju (2008), v katerem je navedeno, da je to nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe. Uvaja se, kadar je zaradi nevarnega vedenja osebe ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugimi blažjimi ukrepi. Uporablja se ga

na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe. Poudarek je, da telesno oviranje s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure. Zdravniku nalaga, da mora po preteku tega obdobja preveriti utemeljenost ponovne uvedbe PVU (Uradni list RS, 77/2008). Izdelana priporočila in smernice za uporabo PVU imajo namen zagotavljanja kakovostnega in enotnega izvajanja PVU v psihiatriji, spoštovanja odločb Zakona ter ob tem varovanja pacientovih pravic in svoboščin (Dernovšek, Novak-Grubič, 2001; Možgan, 2009).

Obstajajo različni **načini oviranja**. Odločanje o načinu vedno zahteva razmislek (Kogoj, 2005). Pomembna je ocena pacientovega stanja, situacije, v kateri se nahaja(mo), in razpoložljivosti usposobljenega kadra. Uporabi se PVU, za katerega se meni, da bo najbolj učinkovit. Upošteva se načelo, da se prične z najmanj restriktivnim PVU in v primeru neučinkovitosti preide na restriktivnejšega. Za najbolj restriktiven PVU se odloči v primerih, ko se presodi, da je to edina možnost za zagotovitev varnosti. Fizično oviranje sodi v skupino ukrepov, ki zelo posegajo v pacientove svoboščine. Fiksacija s pasovi spada med najbolj restriktivne ukrepe, zaradi česar je pri starostnikih in telesno hudo bolnih pacientih potrebna previdnost (Dernovšek, Novak-Grubič, 2001).

Med fizične PVU sodi diskretni in stalni nadzor, ograjica na postelji, fiksacija s pasovi na postelji, ovirnica ali ovirni jopič, mrežnica (Dernovšek, Novak-Grubič, 2001). Pomeni oviranje pacienta v njegovem gibanju, kamor sodi tudi posebni stol s spredaj pritrjeno mizico (Registered, 2012) in uporabo rok za preprečevanje gibanja. Izraz mehanično oviranje se torej nanaša na uporabo prilagojenega pohištva (postelja z ograjico), oblačil (rokavice, spalne vreče) in drugih priprav (pasovi, voziček s pasovi) (Kogoj, 2005).

Na možnost, da bo pri starostniku med hospitalizacijo **uporabljeno fizično oviranje**, vplivajo številni dejavniki. Povezani so s pacientovo zmožnostjo funkcioniranja in njegovim vedenjem. Nanašajo se na pacientovo raven samooskrbe, heteroanamnestične podatke o incidentih, nepredvidljivost zaradi zmedenosti in/ali agresije ter izraženost stranskih učinkov zdravil. Dejavniki, ki so vezani na družinske člane in pomembne bližnje, se nanašajo predvsem na zaskrbljenost svojcev, da bo utrpel poškodbo. Dejavniki, ki so povezani z organizacijo dela in organizacijsko kulturo, se nanašajo na pomanjkanje kadra in opreme ter rutinsko delo. Z negovalnim osebjem povezani dejavniki se najpogosteje nanašajo na izčrpanost osebja, slabe medsebojne odnose, kakovost zdravstvene nege in oskrbe, pomanjkanje skupnih smernic. Dejavniki, povezani z družbo, pa so povezani s pomanjkljivo zakonodajo (Saarnio, Isola, 2010). Predizpozicijski faktorji so: (višja) kronološka starost, spremembe v kognitivnem statusu, nezmožnost komuniciranja, inkontinenca urina in blata, zmanjšana zmožnost samooskrbe, možnost padca (Registered, 2012). Najpogostejši razlog za fizično omejevanje je zagotavljanje varnosti ob visokem tveganju za padec ali poškodbo. Drugi razlogi so: nezmožnost pacientovega sodelovanja v terapevtskem programu, obvladovanje agresivnega vedenja, moteče vedenje, preprečevanje tavanja, pomanjkanje osebja, agitiranost in nespečnost (Evans, 2002; Cotter, Evans, 2008; Qureshi, 2009).

Namen

Gerontopsihiatrični oddelek v Psihiatrični bolnišnici Idrija ima povprečno 270 sprejemov na leto. Razdeljen je na varovano in odprto enoto s skupno 34 posteljami. Na varovani enoti se izvaja intenzivna obravnava pacientov z napredovano demenco ter spremljajočimi vedenjskimi in psihičnimi spremembami ali delirantnimi stanji. Obravnava se starejše paciente s hujšimi oblikami razpoloženskih motenj in s psihotičnimi stanji. V obravnavo na odprti enoti so vključeni starejši pacienti, ki so samostojni pri osnovnih življenjskih aktivnostih ter jim bolezensko stanje omogoča bivanje na tej enoti. Delo med enotama je povezano s ciljem vključevanja bolnikov v intenzivnejše oblike terapevtskega dela. Enoti sta med seboj povezani, tako prostorsko kot tudi po terapevtskih, medicinskih in negovalnih postopkih. V primeru (pre)zasedenosti oddelka so starostniki včasih sprejeti tudi na druge oddelke bolnišnice (Osebna, 2006).

Namen prispevka je predstaviti izkušnje negovalnega osebja Psihiatrične bolnišnice Idrija z obstoječimi načini izvajanja PVU pri gerontopsihiatričnem pacientu. Izpostavljeno je fizično oviranje v fotelju.

Metode dela

Uporabljena je opisna metoda dela. Predstavitev rezultatov temelji na osnovi pregleda dokumentacijskih virov. Zajeti so podatki iz Strokovnih poročil Psihiatrične bolnišnice Idrija ter internih Strokovnih poročil zdravstvene nege s področja kazalnikov kakovosti za obdobje 2007 do 2011. Rezultati so predstavljeni z vidika načina izvajanja PVU – v fotelju, zapletov, pomena, ki ga ima izobraževanje negovalnega kadra pri zmanjševanju PVU.

Rezultati

Ugotavlja se, da se na gerontopsihiatričnem oddelku uporablja različne načine fizičnega oviranja. Poleg fizičnega oviranja s Segufix pasovi v postelji se uporablja tudi fizično oviranje pacienta v počivalniku oziroma fotelju, kar je posebnost PVU na gerontopsihiatričnem oddelku. Zaradi sprejemov starostnikov na druge oddelke bolnišnice se je ta način oviranja v obdobju 2007–2011 v manjšem obsegu uporabljal tudi na Splošno psihiatričnem oddelku in v enem primeru leta 2010 tudi na Sprejemnem ženskem oddelku.

V obdobju 2007–2011 je med najpogostejšimi razlogi za omejevanje v fotelju naveden psihomotorni nemir (52 %), sledi nestabilnost pri hoji (46 %) ter preprečevanje motenj v terapevtskem programu (2 %).

Slika 1 kaže število fizičnih oviranj glede na bolniški oddelek, delovno izmeno, način oviranja in mesec v letu 2011; PVU v fotelju je bil uporabljen predvsem v popoldanskem času.

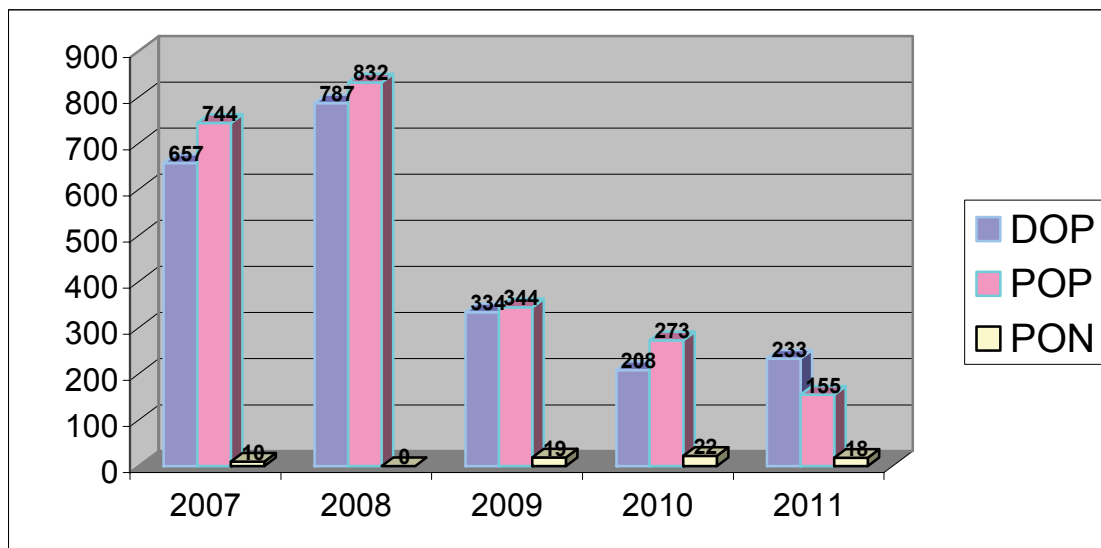
	DOPOLDAN				POPOLDAN				PONOČI	
	L2		L3		L2		L3		L2	
	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
JANUAR	3	15	0	0	2	7	0	0	15	0
FEBRUAR	3	5	0	0	3	2	0	0	5	0
MAREC	4	7	2	0	6	4	2	0	7	0
APRIL	0	53	4	0	0	37	8	0	0	3
MAJ	3	2	0	0	5	4	0	0	6	1
JUNIJ	4	1	0	0	10	1	0	0	11	0
JULIJ	3	12	0	0	4	14	2	0	9	0
AVGUST	4	17	0	0	8	14	0	0	10	0
SEPTEMBER	0	10	0	2	7	7	1	0	13	0
OKTOBER	4	38	0	1	19	20	0	1	23	4
NOVEMBER	2	15	0	0	2	10	0	0	5	5
DECEMBER	3	46	1	9	16	28	3	6	28	5

Slika 1: Število fizičnih oviranj glede na bolniški oddelek, delovno izmeno in način oviranja v letu 2011 (Legenda: L2 – gerontopsihiatrični oddelek, L3 – splošno psihiatrični oddelek; P – oviranje v posteljo, F – oviranje v fotelju)

Zapleti v primerih fizičnega omejevanja v fotelju niso zabeleženi. Neželeni dogodki so vezani na omejevanje v postelji, kjer pri starostnikih spremljamo pojav nastanka razjede zaradi pritiska.

Spremljanje neobveznega kazalnika Delež pacientov, pri katerih je bil uporabljen PVU, kaže, da se število PVU v fotelju zmanjšuje (slika 2). Prav tako na gerontopsihiatričnem oddelku upada tudi

število PVU s Segufix pasovi v postelji. Pričujoči prispevek ni namenjen ugotavljanju povezave med zmanjševanjem fizičnega oviranja in incidenco padcev. Ugotavlja pa se, da se število padcev pri starostnikih povečuje. Leta 2007 je na gerontopsihiatričnem oddelku utrpelo padec 22 pacientov, leta 2011 pa 34 pacientov (Kogoj, 2007; Kogoj, 2008; Kogoj, 2009a; Kogoj, 2010; Kogoj, 2011). Tuje raziskave navajajo, da zmanjševanje fizičnega omejevanja ni bistveno vplivalo na pojavnost padcev.



Slika 2: Primerjava števila vseh izvedenih PVU v fotelj glede na delovno izmeno v letih 2007–2011 (vir: http://www.pb-idrija.si/kazalniki/KAZALNIK_PVU-2010.pdf)

Razprava

V Psihiatrični bolnišnici Idrija negovalno osebje na gerontopsihiatričnem oddelku učinkovito odgovarja na posebne potrebe pacientov. V okviru specifičnih okoliščin zdravstvene obravnave in uporabe različnih načinov PVU je zdravstvena nega na gerontopsihiatričnem oddelku načrtovana individualno, po procesni metodi dela. Izvajajo se intervencije in negovalno terapevtske aktivnosti za zagotavljanje varnosti, stalna bližina osebja, direktni in stalni nadzor pacientov, delna ali popolna pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Stalno se spremlja ogrožene paciente ter izvaja diagnostične terapevtske postopke in posege.

Za fizično omejevanje v fotelj se odločajo v skrajnih primerih, in sicer takrat, kadar jim tudi z bližino in prisotnostjo osebja v dnevnem prostoru ne uspe zagotoviti varnosti in preprečiti morebitne škode pacientu. Uporabljajo temu namenjene pasove. Za njihovo pravilno, varno in strokovno nameščanje upoštevajo navodila proizvajalca. Osebje se letno teoretično in praktično usposablja za prepoznavanje indikacij za uporabo PVU, pravilno in strokovno izvajanje postopka, o vseh tveganjih in posledicah fizičnega omejevanja ter tudi o pacientovih pravicah in zakonski podlagi o uporabi PVU (Kogoj, 2007; Kogoj, 2008; Kogoj, 2009a; Kogoj, 2010; Kogoj, 2011). V času izvajanja PVU v fotelju se tako kot pri izvajanju PVU v postelji izvaja naslednje aktivnosti zdravstvene nege: nadzor vitalnih funkcij in življenjskih aktivnosti, kontrola prehranjevanja in pitja, skrb za izločanje in odvajanje, izvajanje osebne higiene, preprečevanje razjede zaradi pritiska ter stalni nadzor (Kogoj, 2007; Kogoj, 2008; Kogoj, 2009a; Kogoj, 2010; Kogoj, 2011). Uporaba fizičnih omejevanj pri starejših je namreč povezana s številnimi zapletmi in pojavi neželenih dogodkov na področju zmožnosti in sposobnosti posameznika. Pri starostnikih, ki so omejevani, prihaja do funkcionalnega upada, mišične atrofije, slabšanja nekaterih telesnih funkcij, inkontinence, zaprtosti, izgube teka, dehidracije. Fizično oviranje zmanjšuje periferni obtok, poveča se možnost nastanka razjede zaradi pritiska, okužbe. Povzroči dodatno vznemirjenost, nemir, socialno izolacijo. Ukrep fizičnega oviranja lahko povzroči resne poškodbe in celo smrt

(Cotter, Evans, 2008; Saarino, Isola, 2010). Zagotavlja se stalni nadzor pacienta. Nadzor se dokumentira na poseben list nepretrganega varovanja pacientov. Vsak zdravstveni delavec, za katerega je bil razpisan nadzor oviranih pacientov, je dolžan na list opazovanja vpisati svoja opazanja. Terapevtska komunikacija in bližina osebja med izvajanjem PVU preprečujeta dodatna vznemirjenje pri starostniku. Vpliva na zmanjšanje stresa, strahu, obupa posameznika (Vihtelič, Sedej Kodela, 2003).

PVU v fotelju je v večini primerov izveden prek dneva. Razlog, da je pogostejši v popoldanski izmeni, lahko povezujemo z zmanjšanim številom kadra v popoldanskem času, pa tudi s samim bolezenskim stanjem. Psihomotorni nemir, ki je glavni razlog za uvedbo PVU, se med dnevom spreminja. Najbolj izrazit je ponavadi zvečer in ponoči.

Bolnišnica se zaveda pomena izobraževanja in stalnega usposabljanja. Na internih predavanjih in delavnicah, ki jih vodi delovna skupina za PVU, je v letu izvedenih sedem srečanj. Predstavljene so teme s področja zakonodaje, pomena dokumentiranja, vidika etike, preprečevanja zapletov, seznanjanja z alternativnimi tehnikami obvladovanja nevarnega vedenja, posebnostmi pri obravnavi gerontopsihiatričnih pacientov. Delavnice so namenjene učenju pravilnega in strokovnega izvajanja postopka fizičnega oviranja. Udeležba je obvezna za vse zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi.

Sklep

Obravnava gerontopsihiatričnega pacienta zahteva dobro poznavanje in razumevanje poteka bolezni ter spremljajočih vedenjskih in psihičnih sprememb. Pri posebnih varovalnih ukrepih kot najbolj restriktivni obliki zagotavljanja varnosti in omogočanja zdravljenja se izpostavlja njihova uporaba v skrajnih primerih ter strokovno izvajanje postopka s poudarkom na humanosti, etiki in spoštljivosti. Trendi v današnjem svetu narekujejo zmanjševanje uporabe fizičnega oviranja starostnikov. Na podlagi ocenjevanja dejavnikov tveganja in predizpozicijskih faktorjev se ponujajo različni alternativni pristopi za zmanjšanje fizičnih omejevanj. Poudarja se pomen izobraževanja negovalnega osebja.

Zahvala

Za pomoč in vzpodbudne besede ob nastajanju prispevka se zahvaljujema Aleksandri Ferfolja, dipl. m. s.

Literatura in viri

1. Ahec L, Kramar Z, Ribič H. Pomen izobraževanja pri obvladovanju bolnišničnih okužb. V: Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10. in 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 743-4.
2. Dernovšek MZ, Novak-Grubič V, eds. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Littera picta; 2001: 4-5, 8-12.
3. Evans K, Cotter T. Avoiding Restraints in Patients with Dementia: Understanding, prevention, and management are the keys. *J Adv Nurs.* 2008;108(3):40-9.
4. Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 76-7.
5. Kobentar R. Zdravstvena nega bolnika z demenco. V: Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Ljubljana Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2005: 45-8.
6. Kobentar R. Zdravstvena nega pacienta z demenco. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2009: 90-8.
7. Muršec M. Demenca kot klinični sindrom. In: Zbornik referatov 7. strokovnega seminarja. Terme Čatež, 14.-15. oktober 1999. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 1999.
8. Qureshi H. Restraint in care homes for older people: a review of selected literature. Report 26. London: Social Care Institute for Excellence; 2009. Dostopno na: www.scie.org.uk (1.3.2012).

9. Kogoj A. Kako izboljšati pravice in zaščito bolnikov z demenco? In: Velikonja I, ed. 4 psihogeriatrično srečanje Zdravstveni, pravni in socialni vidiki obravnave oseb z demenco, Lipica, 31. marec in 1. april 2005. Ljubljana: Spominčica- Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana; 2005: 131-7.
10. Kogoj A. Demenca. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik. Ljubljana: Rokus Klett; 2009:85-9.
11. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2007 [interno poročilo]. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2007.
12. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2008 [interno poročilo]. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2008.
13. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2009 [interno poročilo]. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2009a.
14. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2010 (interno poročilo). Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2010.
15. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2011 (interno poročilo). Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2011.
16. Osebna izkaznica. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija. Dostopno na: <http://www.pb-idrija.si/> (23.2.2012).
17. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. International Affairs & best practice guidelines transforming nursing through knowledge. Toronto; 2012. Dostopno na: http://www.mao.org/Storage/88/8224_FINAL_BPG_FOR_WEBSITE.pdf (10.3.2012).
18. Regoršek V. Vloga socialnega delavca pri psihiatrični obravnavi starostnikov. In: Kores Plesničar, eds. Zbornik predavanj, Dnevi mariborske psihiatrije, Maribor, 21. junij 2002. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo; 2002: 173-9.
19. Robillard A. Clinical Diagnosis of Dementia. *Alzheimers Dement.* 2007;4(3):292-98.
20. Shaw FE. Prevention of Falls in older People with Dementia. *J Neural Transm.* 2007;114(10):1259-64.
21. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs.* 2010;19(21-22):3197-207.
22. Sedej A, Mivšek A, Ferfolja A. Quality and safety nursing care of the elderly suffering from dementia- a challenge for the future In: Merwijk C, Lambregts J, eds. Fourth European Nursing Congress Older Persons: the Future of Care, October 4-7 2010, Rotterdam, The Netherlands; 2010:140.
23. Taylor C, Lillis L, LeMone P. *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care.* 4 th ed. Philadelphia, New York, Baltimore: Lippincott; 2001:505 – 31.
24. Vihtelič S, Kodela Sedej A. Vloga zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje pri obravnavi dementnih bolnikov. In: Trampuž R, Kofol T, eds. Duševno zdravje – bistvo zdrave osebnosti: zbornik predavanj strokovnega seminarja, Nova Gorica, november 2003. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003:41-6.
25. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.

UPORABA FIZIČNEGA OVIRANJA NA ODDELKU SPLOŠNE BOLNIŠNICE

Use of Physical Restrain in General Hospital

Sandra Naka, prof. zdr. vzg.
Univerzitetni klinični center Ljubljana
sandrina.naka@gmail.com

Izyleček

Članek obravnava nekatere strokovne in pravne smernice, ki so pomembne pri fizičnem oviranju pacientov. Predstavljene so tudi najpogostejše etične dileme, ki se pojavljajo, in posebnosti pri oviranju pacientov v klinični praksi splošnih bolnišnic.

Ključne besede: posebni varovalni ukrepi, fizično oviranje pacienta, zdravstvena nega

Abstract

The article discusses some of the professional and legal issues concerning physical restrain of patients in clinical settings and acute care. It also includes the most common ethical dilemmas, problems and considerations arising in clinical setting associated with physical restrain.

Key words: seclusion, physical restrain, nursing care

Uvod

Fizično oviranje pacientov je eno od etično in pravno najbolj problematičnih področij, ki močno posega v osnovne človekove pravice in posameznikovo pravico do avtonomije in dostojanstva. Zaradi resnosti problematike ter številnih možnih zapletov in škodljivih posledic, ki jih oviranje povzroča, je nujno vsako oviranje izvesti v skladu z zakonodajo in pravili stroke, ki so obravnavani v zakonih države in protokolih posameznih ustanov oziroma bolnišnic. Zanimivo je dejstvo, da so v številnih državah oviranje pacientov zakonsko in s strokovnimi smernicami uredili najprej v psihiatričnih ustanovah, šele nato so se začeli zavedati, da je to področje potrebno urediti tudi za splošne bolnišnice, kjer je problem še večji zaradi raznovrstnosti in kompleksnosti pacientov.

Definicije

Posebni varovalni ukrep je nujni ukrep, ki se lahko uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom (Zakon o duševnem zdravju, 2008).

Fizično oviranje je uporaba katerekoli ročne metode ali mehanične naprave, materiala, opreme, ki je v kontaktu z/ali nameščena na pacientovem telesu in je pacient sam ne more z lahkoto odstraniti in ki ovira njegovo svobodno gibanje ali nemoten dostop do lastnega telesa (Rhode Island Hospital Standard, 1989).

Oviranje zaradi nemotenega nujnega zdravljenja je oviranje, ko ima pacient zdravstveno/kirurško stanje in ni duševni bolnik. Zavestno ali brez zavedanja prekinja in ovira kritične terapevtske intervencije ali zdravljenje ali predstavlja nevarnost/grožnjo sam sebi. Tak pacient ne kaže nasilnega vedenja (Rhode Island Hospital Standard, 1989).

Pogostost fizičnega oviranja v splošnih bolnišnicah

Prevalenca fizičnega oviranja v ustanovah, ki niso psihiatrične, je od 6 do 17 %. Številke so še višje in se gibljejo med 18 in 20,3 % za paciente, ki so starejši od 65 let, in celo do 22 % za paciente, starejše od 75 let (Frengley & Mion, 1986).

Agitiranost ali delirantnost zaradi ukinitve sedacije sta pogost problem v enotah intenzivne terapije in se gibljeta med 15 in 40 %. Incidenca teh težav narašča z naraščanjem starosti in ležalne dobe pacientov ter z zahtevnostjo zdravljenja in posegov. Zaradi ogrožanja svoje varnosti, veliko teh pacientov potrebuje fizično oviranje (Nirman, Dark, Nightingale, 2004).

V slovenskih člankih nismo zasledili podatkov o pogostosti fizičnega oviranja pacientov v splošnih bolnišnicah.

Protokol za fizično oviranje pacienta

V zadnjih tridesetih letih se je veliko razpravljalo in pisalo o upravičenosti in varnosti ukrepov za oviranje in omejevanje pacientov. Številne skupine strokovnjakov v zdravstvu in civilne skupine se zavzemajo za bolnišnice in ustanove brez ovirnic. Kljub vsem razpravam je bil dosežen konsenz, da je strokovno izvedeno oviranje pacientov sprejemljiva intervencija, če ni druge izbire in če je ogrožena varnost pacientov (Haimowitz, Urff, Huckshorn, 2006).

Vsaka bolnišnica, kjer se izvaja fizično oviranje pacientov, mora imeti protokol, ki je v skladu s strokovnimi smernicami in zakonskimi ter etičnimi določili.

Protokol Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Ljubljana za fizično oviranje pacientov vključuje :

- politiko in filozofijo ustanove,
- definicije,
- indikacije in kontraindikacije za fizično oviranje pacientov,
- način odrejanja fizičnega oviranja,
- ukrepe pred fizičnim oviranjem,
- postopek namestitve ovirnic,
- standardizirano opremo za oviranje,
- skrb za varnost oviranih pacientov in nadzor,
- opazovanje pacientov med oviranjem,
- skrb za dostojanstvo pacientov med oviranjem,
- obveščanje svojcev,
- dokumentacijo,
- postopek urgentnega oviranja pacientov,
- izobraževanje in usposabljanje izvajalcev, ki so vključeni v fizično oviranje pacientov (Protokol Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, 2012).

Etične in pravne dileme pri fizičnem oviranju pacientov

Etične dileme, ki so vedno prisotne pri fizičnem oviranju pacientov, so dobro znane in opisane v člankih. Večina avtorjev se strinja, da gre pri izvedbi fizičnega oviranja pacienta za kršitev načela avtonomije, ki je načelo prvega reda in bi moralo imeti prednost pred drugimi načeli (Horsburg, 2003). Avtonomija je obravnavana kot zelo pomemben koncept tudi v Deklaraciji o človekovih pravicah, v 3., 5. in 9. členu, ki navajajo, da nihče ne sme biti izpostavljen nečloveškemu in poniževalnemu ravnanju ali kaznovanju (3. člen), vsak ima pravico do svobode in varnosti (5. člen) in vsak ima pravico do svobode mišljenja, gibanja in izbire veroizpovedi (9. člen). Kljub temu je

potrebno upoštevati tudi načelo dobronamernosti in delovanja v korist pacienta ter zagotavljati varnost pacientom, sploh če ti niso sami sposobni poskrbeti za lastno varnost (Horsburg, 2003). Tudi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2001) določa, da medicinska sestra spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja (2. načelo), spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju (4. načelo) ter deluje na temelju odločitev v korist pacienta (6. načelo).

Pri fizičnem oviranju pacientov gre vedno za kršitev načela avtonomije, zato je potreben tehten premislek, ali je to res edina možna izbira za zagotavljanje varnosti in ali odločitev temelji izključno na načelu dobronamernosti in je v korist pacienta. Ta etična dilema je vedno prisotna kljub temu, da odločitev o oviranju sprejeme zdravnik in oviranje izvedemo po njegovem naročilu. Še večje breme odločitve prevzamejo izvajalci zdravstvene nege pri urgentnem oviranju, ki ga izvedejo po lastni presoji, kadar zdravnik ni prisoten na oddelku, kar se na oddelkih splošnih bolnišnic pogosto dogaja.

V Sloveniji doslej le Zakon o duševnem zdravju zavezuje zaposlene v psihiatričnih ustanovah k doslednem upoštevanju določil. V vseh drugih zavodih je fizično oviranje prepuščeno zaposlenim, razviti varnostni kulturi v ustanovi, izobraževanju s področja varnosti in sprejetim standardom ter protokolom, ki urejajo to področje (Marinšek, Kramar, 2011).

Nekateri pravni strokovnjaki, skaterimi smo se posvetovali pri izdelavi protokola o fizičnem oviranju pacientov v UKC Ljubljana, menijo, da je glede na to, da ni zakonodaje, ki bi urejala to področje za splošne bolnišnice, sprejemanje protokola brez pravne podlage sporno in da je nujno potrebno najprej urediti zakonodajo. Pravniki opozarjajo, da gre za tako velik poseg v osnovne človekove pravice in avtonomijo posameznika, da je ureditev področja samo s protokolom premalo in da nujno potrebujemo zakonsko podlago.

Pravne posledice nepravilne ali neadekvatne uporabe ovirnic so lahko odškodninske, civilne ali kazenske tožbe, ki lahko vključujejo izgubo licence za opravljanje poklica (Haimowitz, Urff, Huckshorn, 2006).

Posebnosti pri fizičnem oviranju pacientov v splošnih bolnišnicah

Poleg pomanjkljive zakonodaje in dejstva, da nimamo nacionalnih strokovnih smernic za fizično oviranje pacientov v splošnih bolnišnicah, obstajajo še druge težave, ki otežujejo ureditev področja in izvajanje oviranja v klinični praksi.

V splošnih bolnišnicah se uporablja fizično in medikamentozno oviranje pacientov (Nirmaln, Dark, Nightingale, 2004). Medikamentozno oviranje pacientov vključuje številne, relativno nepredvidljive akutne in kronične zaplete, a je na videz »bolj prijazno« in lažje sprejemljivo za svoje in osebje (Nirmaln, Dark, Nightingale, 2004). Pri pacientih na oddelkih splošnih bolnišnic in v enotah intenzivne nege in terapije je veliko pacientov, kjer je medikamentozno oviranje kontraindicirano glede na osnovno bolezen ali stanje in je zato več fizičnega oviranja. Nekaj primerov takih stanj so poškodbe glave, nekatere nevrološke in infekcijske bolezni, zbujanje pacientov po anesteziji in sedaciji, pacienti s slabšo respiratorno funkcijo in še mnogi drugi.

Posebnost fizičnega oviranja v splošnih bolnišnicah je tudi oviranje zaradi nemotenega nujnega zdravljenja, ki je potrebno, ker pacient ogroža lastno varnost s tem, da lahko sam odstrani različne drenaže, tubuse ali kanile, ki so nujno potrebne za njegovo zdravljenje in tega ni mogoče preprečiti na drugačen način. Takšni pacienti so ovirani za eno ali dve roki, lahko z določenimi »rokavicami« ali manšetami, dokler se stanje ne umiri.

V splošnih bolnišnicah predstavlja velik problem zahteva po stalnem nadzoru oviranih pacientov. Enote intenzivne terapije in nege so zasedene s pacienti, ki so vitalno nestabilni in zahtevni zaradi svoje osnovne bolezni in veliko fizično oviranih pacientov je na navadnih bolnišničnih oddelkih, kjer ni možno zagotavljati stalnega nadzora.

Za zmanjševanje fizičnega oviranja pacientov je zelo pomembna organizacijska kultura ustanove in zavedanje vseh zaposlenih o škodljivih vplivih te intervencije za paciente. V splošnih

bolnišnicah je pogosto problem, da zavedanje o resnosti problematike med vsemi profili ni na tako visokem nivoju, kot je to v psihiatričnih ustanovah, kjer je to področje izredno dobro urejeno.

Naslednja pogosta težava je prevelika raznolikost pacientov glede bolezenskih stanj in starosti, kar otežuje postavljanje enotnih standardov in smernic.

V velikih ustanovah, kot je UKC Ljubljana, kjer je zelo veliko število pacientov in zaposlenih, je težko izbrati in poenotiti ustrezne pripomočke za fizično oviranje, ki bi bili ustrezni za vse paciente.

Velik izziv predstavlja tudi organizacija izobraževanja zdravnikov in medicinskih sester. Težave se pojavljajo, ker jih je veliko število in skrbijo za zelo različne paciente.

Zaključek

Ureditev oziroma dopolnitev zakonodaje in izdelava nacionalnih strokovnih smernic ter dobrih protokolov za fizično oviranje pacientov so le začetki pri izboljšanju stanja na tem področju. Za zmanjšanje oviranja pacientov in njegovo optimalno in strokovno izvajanje je potrebno sistematično dviganje zavesti vseh članov zdravstvenega tima in dobro interdisciplinarno sodelovanje. Ureditev tega področja dviguje kakovost dela in varnost, tako za paciente kot za izvajalce zdravstvene nege, ki so udeleženi v postopkih in jih vsi zapleti in nepravilnosti lahko ogrožajo kot strokovnjake.

Literatura:

1. Frenghley J. D, Mion L. C. Incidence of physical restraint on acute general medical wards. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(8):565-8.
2. Haimowitz S, Urff J, Huckshorn K. Restraint and seclusion - a risk management guide, 2006. Dostopno na : www.nasmhpd.org/.../R-S%20RISK%20MGMT%201 (5.03.2012).
3. Horsburgh D. How, and when, can I restrain a patient? *Postgrad Med J.* 2004;80(939):7-12.
4. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2001.
5. Marinšek N, Kramar Z. Humana fiksacija pacientov?. In: Kramar Z, eds. Zbornik prispevkov Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov, Gozd Martuljek, 110-13. April 2011. Gozd Martuljek: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.
6. Nirman M, Dark P, Nightingale P. Physical and pharmacological restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations. *Br J Anaesth.* 2004;92 (6):789-92.
7. Protokol Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana za fizično oviranje pacientov [Interno gradivo]. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana; 2012.
8. Rhode Island Hospital Standard practice institution manual. Patient restraint policy, 1989. Dostopno na: <http://www.lifespan.org/doc/Page.asp?PageID=DOC020583> (26.6.2012).
9. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.

UPORABNOST OCENJEVALNIH LESTVIC ZA AGRESIVNO VEDENJE

Usefulness of the Rating Scales for Aggressive Behavior

Aljoša Lapanja, dipl. zn.
Psihiatrična klinika Ljubljana
aljosa.lapanja@psih-klinika.si

Izvleček

Avtor v članku razpravlja o pomenu lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje. Na začetku poudarja pomen poznavanja dejavnikov tveganja za agresivno vedenje, tako na strani osebja, pacientov kot okolja. Natančneje sta v članku predstavljeni dve lestvici za oceno tveganja za agresivno vedenje: OAS–Overt Aggression Scale in BVC–Brøset Violence Checklist. Njuna uporabna vrednost je predstavljena na koncu članka skozi izkušnje iz klinične prakse. Avtor poudarja, da se z uporabo lestvic OAS/BVC zagotavlja večja kakovost dela, kontinuiteta psihiatrične zdravstvene nege in, kar je najpomembnejše, zmanjšuje se možnost za pojav neželenega dogodka.

Ključne besede: psihiatrična zdravstvena nega, dejavniki tveganja, neželen dogodek

Abstract

The author discusses the importance of scales to assess the risk for aggressive behavior. At the beginning author points out the importance of understanding risk factors for aggressive behavior on the part of staff, patients and the environment. Specifically, the article presents two scales to assess the risk of aggressive behavior: OAS–Overt aggression scale and BVC–Brøset violence checklist. Usefulness of the rating scale is presented at the end of the article through the experience of clinical practice. The author emphasizes that the use of scale OAS/BVC provides a higher quality of work, continuity of psychiatric nursing care and most importantly, reduces the possibility of the appearance of an adverse event.

Key words: psychiatric nursing care, risk factors, adverse event

Uvod

Agresivno vedenje pacienta s težavami v duševnem zdravju predstavlja urgentno stanje v psihiatrični zdravstveni negi, ki od negovalnega tima zahteva visoko strokovno znanje, podprto z izkušnjami v klinični praksi in usklajeno ter pravočasno delovanje v smeri preprečevanja oziroma zmanjševanja heteroagresivnega vedenja in njegovih posledic. Zagotavljanje varnosti pacienta in osebja predstavlja najpomembnejšo intervencijo zdravstvene nege, ki jo medicinska sestra zagotavlja prek nabora številnih intervencij, od terapevtskega pogovora, uporabe deeskalacijskih tehnik, aplikacije predpisane medikamentozne terapije do intervencije zadnjega izbora - uporabe posebnega varovalnega ukrepa fizičnega oviranja s Segufix[®] pasovi.

Teoretična izhodišča

Novejše raziskave na področju duševnega zdravja kažejo, da se posamezniki z duševno boleznijo nasilno vedejo 3-4 krat pogosteje kot tisti v kontrolni skupini. Tveganje za nasilno vedenje se povečuje s številom psihiatričnih diagnoz, med pomembnimi dejavniki tveganja pa je dvojna diagnoza duševne motnje in zlorabe substanc. Pomembni so tudi podatki o nasilnem vedenju v psihiatričnih bolnišnicah, zlasti na varovanih oddelkih, ki se gibljejo od 3,9 % pa vse do 37 % v različnih delih sveta (pri nas med 6 in 7 %) (Groleger, 2009).

Za uspešno preprečevanje agresivnega vedenja v psihiatrični zdravstveni negi je pomembno poznavanje vseh dejavnikov tveganja in okoliščin, ki povečujejo nevarnost za nastop agresivnega vedenja. Nasilje v zdravstvenih ustanovah ima po Kores Plesničar (2006) vedno tri determinante:

- **Dejavniki pacienta**

Ameriška klasifikacija duševnih motenj (Diagnostični in statistični priročnik IV, 1994) opredeljuje kategorije duševnih stanj/motenj, ki vključujejo nasilnost oz. agresivnost. Zloraba psihoaktivnih substanc, v slovenskem okolju predvsem alkohola, je na prvem mestu najpomembnejših dejavnikov tveganja za nasilne dogodke. Huda psihopatologija, moški spol, zgodnji razvoj psihoze, slabo sodelovanje v zdravljenju in nezaposlenost so ravno tako pomembni dejavniki nasilja. Z nasilnostjo so povezane tudi disocialna osebnostna motnja in mejna osebnostna motnja, delirij in demenca.

- **Dejavniki okolja**

Najpogostejša mesta so varovani sprejemni oddelki psihiatričnih ustanov ter ambulate urgentne medicine. Tveganje za nasilna dejanja predstavlja hospitalizacija proti volji. Pomanjkanje izobraženega osebja, premajhni in neudobni prostori, dolgo čakanje v čakalnicah lahko prispevajo k nasilju v zdravstvenih ustanovah.

- **Dejavniki na strani zdravstvenega osebja**

Tem dejavnikom se v zadnjem času namenja vse več pozornosti, predvsem percepciji oziroma odnosu zdravstvenega osebja do nasilja in nasilnih dogodkov. Gre za pacientovo nasilje kot objekt odnosa, obravnava nasilja s strani zdravstvenega osebja pa je pojmovana kot vedenje, ki ga lahko ta odnos napove. Raziskave so pokazale, da zdravstveni delavci (medicinske sestre) nimajo vedno negativnega odnosa do nasilja.

Medicinska sestra mora biti pozorna na prepoznavanje dejavnikov, ki povečajo tveganje za agresivno vedenje (Rager Zuzelo, 2009):

- notranje (blodnje, halucinacije) ali zunanje provokacije;
- droge ali alkohol;
- frustracije (nasprotja med željami pacienta in možnostmi konkretne situacije);
- nedosledno postavljanje meja;
- pomanjkanje vedenjskih oblik kot alternativ nasilju (npr. soba za sproščanje);
- nenaden stres;
- zaznana nevarnost, bodisi prava ali namišljena;
- pomanjkanje osebnega prostora;
- ujetost v nestrukturirano okolje brez aktivnosti;
- pomanjkanje kontaktov s pacienti v času prezaposlenosti osebja;
- aplikacija terapije proti volji pacienta.

V psihiatriji je delovanje zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi usmerjeno v zmanjševanje oziroma preprečevanje tistih okoliščin in dejavnikov tveganja, ki lahko privedejo do pojava agresivnega vedenja. V zadnjih tridesetih letih so po svetu razvili različne bolj ali manj uporabne lestvice, s katerimi so poskušali napovedati tveganje, da pacient postane nasilen. V nadaljevanju bosta natančneje predstavljeni dve lestvici za oceno tveganja za agresivno vedenje, ki se uporabljata v Psihiatrični kliniki Ljubljana (v nadaljevanju PK Ljubljana) in sicer **OAS** (**O**vert **A**ggression **S**cale) in **BVC** (**B**røset **V**iolence **C**hecklist).

BVC – Brøset lestvica nasilnega vedenja (Brøset Violence Checklist)

V tujini so pri prepoznavanju oz. preprečevanju agresivnega vedenja pogosto v uporabi različne ocenjevalne lestvice. Na Norveškem je avtor Roger Almvik za oceno tveganja za agresivno vedenje pri pacientu uveljavil lestvico BVC (**B**røset **V**iolence **C**hecklist) (Almvik Woods, 1999). Lestvica je bila razvita na podlagi najbolj pogostih vzorcev obnašanja pred agresivnimi neželenimi dogodki in vsebuje šest najbolj značilnih vedenjskih motenj. Sama lestvica je izredno preprosta in

ne zahteva veliko časa izpolnjevalca. Lahko se uporablja ob sprejemu pacienta, pa tudi kasneje na oddelku, bodisi za ponovno kontroliranje nevarnosti agresivnega vedenja pacienta, kot rutinsko beleženje stanja na oddelku, za prenos informacij o pacientih med izmenami. Potrebno se je zavedati, da lahko lestvico izpolnjuje le oseba, ki je del zdravstvenega tima in je seznanjena z načinom izpolnjevanja lestvice (Abderhalden, 2008).

Uporaba in razlaga BVC lestvice po Almiviku in Woodsu (1999) je sledeča¹:

- Pacienta ocenimo po opisanih vedenjih ob dogovorjenem času in oceno dokumentiramo. Prisotnost posameznega opisanega vedenja pomeni 1 točka. Odsotnost posameznega opisanega vedenja pomeni 0 točk. Končna ocena predstavlja VSOTO posameznih opazovanih vedenj. Maksimalni seštevek je 6.
- Če je za pacienta, ki ga osebe dobro pozna (kronificiran potek, daljša hospitalizacija), določeno vedenje »normalno«, je pri tem vedenju ocenjen z 0 točk (npr.: pacient ima glasen način govora ali je zmeden že daljši čas).

Tabela 1: Opis posameznih vedenj

1.	ZMEDENOST, NEMIR	Pacient kaže očitne znake zmedenosti, je časovno in/ali krajevno dezorientiran.
2.	NAPETOST, RAZDRAŽLJIVOST, KONFLIKTNOST	Pacient je vidno napet, se hitro razjezi, prihaja v konflikte in težko prenaša bližino sopacientov ali osebja.
3.	GLASNOST, ZAHTEVNOST	Pacient je v vedenju in izražanju glasen. Glasno govori, tudi zavpije, loputa z vrati in izraža veliko zahtev.
4.	VERBALNE GROŽNJE	Pri pacientu pride do verbalnega izbruha/napada, v katerem drugi osebi grozi in/ali jo ustrahuje.
5.	FIZIČNE GROŽNJE	Pri pacientu je izražena neposredna fizična grožnja drugi osebi (agresivna drža telesa, dvignjena roka/noga, stisnjena pest, puljenje za obleko ...).
6.	NASILNOST DO PREDMETOV	Pacient je nasilen do predmetov (predmet vrže po tleh, ga brca, udarja s pestjo po predmetu, uničuje inventar ali močno loputa z vrati).

Rezultati BVC:

VSOTA = 0 Tveganje za agresivno vedenje je majhno.

VSOTA = 1 ali 2 Tveganje za agresivno vedenje je povečano (srednje). Potrebni so preventivni ukrepi.

VSOTA ≥ 3 Tveganje za agresivno vedenje je zelo visoko. Potrebni so preventivni ukrepi in individualni načrt za obvladovanje potencialnega agresivnega vedenja.

Lestvico so testirali na različnih psihiatričnih klinikah, najprej na Norveškem in nato še v ZDA, Kanadi, Švici ter na Švedskem. Rezultati študij so pokazali, da je lestvica BVC (Abderhalden, 2008):

- dobro orodje za hitro napoved agresivnega vedenja in s tem za ustrezno ukrepanje;
- s 95 % specifičnostjo in nad 80 % občutljivostjo je zelo zanesljiva lestvica;
- enostavna za uporabo in je zato uporabna tudi v času zahtevnejšega sprejema;
- uporabna tudi kasneje na oddelku za sledenje pacientovega stanja, za redno preverjanje nevarnosti agresivnega vedenja na oddelku;
- pomembna je tudi zato, ker omogoča poenoteno oceno situacije in s tem lažjo komunikacijo o pacientu med osebjem, izmenami in ustanovami.

¹ Uporaba lestvice BVC je avtorsko zaščitena, za dovoljenje je potrebno pridobiti soglasje avtorja.

Preventivni ukrepi pri posameznih ocenah BVC so različni in individualni glede na potrebe posameznega pacienta in specifičnosti situacije. Okviren predlog ukrepov glede na oceno BVC je:

Tabela 2: Preventivni ukrepi oziroma intervencije glede na oceno BVC

OCENA BVC	PREVENTIVNI UKREPI / INTERVENCIJE ZDRAVSTVENE NEGE
1 do 2	opazovanje psihofizičnega stanja pacienta terapevtski, individualni pogovor uporaba deeskalacijskih tehnik diskretni nadzor pacienta
3 do 6	uporaba deeskalacijskih tehnik usmerjanje v ustrezno vedenje in konstruktivno izražanje jeze medikamentozni ukrepi diskretni ali stalni nadzor pacienta posebni varovalni ukrepi strokovno ukrepanje v smeri preprečitve poškodb sopacientov in osebja

Izkušnje iz klinične prakse kažejo, da ima ocena BVC največji pomen pri napovedi tveganja za nastop agresivnega vedenja v prvih 24 urah. Tudi raziskave to potrjujejo. Občutljivost in specifičnost rezultatov lestvice BVC kažeta, da je točnost napovedi, da do agresivnega vedenja pride v naslednjih 24 urah 63 %, medtem ko je točnost napovedi, da se agresivno vedenje ne razvije v naslednjih 24 urah 92 % (Almvik, Woods, Rasmussen, 2000).

OAS - Lestvica odkrite agresije (Overt Aggression Scale)

Lestvico odkrite agresije OAS je oblikoval Stuart C. Yudofsky s sodelavci (1986) iz Houstona v ZDA. Lestvica OAS je namenjena oceni opazovanega/zaznanega agresivnega vedenja. Lestvica je razdeljena v dva dela. Prvi del sestavljajo štiri kategorije agresivnega vedenja: besedna agresija, avtoagresija, heteroagresija in agresivnost do predmetov. Vsaka kategorija vsebuje opis štirih agresivnih vedenj, ki se stopnjujejo glede na resnost (npr. pri besedni agresiji od jeznega vpitja do neposrednih groženj s smrtjo). Ocenjevalec lestvice v prvem delu označi tisto vrsto in intenziteto agresivnega vedenja, ki je pri pacientu prisotna. Drugi del lestvice je namenjen opisu intervencij, ki so potrebne za preprečitev ali obvladanje agresivnega vedenja pri pacientu. Raziskave so potrdile korelacijo med resnostjo/stopnjo posamezne vrste agresivnega vedenja in izvedenimi intervencijami osebja. Sestavni del lestvice je tudi časovna komponenta, kjer se zabeleži čas začetka opazovanega agresivnega vedenja in čas trajanja le-tega, pri čemer velja, da se agresivno vedenje, ki se ponovi znotraj prvih 30 minut od začetka prvega agresivnega vedenja, šteje za isto epizodo agresivnega vedenja (izpolni se ena lestvica).

Lestvica OAS se je v klinični praksi pokazala kot preprosta za uporabo, saj je enostavna, razumljiva in vzame malo časa za izpolnjevanje. Njena napovedna vrednost za nadaljnje agresivno vedenje je manjša kot pri BVC, njena prednost pa je v natančnem opisu stopnje resnosti in vrste agresivnega vedenja. Pomembno napovedno vrednost ima lestvica pri pacientih, pri katerih je agresivno vedenje pogostejše, saj se iz analize lestvic lahko razbere, kako se agresivno vedenje pri posamezniku spreminja v pojavnih oblikah in intenziteti. Koristne pa so tudi informacije o učinkovitih intervencijah osebja, ki so agresivno vedenje preprečile, zmanjšale ali obvladale.

Izkušnje iz klinične prakse

Zaposleni v zdravstveni negi PK Ljubljana uporabljajo kombinacijo obeh opisanih lestvic. Prednost obeh lestvic na skupnem ocenjevalnem listu je v opisni (vrsta, intenziteta) oceni agresivnega vedenja, ki jo nudi OAS, in v numerični oceni BVC, ki ima pomembno napovedno vrednost za ponovni nastop agresivnega vedenja v naslednjih 24 urah. Lestvica OAS/BVC se v klinični praksi uporablja ob zaznanem agresivnem vedenju s strani pacienta oziroma vedno takrat, ko je potrebna kakršnakoli intervencija zdravstvene nege s strani osebja (terapevtski pogovor, bolj pozorno opazovanje, aplikacija terapije, PVU itd.). Oceno BVC se vpiše z uro pričetka opazovanega agresivnega vedenja na grafični del temperaturnega lista, ki je v pomoč in opozorilo vsem članom zdravstvenega tima, da je pri pacientu potrebna večja pozornost v smeri preprečevanja agresivnega vedenja. Preventivni pomen pri nadaljnji obravnavi ali pri ponovnih hospitalizacijah pacienta ima tudi število izpolnjenih lestvic OAS/BVC, saj je preteklo agresivno vedenje pomemben napovedni dejavnik. Z uporabo obeh lestvic se zagotavlja večja kakovost dela, kontinuiteta zdravstvene nege in, kar je najpomembnejše, zmanjšuje se možnost za nastop neželenega dogodka.

Z januarjem 2012 se je na vseh oddelkih PK Ljubljana začela uporabljati kombinirana lestvica OAS/BVC. Na obeh intenzivnih sprejemnih oddelkih je bilo v obdobju januar-februar 2012 izpolnjenih 35 lestvic, 16 na ženskem in 19 na moškem sprejemnem oddelku. Zanimiva je primerjava z izpolnjenimi poročili o incidentu, v katerih je bila prisotna ena od vrst agresivnega vedenja. V istem obdobju je bilo izpolnjenih 17 tovrstnih poročil, kar je za polovico manj, kot je lestvic OAS/BVC. Podatek kaže, da je bilo s pravočasno zaznavo in z ukrepanjem ob nastopu agresivnega vedenja preprečena vsaj polovica neželenih dogodkov.

Povprečna ocena BVC je znašala 4, kar pomeni visoko tveganje za agresivno vedenje. Povprečni čas trajanja agresivnega vedenja je bil na ženskem oddelku za polovico daljši (33 minut) kot na moškem (16 minut).

Glede na vrsto agresivnega vedenja je bila najpogosteje zabeležena verbalna agresija, ki ji sledi heteroagresija, pri čemer je bila prva stopnja heteroagresije (po lestvici OAS) najpogostejša, t. j. (dela grozeče kretnje, zamahuje proti ljudem, grabi za obleko). Hujša stopnja heteroagresivnega vedenja (udarci z nastankom blažjih poškodb) je bila opisana v 4 primerih na moškem oddelku in v 2 primerih na ženskem oddelku. Na sprejemnem ženskem oddelku so bili zabeleženi trije primeri samopoškodovalnega vedenja, na moškem oddelku pa en sam. Druge vrste agresivnega vedenja so bile manj pogoste.

Tabela 3: Število intervencij osebja ob agresivnem vedenju

Intervencija / Oddelek	Sprejemni moški	Sprejemni ženski
Pogovor s pacientom	15	16
Bolj pozorno opazovanje	6	7
Držanje pacienta	5	5
Takojšnja peroralna medikacija	2	2
Takojšnja intramuskularna medikacija	11	9
Fizično oviranje	10	6

Iz tabele 3 je razvidno, da je najpogosteje izvedena intervencija osebja pogovor s pacientom, ki mu sledi aplikacija intramuskularne terapije in uporaba PVU fizičnega oviranja.

Zaključek

Uporaba lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje ima na področju psihiatrične zdravstvene nege zelo velik pomen. V svetu so v uporabi različne lestvice, ki so bolj ali manj uspešne.

Pomembno je, da so v klinični praksi uporabne, enostavne, hitre in z dobro napovedno vrednostjo. Kombinacija opisa agresivnega vedenja glede na vrsto in intenziteto v kombinaciji z numeričnim faktorjem (BVC ocena) v dosedanji klinični praksi kaže vzpodbudne rezultate. Že primerjava števila poročil o neželenem dogodku in števila izpolnjenih lestvic OAS/BVC kaže, da se z uporabo lestvice preprečuje eskalacija agresivnega vedenja in s tem tudi število neželenih dogodkov. Vse lestvice, obrazci in drugi pripomočki pri našem delu so lahko brez pomena, če med strokovnjaki zdravstvene nege ni takih, ki s svojim pristopom vsakodnevno delujejo terapevtsko, empatično in v smeri razreševanja osebnih stisk pacientov.

Literatura

1. Abderhalden C. The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards. *Brit J Psychiat*. 2008;193(1):91-103.
2. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. *J Interpers Violence*. 2000;15(12):1284-96.
3. Almvik R, Woods P. Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *Int J Psychiatr Nurs Res*. 1999;4(3):498-505.
4. Groleger U. Agresivnost. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Psihiatrična klinika Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 292.
5. Kores Plesničar B. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: Čuk V, eds. *Strokovno srečanje Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi*. (podtema Pravice bolnikov in zaposlenih). Maribor, 26. oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006: 27.
6. Rager Zuzelo P. *The Clinical nurse special handbook*. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2009: 169-70.
7. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986;143(1):35-9.

FIZIČNO OVIRANJE PACIENTOV V KLINIČNI PRAKSI

Physical hindering of patient within clinical practice

Miha Balantič, dipl. zn.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
miha.balantic@pb-begunje.si

Izvleček

Prispevek obravnava uporabo posebnih varovalnih ukrepov in zdravstveno nego pacientov z agresivnim vedenjem v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Na začetku predstavimo organizacijo intenzivnih oddelkov ter zasedenost kadra v zdravstveni negi v dnevih izmenah. V nadaljevanju se prispevek osredotoča na uporabo posebnih varovalnih ukrepov in smernic obvladovanja agresivnega pacienta in samoobrambe v klinični praksi. Poudarimo pomen neformalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu pri pridobivanju teoretičnega in praktičnega znanja pri obravnavi agresivnega pacienta. Na koncu predstavimo glavne ugotovitve o pogostosti sprejemov proti volji in uporabi posebnih varovalnih ukrepov na moškem in ženskem intenzivnem oddelku Psihiatrične bolnišnice Begunje.

Ključne besede: posebni varovalni ukrep, agresija, pacient, sprejem proti volji, zdravstvena nega

Abstract

The article discusses the use of special protective measures and nursing care for aggressive patient in Psychiatric hospital Begunje. In the first part of the article the author presents the organization of intensive care unit and staffing throughout the day. The article continues with the use of special protective measures and guidelines on aggressive patient management and clinical practice in self-defense. The importance of informal education of health professionals in acquiring theoretical and practical knowledge in the treatment of aggressive patients is also emphasized. Finally, the author presents the main findings of the research: admission against the patient's will and the use of special protective measures in male and female psychiatric hospital intensive care unit in Psychiatric hospital Begunje.

Key words: special protection measure, aggression, patient, involuntary admission, nursing care

Uvod

Varno in kakovostno izvajanje posebnih varovalnih ukrepov (PVU) je ena najzahtevnejših delovnih nalog, zato mora biti zdravstveno osebje ustrezno teoretično in praktično usposobljeno. Na kakovost izvedbe vpliva več različnih dejavnikov, ki jih je potrebno v največji meri zagotoviti, saj omogočajo izvedbo neprijetnega dogodka z najmanjšimi neprijetnimi posledicami za pacienta (Dernovšek, Novak-Grubič, 2001).

V Psihiatrični bolnišnici Begunje imata moški C1 oddelek za urgentno psihiatrično zdravljenje in intenzivno zdravstveno nego 13 postelj in ženski D oddelek za urgentno psihiatrično zdravljenje in intenzivno zdravstveno nego 11 postelj; ženskemu intenzivnemu oddelku D je priključen še polodprti oddelek D₁ z 8 posteljami (navedeni podatki so pridobljeni iz letnega poročila za leto 2011 v Psihiatrični bolnišnici Begunje). Omejitev pacientovih izhodov iz intenzivnih oddelkov je relativna potreba po omejevanju posameznih pacientov. Izhode odredi oddelčni psihiater dnevno, individualno za vsakega pacienta (podatki so povzeti po internem hišnem redu, ki velja za oba intenzivna oddelka v Psihiatrični bolnišnici Begunje). V praksi to pomeni, da ima lahko pacient na intenzivnem oddelku enake možnosti gibanja kot na drugih oddelkih Psihiatrične bolnišnice Begunje, ki so povsem odprtega tipa. V pravilniku o delovnih razmerjih v Psihiatrični bolnišnici Begunje je opredeljena prisotnost stalnega zdravstvenega osebja, ki se tudi v praksi izvaja: na moškem intenzivnem oddelku so zdravnik specialist psihiater, en diplomirani zdravstvenik/medicinska sestra, ena delavna terapevtka in dva zdravstvena tehnika. Takšna zasedba je samo v dopoldanski izmeni.

Na ženskem D oddelku za urgentno psihiatrično zdravljenje in intenzivno zdravstveno nego sta v dopoldanski izmeni dve zdravnici specialistki psihiatrinji, dva diplomirana zdravstvenika/medicinski sestri, dve delavni terapevtki in trije zdravstveni tehniki. V popoldanski izmeni so na ženskem intenzivnem oddelku D trije zdravstveni tehniki, na moškem intenzivnem

oddelku C₁ pa dva zdravstvena tehnika. V nočni izmeni sta na obeh intenzivnih oddelkih po dva zdravstvena tehnika. Zdravstveni tehniki krožijo po oddelkih Psihiatrične bolnišnice Begunje, kar pomeni, da morajo dobro poznati interne protokole in standarde. Po 15. uri pokrivata v Psihiatrični bolnišnici Begunje dežurno ambulantno in oddelke s 134 posteljami dežurni zdravnik specialist psihiater in dežurni diplomirani zdravstvenik/medicinska sestra.

Intenzivni oddelki imajo ob nujnih primerih vzpostavljen protokol obveščanja z zvočnim in svetlobnim alarmom, ki se sproži z daljinskim upravljavcem. Ta zvočno-svetlobni alarm pride v poštev predvsem v popoldanski in nočni izmeni, ko na intenzivnem oddelku ni dovolj osebja za varno izvedbo PVU. Po sprožitvi alarma pridejo na pomoč sodelavci iz drugih oddelkov, če je zagotovljena ustrezna varnost na oddelkih s strani zdravstvenega osebja.

V dežurni ambulanti imamo v primeru pacientovega nevarnega vedenja, ki je lahko posledica duševne motnje ali vedenja, usmerjenega v samopoškodbo oziroma samomorilnost, ogrožanje drugih oseb in inventarja ali nestrinjanja s hospitalizacijo možnost proženja tihega alarma. Takrat se na intenzivnih oddelkih vklopi telefonsko sporočilo, ki v času alarma zaprosi za pomoč zdravstvenih tehnikov/dipl. zn. v dežurni ambulanti. S tem dosežemo, da pacienta dodatno ne vznemirjamo in zagotovimo zadostno število zdravstvenega osebja, da kakovostno in strokovno izvedemo sprejem pacienta na intenzivni oddelek.

Uporaba posebnih varovalnih ukrepov

V Psihiatrični bolnišnici Begunje po internem negovalnem standardu posebnega varovalnega ukrepa - telesna omejitev pacienta s Segufix® pasovi uporabljamo za fizično oviranje pacientov Segufix® pasove za na posteljo. Ukrep je potreben za odpravo oziroma obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja, ki je posledica duševne motnje in je usmerjen v samopoškodbo oziroma samomorilnost, ogrožanje drugih (nasilnost) in inventarja. PVU posega v integriteto posameznika, zato je potrebno pri izvedbi izbrati najmanj omejevalno metodo, s katero je še mogoče preprečiti nevarnost. Traja le toliko časa, kolikor je potrebno, glede na razlog njegove uvedbe. Ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati dlje kot 4 ure naenkrat. Po poteku tega časa zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe PVU. Uporaba Segufix® pasov je poseben varovalni ukrep, ki ga odobri in predpiše samo zdravnik. Pri odločitvi za uporabo posebnih varovalnih ukrepov sodeluje celoten zdravstveni tim. Priporočljivo je, da se ukrep izvaja v prisotnosti zdravnika, ki ukrep odobri. Pri PVU sodeluje pet usposobljenih oseb, pri čemer najbolj izkušena vodi celoten postopek (ob ustrezni oceni varnosti lahko tudi manj, glede na situacijo ali ko so za to podani drugi objektivni razlogi, minimalno pa morata ukrep izvajati vsaj dve osebi). Za minimalno, še varno telesno omejitev v Psihiatrični bolnišnici Begunje uporabljamo: **Segufix® trebušni pas v kombinaciji s stranskimi pasovi ob dodatni fiksaciji vsaj ene noge**. V primeru, da se nam pacient pretirano poseda oziroma je nemiren v postelji, kljub že nameščenemu trebušnemu pasu, pacientu namestimo naramnice, v skrajnem primeru lahko na posteljo namestimo tudi pas za omejitev stegen. Fizičnega omejevanja v počivalniku skorajda ne uporabljamo. Segufix® trebušnega pasu ne uporabljamo pri nosečnicah, pri pacientih z amputacijo spodnjih okončin in pri pacientih z bolezenskimi stanji, ki se z namestitvijo pasu lahko poslabšajo (npr. ascites, epilepsija ...). V tem primeru lahko uporabimo SEGUFIX-Quick System, ki ga sestavljajo trije pasovi SEGUFIX-Quick Restraint: Shoulder, Hand, Foot, ki pacienta ne ovirajo prek trebuha. V primeru, da ima pacient vstavljen srčni spodbujevalnik ali inzulinsko črpalko, moramo upoštevati pravilo, da smo z magnetom in magnetnim gumbom oddaljeni od srčnega spodbujevalca ali inzulinske črpalke vsaj 10 cm **oziroma uporabimo nemagnetne gume in ključ** v skladu z internimi pravili, po standardu, sprejetem v Psihiatrični bolnišnici Begunje: negovalni standard posebnega varovalnega ukrepa - telesna omejitev pacienta s Segufix® pasovi. V Psihiatrični bolnišnici Begunje uporabljamo naslednjo dokumentacijo ob uvedbi PVU: list ukrepov proti volji pacienta, list posebnega varovalnega ukrepa, obvestilo o posebnem varnostnem ukrepu, evidenca uporabe posebnega varovalnega ukrepa.

Potrebo po delavnicah o pravilni in enotni uporabi Segufix pasov je narekovalo dejstvo, da samo pravilna uporaba fiksacijskih pripomočkov dviga kakovost našega dela in varnost pacientov. Na podlagi izkušenj in znanj (tudi iz tujine) smo oblikovali standard uporabe Segufix pasov, ki pa ni mogel zaživeti v praksi, dokler se nismo lotili izobraževanja zdravstvenih tehnikov in diplomiranih medicinskih sester. Ko so diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki osvojili teoretična znanja, smo se lotili praktične izvedbe delavnic. Delavnico vodi odgovorni diplomirani zdravstvenik v sodelovanju z zdravniki in drugimi delavci v bolnišnici. Delavnica Uporaba posebnih varovalnih ukrepov – pritrditev s pasovi Segufix® poteka v obliki izkustvenega učenja vseh udeležencev dvakrat v letu. V timu sodelujejo zdravnik, zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra, pričnejo s simulacijo primera pacienta, ki potrebuje poseben varovalni ukrep. Pričnejo z oceno stanja pacienta, dogovorom o načinu izvedbe PVU in se lotijo praktične izvedbe posega varne fiksacije. Na delavnicah vedno prikažemo tudi primer dobre in slabe prakse. Učinek delavnic na kakovost in varnost pacientov se je pokazal kot izjemen, saj smo zmanjšali število neljubih dogodkov na minimum - predvsem poškodb pacientov in osebja. Velik poudarek je tudi na poznavanju zakonskih določil v zvezi s fiksacijo pacientov kakor tudi na uveljavljanju pacientovih pravic in na veliki etični, moralni odgovornosti izvajalcev. Posebno pozornost namenimo zakonsko in interno predpisani dokumentaciji (Žagar, 2011).

Zaposleni v zdravstveni negi se morajo obvezno udeležiti delavnic Uporaba posebnih varovalnih ukrepov – pritrditev s pasovi Segufix® enkrat v letu. Zakon o duševnem zdravju na podlagi Pravilnika o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja ter o postopku njihove verifikacije (13. člen) določa, da mora izvajalec zagotoviti zadostno število ustrezno usposobljenega zdravstvenega osebja za opravljanje nadzora v primeru uporabe posebnih varovalnih ukrepov v skladu s petim odstavkom 29. člena Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 63/2009). 14. člen določa, da mora zdravstveno osebje obvladati teoretična znanja in praktične veščine s področij nevarnega vedenja, njegovih vzrokov, oblik in posledic ter mora poznati strokovna priporočila za uporabo posebnih varovalnih ukrepov in biti usposobljeno za pristop in pogovor z osebo z duševno motnjo, ki se nevarno vede (Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja ter o postopku njihove verifikacije, 2009, čl. 13 in 14). Iz interne evidence Psihiatrične bolnišnice Begunje o udeležbi na internih izobraževanjih je razvidno, da se večina zaposlenih udeleži obeh organiziranih delavnic.

Aktivnosti zdravstvene nege pri obvladovanju pacientov z agresivnim vedenjem

Neželeni dogodki, povezani z obvladovanjem pacientov z agresivnim vedenjem, in izvajanje fizičnega oviranja sta sestavni del psihiatrije in psihiatrične zdravstvene nege. Humano, strpno in pacientom prijazno obravnavanje pri fizičnem oviranju je pogoj za ohranjanje terapevtskega odnosa s pacientom (Gabrovec, 2009).

Naloga delavcev v zdravstveni negi je zagotavljanje varnosti pacienta, drugih pacientov in diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Uporaba fizične prisile naj se uporabi šele, ko so izčrpane vse druge možnosti ukrepanja, in v primeru, ko je izbruh nasilja nenaden. Obvladovanja pacientov se vedno lotevamo timsko in v sodelovanju čim večjega števila osebja (ibid.).

Na pobudo krožka kakovosti v Psihiatrični bolnišnici Begunje smo se v okviru internega izobraževanja osebja v zdravstveni negi (tudi zdravniki, delovni terapevti) lotili izvedbe delavnic obvladovanja agresivnosti in samoobrambe, prilagojene uporabi v psihiatriji. Pri izdelavi smernic in navodil za obravnavo pacientov z agresivnim vedenjem v Psihiatrični bolnišnici Begunje smo sodelovali z vodjo JKA (Japan karate Association) Slovenije Brankom Gabrovcem, mag. ing. log., ki ima tudi izkušnje z delom v psihiatrični ustanovi. Delavnico vedno pričnemo s teoretičnim delom obvladovanja agresivnega vedenja v psihiatriji in preidemo k praktičnemu prikazu pristopa do pacienta in v nadaljevanju k uporabi obvladovanja pacienta z ustreznimi strokovnimi fizičnimi prijemi in tehnikami samoobrambe za lastno zaščito. Delavnice potekajo že peto leto dvakrat letno in rezultat za varnost pacientov in izvajalcev je izjemen. Zaradi rednega in kakovostnega

izobraževanja v zdravstveni negi na temo obvladovanja pacientov z agresivnim vedenjem in tehnik samoobrambe v letnih internih poročilih nismo zasledili poškodb pri pacientih in osebju. S tovrstnim izobraževanjem smo zdravstvenim tehnikom omogočili pridobiti nova strokovna znanja pri obravnavi in obvladovanju pacienta z agresivnim vedenjem, da lahko svoje delo opravijo humano in prijazno do pacienta, saj se prav zdravstveni tehniki največkrat znajdejo v vlogi, ko morajo pacienta z agresivnim vedenjem obvladati in izvesti posebne varovalne ukrepe. Zaposleni z udeležbo na teh delavnicah pridobivajo znanja in samozavest. Po opravljenem tovrstnem izobraževanju opazamo, da je boljša motiviranost zdravstvenega osebja za delo pri pacientu z agresivnim vedenjem. Ker smo zaposleni v zdravstveni negi dolžni zagotoviti pacientom varno in kakovostno zdravstveno nego tudi takrat, ko pacient zaradi narave svoje bolezni ne more kontrolirati svojega agresivnega vedenja, je uporaba fizične sile le zadnji izhod iz nastale situacije. Pogovor s pacientom, miritev in ustrezen dialog sta primarnega pomena (Gabrovec, 2009).

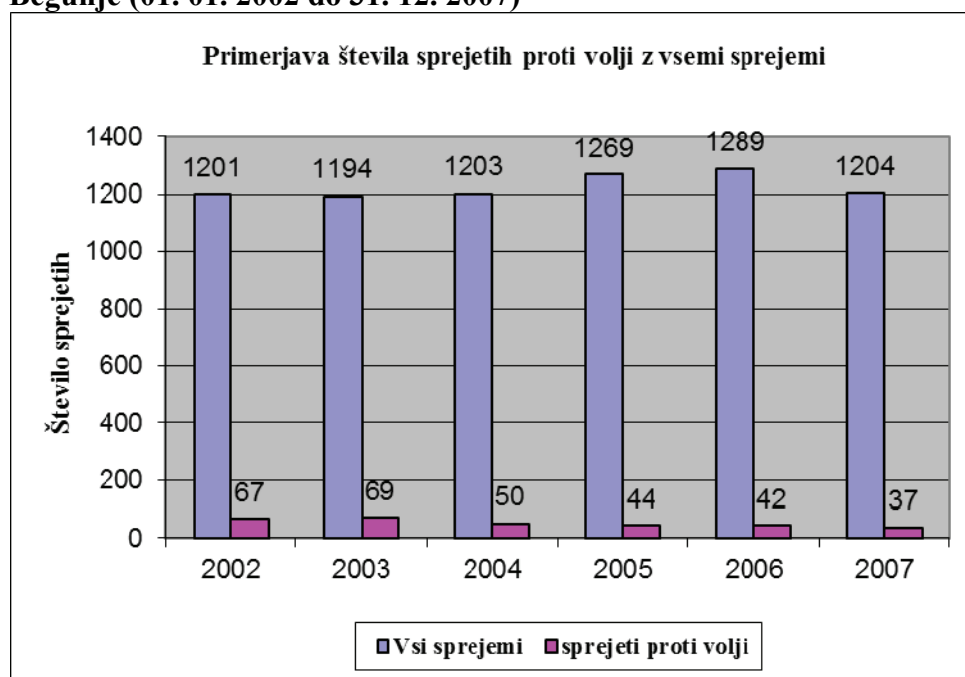
Analiza podatkov o uporabi PVU in sprejemov proti volji

V Psihiatrični bolnišnici Begunje imamo v letu povprečno zabeleženih 1241 sprejemov. Na ženskem intenzivnem oddelku D, ki šteje 11 postelj, smo v letu 2011 zabeležili 317 sprejemov, v povprečju sprejmemo 26,4 pacientov mesečno. Na moškem intenzivnem oddelku C1 s 13 posteljami smo v letu 2011 zabeležili 495 sprejemov, v povprečju 41,26 mesečno.

Leta 2009 je bila v Psihiatrični bolnišnici Begunje opravljena analiza podatkov v okviru diplomske naloge. Vključeni so bili vsi pacienti, ki so bili v obdobju od 01. 01. 2002 do 31. 12. 2007 sprejeti proti volji na enoto za intenzivno zdravljenje. Analiza podatkov je pokazala število sprejemov proti volji in uporabo pripomočkov za fizično oviranje pri sprejemu pacienta proti volji (Balantič, 2009).

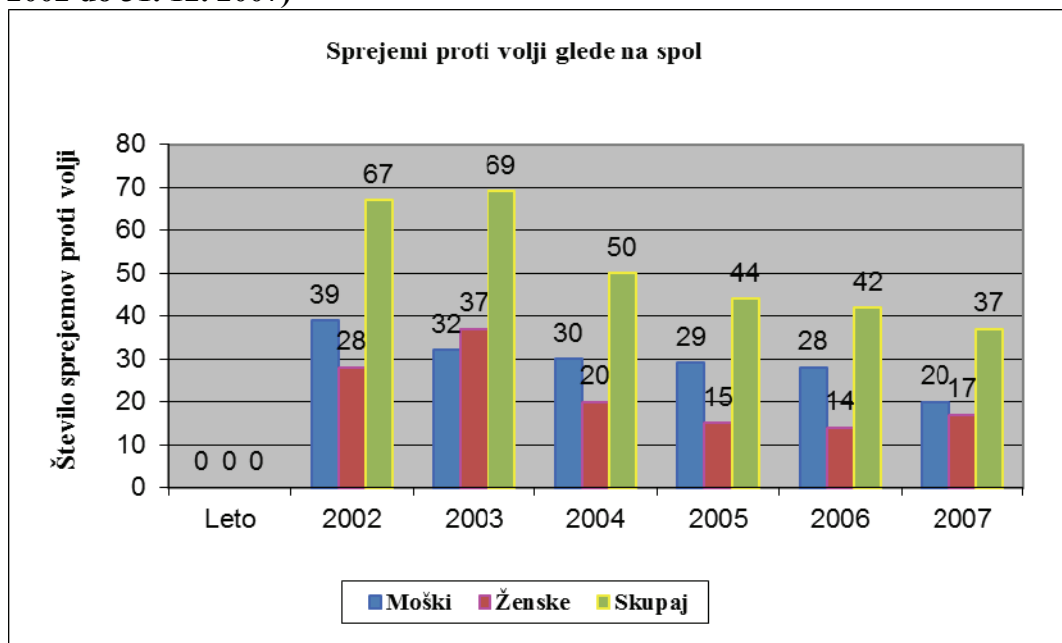
Analiza podatkov v letu 2011 prikazuje incidenco uporabe PVU in število neprostovoljnih hospitalizacij v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Rezultati analize pokažejo, da je bilo na ženskem intenzivnem oddelku D 77 neprostovoljnih hospitalizacij. Izvedenih je bilo 82 posebnih varovalnih ukrepov. Na moškem intenzivnem oddelku C₁ je bilo 40 neprostovoljnih hospitalizacij in izvedenih 40 posebnih varovalnih ukrepov.

Graf 1: Število sprejemov proti volji in število vseh sprejemov v Psihiatrični bolnišnici Begunje (01. 01. 2002 do 31. 12. 2007)



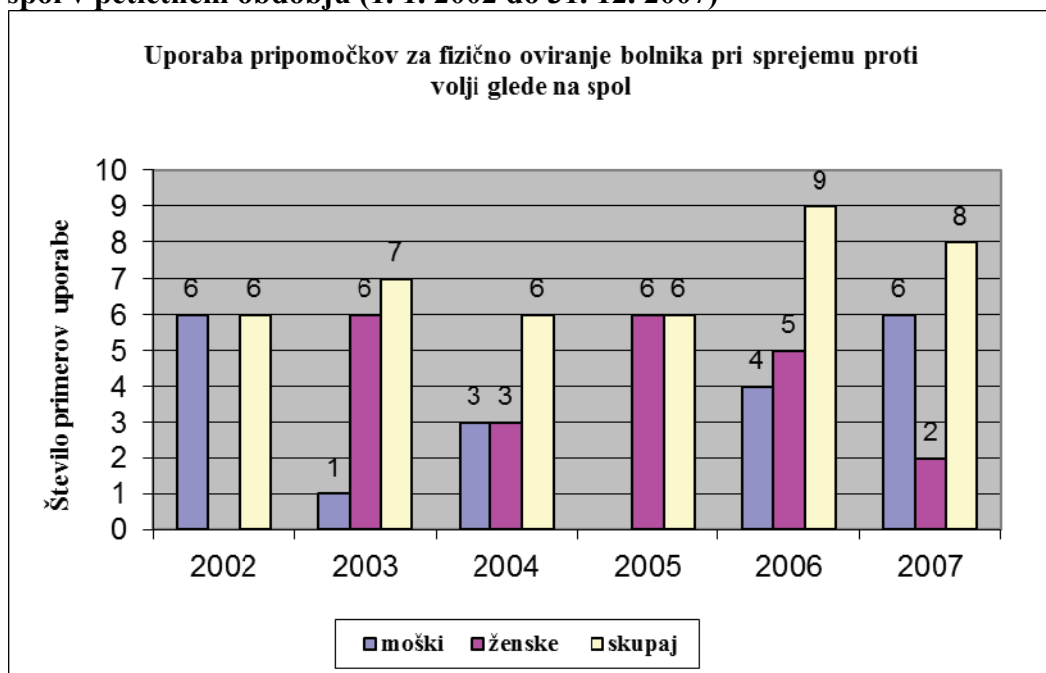
V tem obdobju (01. 01. 2002 - 31. 12. 2007) je bilo v Psihiatrični bolnišnici Begunje skupno 7360 sprejemov. Skupno število sprejemov proti volji je bilo 309.

Graf 2: Število sprejemov proti volji glede na spol v Psihiatrični bolnišnici Begunje (01. 01. 2002 do 31. 12. 2007)



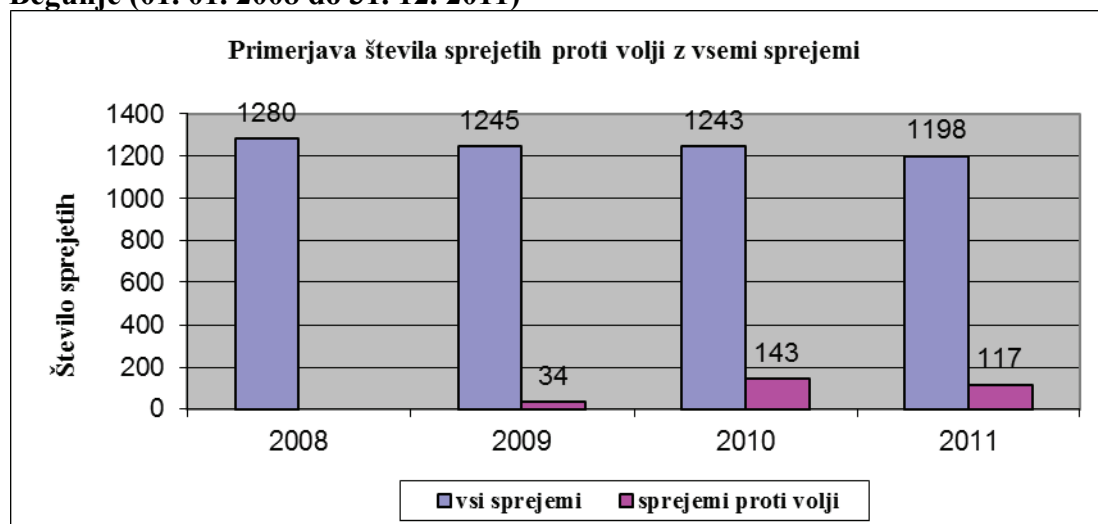
V obdobju od 01. 01. 2002 do 31. 12. 2007 je bilo v Psihiatrični bolnišnici Begunje proti volji 309 sprejemov, od tega 178 pri pacientih moškega spola in 131 pri pacientih ženskega spola.

Graf 3: Uporaba pripomočkov za fizično oviranje pacienta pri sprejemu proti volji glede na spol v petletnem obdobju (1. 1. 2002 do 31. 12. 2007)



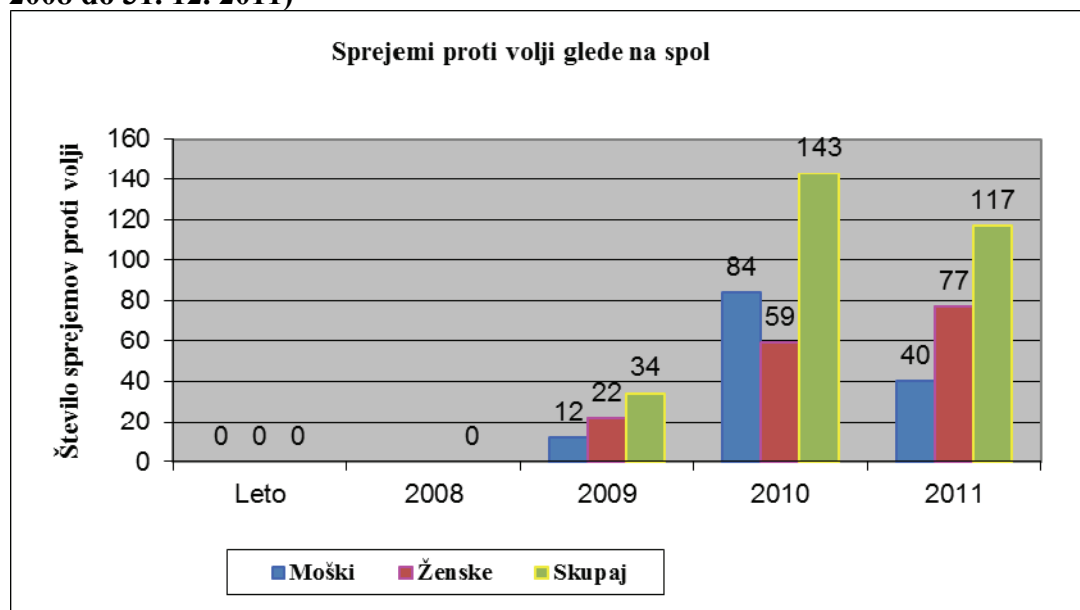
V obdobju 01. 01. 2002 do 31. 12. 2007 so bili uporabljeni pripomočki za fizično oviranje pacienta pri sprejemu proti volji pri 42 pacientih, od tega 20 pri pacientih moškega spola in 22 pri pacientih ženskega spola.

Graf 4: Število sprejemov proti volji in število vseh sprejemov v Psihiatrični bolnišnici Begunje (01. 01. 2008 do 31. 12. 2011)



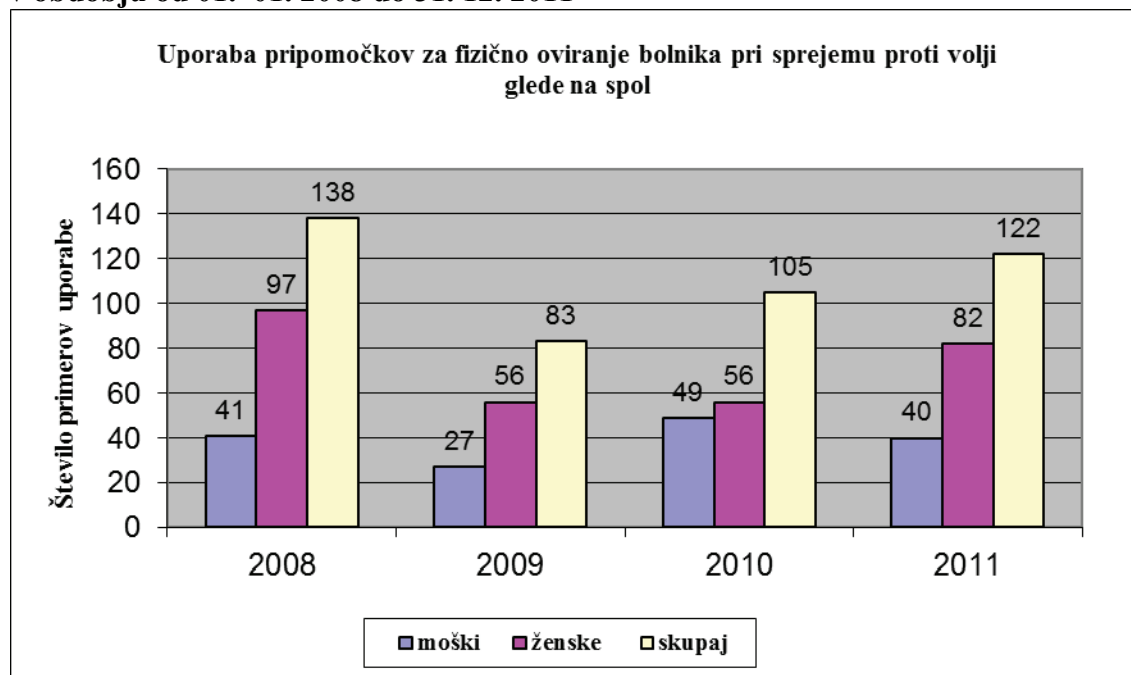
V obdobju od 01. 01. 2008 do 31. 12. 2011 je bilo v Psihiatrični bolnišnici Begunje skupno 4966 sprejemov. Sprejemov proti volji je bilo 294, vendar podatkov o sprejemih proti volji v letu 2008 nismo pridobili, saj smo začeli v digitalizirani obliki zbirati podatke šele avgusta 2009.

Graf 5: Število sprejemov proti volji glede na spol v Psihiatrični bolnišnici Begunje (01. 01. 2008 do 31. 12. 2011)



V obdobju od 01. 01. 2008 do 31. 12. 2011 je bilo v Psihiatrični bolnišnici Begunje sprejetih proti volji 294 pacientov, od tega 136 pacientov moškega spola in 158 pacientov ženskega spola.

Graf 6: Uporaba pripomočkov za fizično oviranje pacienta glede na spol v obdobju od 01. 01. 2008 do 31. 12. 2011



V obdobju 01. 01. 2008 do 31. 12. 2011 so bili uporabljeni pripomočki za fizično oviranje pri 448 pacientih, od tega 157 pri pacientih moškega spola in 291 pri pacientih ženskega spola.

Zaključek

Diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehnik, zaposleni v psihiatriji, se pri svojem delu večkrat srečujemo s pacienti, ki ne zmorejo obvladovati svojega agresivnega vedenja zaradi narave same bolezni, zato je pomembno, da se zavedamo, da prvi vtis, ki ga naredimo na pacienta, lahko odločilno vpliva na nadaljnje zdravljenje. Zato se moramo nenehno izobraževati in usposablјati za neugodne situacije, ki smo jim izpostavljeni in jih lahko rešujemo le na strokoven, human in etičen način v dobro varnosti pacienta in kakovosti našega dela. Interno strokovno izobraževanje, ki poteka kontinuirano in udeležencem daje možnost nenehnega napredka v teoretičnem in praktičnem znanju, se je pokazalo kot dober način pridobivanja in utrjevanja znanja in izkušenj za delo s pacienti in nenehno dviga raven varnosti pacientov in kakovost dela v psihiatrični zdravstveni negi v naši bolnišnici. V obdobju izvajanja delavnic PVU - obvladovanje pacientov z agresivnim vedenjem in učenja samoobrambe udeleženih zdravstvenih delavcev, prisotnih v omenjenih situacijah, smo pridobili znanje, samozavest in obvladovanje agresivnega vedenja pacientov. Po preverjanju poročil o varnostnih zapletih smo ugotovili, da ni prišlo do poškodbe pacienta ali osebja. Strokovni prijemi so prilagojeni obvladovanju pacienta z agresivnim vedenjem, v primerih, ko sta eden ali dva od zaposlenih v nevarni situaciji ali ko smo osebno napadeni s strani pacienta z agresivnim vedenjem.

Ugotovili smo, da je bilo v Psihiatrični bolnišnici Begunje v petletnem obdobju (od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2007) 7360 sprejemov. Sprejemov proti volji na moškem in ženskem intenzivnem oddelku je bilo 309. V primerjavi z obdobjem od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2011, ko je bilo 4966 sprejemov, ugotavljamo, da je bilo sprejemov proti volji 309. Opazimo, da je od leta 2003 do 2007 število sprejemov proti volji vztrajno padalo, kar verjetno lahko pripišemo večji dostopnosti, odprtosti psihiatrije in predvsem strokovnemu pristopu zdravstvenega osebja pri sprejemu proti volji, pa tudi temu, da še ni bilo v uporabi Zakona o duševnem zdravju. Rezultati raziskave pa še vedno kažejo na skoraj polovico manj sprejemov proti volji od slovenskega in evropskega povprečja.

Z analizo podatkov smo ugotovili, da se je v Psihiatrični bolnišnici Begunje v petletnem obdobju (1. 1. 2002 – 31. 12. 2007) uporabilo pripomočke za fizično oviranje pri 42 pacientih, od tega 20

krat pri pacientih moškega spola in 22 krat pri pacientih ženskega spola. V primerjavi z obdobjem 1. 1. 2008 – 31. 12. 2011 ugotavljamo, da se je v naslednjem obdobju uporabilo pripomočke za fizično oviranje pri 448 pacientih, od tega 157 pri pacientih moškega spola in 291 pri pacientih ženskega spola. Glede na rezultate se je uporaba pripomočkov za PVU povečala, kar lahko pripišemo uveljavljanju zakona o duševnem zdravju v klinično prakso.

Literatura

1. Balantič M. Vloga medicinske sestre pri sprejemu proti volji na enoto za intenzivno zdravljenje psihiatrične bolnišnice [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.
2. Dernovšek M, Novak-Grubič V. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa; 2001.
3. Gabrovec B. Smernice obvladovanja agresivnosti in samoobrambe [interno gradivo]. Celje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2009.
4. Negovalni standard posebnega varovalnega ukrepa telesna omejitev pacienta s Segufix pasovi [interno gradivo]. Begunje: Psihiatrične bolnišnice Begunje; 2012.
5. Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja ter o postopku njihove verifikacije. Uradni list Republike Slovenije št. 63/ 2009.
6. Žagar M. Zagotavljanje varnosti-pomen varovalne fizične omejitve pacienta. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. Varnost - rdeča nit celostne obravnave pacientov - strokovno srečanje, 4. dnevi Angele Boškin : zbornik prispevkov, Gozd Martuljek, 7. – 8. April 2011. Jesenice : Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 114-8.

POSEBNI VAROVALNI UKREPI V KLINIČNI PRAKSI V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA - IZKUSTVENO UČENJE V DELAVNICAH

Special Precautionary Measures in Clinical Practice in Psychiatric Clinic Ljubljana – Workshops for Empirical Learning

Zoran Kusić, dipl. zn.
Psihiatrična klinika Ljubljana
zoran.kusic@psih-klinika.si

Izveček

Prispevek obravnava aktivnosti na področju zdravstvene nege v psihiatriji s poudarkom na uporabi posebnih varovalnih ukrepov in vlogi osebja v zdravstveni negi. V prispevku so predstavljeni posebni varovalni ukrepi v obliki telesnega oviranja pacienta na postelji, kot se izvajajo v Psihiatrični kliniki Ljubljana. Po izkušnjah ima tim zdravstvene nege pri izvajanju ukrepov največjo vlogo, saj ukrep po naročilu zdravnika izvede in v nadaljevanju procesa zdravstvene nege celostno spremlja pacientovo psihofizično stanje. Predstavljene so izkustvene delavnice, ki so ključnega pomena za vzdrževanje sposobnosti izvajanja posebnih varovalnih ukrepov in stalno izboljševanje kakovosti dela.

Ključne besede: zdravstvena nega, posebni varovalni ukrep, fizično oviranje, smernice

Abstract

The article is dedicated to the nursing activities in psychiatry, with special focus on the use of special precautionary measures and the role of nursing professionals. Special precautionary measures, which are used in Psychiatric Clinic Ljubljana, such as restraint of patients in bed, are presented. The role of the nursing team in execution of measures, prescribed by the physician, and in monitoring of psychophysical state of patients is very important. Empirical workshops, essential for maintaining capabilities for execution of special precautionary measures and ongoing quality improvements, are also presented.

Key words: nursing, special precautionary measures, physical restraint, guidelines

Uvod

Duševne bolezni spremljajo človeštvo od njegovega nastanka. Povzročajo motnje v mišljenju, zaznavanju in vedenju človeka ter posledično v njegovem počutju. Duševna motnja je bolezen, ki v ljudeh vzbuja strah, nelagodje, z njo je povezano tudi veliko predsodkov. Zaradi neobičajnega vedenja pacientov, ki odstopa od normalnega, so se takih ljudi v družbi bali, jih zasmehovali in jih zapirali v ustanove, od koder običajno ni bilo vrnitve nazaj v normalno življenje. Prav to je razlog, da še vedno obstaja strah pred psihiatrijo (Fergola, 2007).

Duševne motnje se lahko uspešno zdravijo, vendar mora posameznik pri tem sodelovati in sprejemati pomoč strokovnega osebja in svojcev (Fergola, 2007).

Hospitalizacija pacienta z duševno motnjo je nujna in le redkokdaj izpeljana na pacientovo lastno željo. Pacient prihaja iz svojega okolja v povsem specifično sredino bolnišnice, ki mu je tuja in strah vzbujajoča. Proces hospitalizacije je lahko za osebo travmatičen ali spodbuden, odvisno od institucije, odnosa družine, prijateljev in reakcije zdravstvenih delavcev ter načina sprejema. Velikokrat so pacienti ob sprejemu prestrašeni, nezaupljivi, napeti, lahko so tudi verbalno in fizično agresivni. Že sam sprejem pacienta na zaprti varovani oddelek je lahko stresen zaradi izkušenj iz preteklosti ali predstav, ki si jih pacient ustvari s pomočjo medijev in javnega mnenja. Zdravstveno negovalno osebje se pogosto srečuje s situacijami, ko se pacientu obljubi, da gre le na razgovor ali da bo v bolnišnici ostal le prek noči. Tak pacient se bo počutil prevaran. V situacijah, ko se pacient zaradi bolezni počuti ogrožen in ni pripravljen sodelovati, se pogosto odločimo za poseben fizični varovalni ukrep (Komazec, 2000).

Najpogostejša oblika posebnega varovalnega ukrepa je oviranje pacienta s pasovi, zaradi česar pogosto prihaja do konflikta med strategijami prisile in etičnimi načeli. Poseganje v avtonomijo pacienta ima lahko za posledico porušeno zaupanje, ki je sicer temelj psihiatrične zdravstvene

nege. Akutne situacije, kjer se je negovalno osebje primorano hitro odločiti, dokazujejo, da teorija ni vedno združljiva s prakso.

Uporaba posebnih varovalnih ukrepov v klinični praksi

Sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico poteka navadno in večinoma tako, kot so zdravniki in osebje navajeni pri sprejemu v druge bolnišnice. Spričo duševne bolezni pa se lahko srečamo tudi s posebnostmi: pacient hospitalizacijo odklanja, se ji z besedo ali fizično upira ali pa celo ustvari situacijo, ki je za običajno usposobljenost zdravstvenega osebja nevarna, težko premagljiva. V takšnih primerih se zdravnik odloča za hospitalizacijo pacienta brez njegove privolitve (Kobal, 1999).

Ko pacient zaradi svojih lastnosti (trajnih ali trenutnih) ni sposoben dojeti potrebe po hospitalizaciji ali ne zmore vzpostaviti komunikacije in s tem dati pristanka k hospitalizaciji ter je njegovo življenje ogroženo, zdravnik sme (in mora) sprejeti pacienta v bolnišnico tudi brez njegove privolitve. Zaradi nekritičnosti do svojega zdravstvenega stanja in ker se jim zdi, da jim je bila storjena krivica, so pacienti velikokrat agresivni. Agresijo neposredno usmerijo proti zdravstveno negovalnemu osebju. Zaradi nujnega zdravljenja in pacientove odklonitve le-tega ter zaradi zagotovitve kakovostne in enotne obravnave se po zakonu o duševnem zdravju lahko uporabi posebni varovalni ukrep (Žmitek, 2005; 2007).

Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Posebna varovalna ukrepa sta telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora. Uporabljata se v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih (ZDZdr).

Izkustveno delo v delavnicah – lastne izkušnje

Posebne varovalne ukrepe s telesnim oviranjem na postelji uporabimo pri pacientih z hetero- in avtoagresivnim vedenjem.

Agresivno in nasilno vedenje je vedenje do drugih ljudi, ki jim lahko povzroči škodo na fizični ali duševni ravni. Zato lahko obravnavamo zdravstveno osebje kot potencialne žrtve. Najbolj so izpostavljeni novo zaposleni in tisti, ki ponoči delajo sami oziroma nimajo možnosti poklicati na pomoč. Bolj izpostavljeni so tudi zdravstveni delavci, ki so do pacientov provokativni, grobi, nesramni, nastopaški in pogosto naveličani ter preutrujeni. Nasilje na delovnem mestu, torej tudi v zdravstvenih ustanovah, predstavlja velik dogodek, v katerem so zaposleni ozmerjani, ogroženi ali fizično napadeni v situacijah, povezanih s svojim delom, vključno z neposrednim in posrednim ogrožanjem njihove varnosti in zdravja.

Ker se z agresivnim vedenjem in posebnim varovalnim ukrepom s telesnim oviranjem na postelji srečuje zdravstveno negovalno osebje na psihiatriji, zdravstveno socialnih zavodih, domovih za starejše občane in somatskih bolnišnicah, se je pojavilo ključno vprašanje: Kako pripraviti medicinske sestre na srečanje z agresivnim pacientom?

V ta namen v Psihiatrični kliniki Ljubljana organiziramo posebne delavnice, kjer se osebje nauči obvladovanja nasilnega vedenja pri pacientih, uporabo smernic za ravnanje z avtoagresivnim pacientom, uporabo deeskalacijskih tehnik, pristop k agresivnemu pacientu ter pravilno izvedbo posebnega varovalnega ukrepa. Delavnice so namenjene vsem zaposlenim v zdravstvu, ki se srečujejo z agresivnim pacientom. Delavnice so namenjene za 20-30 ljudi, udeleženci se poleg vsega naučijo tudi oviranja pacienta na počivalnik, kar je posebnost pri starejših pacientih.

Delo v delavnicah poteka v naslednjih oblikah: teorija, praktični prikaz, skupinsko delo in delo na sebi. V delavnici prikažemo oviranje na postelji ter v počivalniku, vsak od prisotnih je tudi sam oviran, saj s tem pridobi izkušnjo, kako je pacientu takrat, ko je oviran.

Postopek oviranja

Pri pacientih, ki svojo agresijo usmerijo proti zdravstveno negovalnemu osebju, moramo kljub neprijetni situaciji ostati mirni ter profesionalni. Spodbujati moramo pacienta, da razume, kontrolira in sprejme odgovornost za lastno vedenje. Moramo mu dati vedeti, da sam odloča o svojem vedenju in da je tudi odgovoren zanj. Spodbujati je potrebno pozitivno vedenje in poudarjati njegove sposobnosti, saj to povečuje njegovo samospoštovanje, vzpostavlja zaupanje in občutek varnosti. Vztrajno pozitivno spodbujanje lahko zmanjša pacientovo potrebo po napadalnosti. Ko pa smo kljub vsem intervencijam (pomiritev, vzpodbuda k sodelovanju, preusmeritev pozornosti, terapevtska komunikacija) in z uporabo deeskalacijskih tehnik neuspešni, sledijo fizične intervencije. Posebni varovalni ukrep s telesnim oviranjem s pasovi se na Psihiatrični kliniki Ljubljana izvaja na sprejemnem moškem oddelku, sprejemnem ženskem oddelku, oddelku za urgentno gerontopsihiatrijo ter na oddelku za forenzično psihiatrijo. Največ posebnih varovalnih ukrepov izvajajo na sprejemnih oddelkih. Posebni varovalni ukrep s telesnim oviranjem s pasovi odredi zdravnik in je pri samem izvajanju prisoten. Izjemoma v urgentnih situacijah, kjer je hitrost in odločnost zdravstveno negovalnega osebja ključnega pomena za preprečitev nadaljnjih komplikacij, kot so poškodbe inventarja, osebja ali samega pacienta, se posebni varovalni ukrep lahko izvede brez prisotnosti zdravnika, vendar ga je potrebno takoj po končanem izvajanju obvestiti. Za telesno oviranje uporabljamo Segufix pasove, s katerimi je pacient fizično oviran na posteljo. Na oddelkih, kjer se izvaja telesno oviranje s pasovi, so vnaprej pripravljene postelje s Segufix pasovi zaradi hitrejše izvedbe, saj je izvedba neprijetna tako za pacienta kot za osebje. Sam postopek izvaja 5 oziroma 6 primerno usposobljenih oseb, ki so vsi člani zdravstveno negovalnega osebja Psihiatrične klinike Ljubljana. Nekdo izmed osebja vodi celotni postopek. Poskrbi za varnost drugih pacientov, določi člana tima, ki je zadolžen, da zaposli ali odpelje druge paciente v dnevni prostor ali v prostor za delovno terapijo. Pri samem izvajanju poskrbi za pravilno izvedbo in organizacijo. Vsak izmed članov tima nadzoruje eno okončino, en član osebja nadzoruje pacientovo glavo zaradi preprečitve ugriza ali preprečitve izpljunka, s tem omogoči varnost osebja, ena oseba namešča Segufix pasove. Celotni postopek mora biti skrbno dokumentiran, morebitne komplikacije pri samem izvajanju pa morajo biti še podrobneje opisane na dodatnih obrazcih. Ko je izvedba končana, mora vodja negovalnega tima določiti in razporediti osebje, ki bo varovalo pacienta, saj je ves čas, ko je pacient oviran, potreben član tima, ki ga varuje. Člani tima se menjujejo vsaki dve uri, potrebno je redno merjenje vitalnih funkcij, bilanca tekočin, menjava položajev pri pacientu ter pregled nameščenih pasov. Velika pozornost je potrebna pri dokumentiranju, saj je potrebno vso dokumentacijo skrbno voditi in natančno napisati.

Zaključek

Posebni varovalni ukrepi v klinični praksi predstavljajo eno največjih etičnih dilem. Mnogi zdravstveni delavci vidijo nasilje kot del svojega vsakdanjega dela in ga dopuščajo bolj kot druge osebe, vendar pa nasilje nikoli in v nobeni družbi ne more biti sprejemljivo in dopustno. Osebje, ki je vključeno v izvajanje posebnih varovalnih ukrepov, velikokrat občuti strah, zaradi tega je preventiva verbalnega in fizičnega nasilja v zdravstvenih ustanovah izredno pomembna.

Mnogi so mišljenja, da na posebnih varovalnih ukrepih ni mnogo storjenega in je prav osebje tisto, ki je prepuščeno samo sebi pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov. Različne študije, ki so bile opravljene v Psihiatrični kliniki Ljubljana, pa so pokazale prav nasprotno. Število posebnih varovalnih ukrepov se iz leta v leto zmanjšuje, prav tako so se zmanjšali neželeni dogodki pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov. K temu je pripomoglo veliko razlogov, vsekakor tudi letno preverjanje izvedbe, različne delavnice in izobraževanja. Vendar je ena izmed ključnih stvari, ki je pripomogla k takim rezultatom, to, kar opisuje domača in tuja strokovna literatura: medosebno sodelovanje in pogovor z osebjem. Dokazano je, da dobro vzdušje na delovnem mestu pripomore

k boljšim rezultatom, za dobro vzdušje pa je potreben reden pogovor med vodstvom in izvajalci ter pohvala le-tem.

Literatura

1. Fergola B. Sprejem proti volji pri pacientu z duševno motnjo [Diplomska naloga]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2007: 44-6.
2. Kobal M. Pravni vidiki psihiatrije In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1999: 507-17.
3. Komazec S. Nasilje nad negovalnim timom. In: Klemenc D, Pahor M, eds. Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2000: 93-7.
4. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.
5. Žmitek A. Neprosto voljna hospitalizacija: osnovni principi. In: Bručan A, Gričar M, Vajd R, eds. Urgentna medicina izbrana poglavja. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2005: 64-6.
6. Žmitek A. Od preveč dobrega rada glava boli. Dnevnik 06. 10. 2007. Dostopno na: http://dnevnik.si/tiskane_izdaje/dnevnik/273131 (26.6.2012).