Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

in

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

in

Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI, KI SO V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI TEŽAVNI III.

Zbornik izvlečkov

Za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganju njihovih ciljev

Dolenjske Toplice, februar 2015

Organizator:
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI in KOORDINACIJA CENTROV ZA PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG

STROKOVNI SEMINAR Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI, KI SO V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI TEŽAVNI III
Dolenjske Toplice, 12. in 13. februar 2015

Zbornik predavanj brez recenzije

Za strokovno vsebino izvlečka odgovarja avtor sam

Urednik:
Darko Loncnar

Zbral in tehnično uredil:
Darko Loncnar

Lektoriral:
Kristjan Šinkec

Tiskarna:
ABO grafika

Naklada:
100 izvodov

Programski organizacijski odbor: Petra Kodrič, Metka Debevec-Švigelj, Barbara Možgan, Darko Loncnar, Aljoša Lapanja, Branko Bregar

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

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI, KI SO V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI TEŽAVNI III.
Za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganju njihovih ciljev

ČETRTEK, 12.2.2015 in PETEK, 13.2.2015
Dolenjske Toplice

PROGRAM SEMINARJA

Četrtek, 12.2.2015

10.00–11.15 Registracija udeležencev
11.15–11.30 Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencev

I. Sklop moderator: Barbara Možgan

11.30–12.15 **Svetovalno in motivacijsko delo s pacientom v zdravstveni obravnavi**
mag. Branko Bregar, dipl. zn.

12.20–12.50 **Delo s pacienti, ki so v procesu zdravstvene obravnave težavni**
Aljoša Lipovec, dipl. m. s.

13.00–14.00 Kosilo

II. Sklop moderator: Barbara Možgan

14.00–14.45 **Osebnostne motnje in tveganje nasilnega vedenja**
Sara Bahovec, univ. dipl. psih.

Delavnice I. del moderator: Darko Loncnar

14.55–15.55 Skupina 1: **Tehnike obvladovanja pacienta z nasilnim vedenjem** (največ 20 udeležencev)
dr. Branko Gabrovec, mag. ing. log.
14.55–15.55 Skupina 2: **Motivacija pacientov za sodelovanje v zdravljenju** (največ do 20 udeležencev)
izr. prof. Marija Petek Šter, dr. med., spec. druž. med., doc. dr. Davorina Petek, dr. med., spec. druž. med.
14.55–15.55 Skupina 3: **Poznavanje deeskalacijskih tehnik** (največ do 20 udeležencev)
Aljoša Lapanja, dipl. zn.

Delavnice II. del moderator: Darko Loncnar

16.05–17.05 Skupina 4: **Tehnike obvladovanja pacienta z nasilnim vedenjem** (največ 20 udeležencev)
dr. Branko Gabrovec, mag. ing. log.

16.05–17.05	Skupina 5: **Poznavanje deeskalacijskih tehnik** (največ do 20 udeležencev) Aljoša Lapanja, dipl. zn.
16.05-17.05	Skupina 6: **Odziv zdravstvenega delavca na pritožbo pacienta** (do 20 udeležencev) Robert Sotler, dipl. zn., MSc

Petek, 13.2.2015

08.30–09.00	Registracija udeležencev

I. Sklop moderator: Petra Kodrič

09.00–09.45	**Kdo so težavni pacienti? Nasilje do zdravstvenih delavcev: pojavnost in posledice ter kako se zavarovati** dr. Andrej Kastelic, dr. med., spec. psih.
09.50–10.10	**Kako ravnati v primeru kršitev dolžnosti pacienta?** Robert Sotler, dipl.zn., MSc
10.15–10.55	**Pravna zaščita zdravstvenih delavcev ob nasilju pacientov s primeri sodne prakse** dr. Barbara Nerat, univ. dipl. prav.
10.55–11.10	Odmor
11.10–11.55	**Varovanje podatkov pri zdravstveni obravnavi ob soočenju zdravstvenih delavcev z nasiljem** Nataša Pirc Musar, univ. dipl. prav.
12.00–13.10	Kosilo

II. Sklop moderator: Branko Bregar

13.15–14.00	**Odnos s težavnimi pacienti** izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.
14.00–14.10	Odmor
14.10–15.00	**Lastna profesionalna naravnanost do pacienta, ki je težaven** izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.
15.00–15.20	Razprava, zaključek in podelitev potrdil

SVETOVALNO IN MOTIVACIJSKO DELO S PACIENTOM V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI

mag. Branko Bregar, dipl. zn., viš. pred.
Psihiatrična klinika Ljubljana, Fakulteta za zdravstvo Jesenice
branko.bregar@psih-klinika.si

Ključne besede: motivacijski intervju, zdravstvena nega, stil sporazumevanja.

Kako se pogovarjamo s pacienti? Kako vemo, da so cilji za pacienta privlačni in dosegljivi? In kako pridobimo paciente, da ciljem sledijo? Predvidevanje, da je pacient v stiski, ki prejme navodila in nasvete od strokovnjaka, tudi že motiviran za spremembo, je pogosto napačno. Pacient se velikokrat res v začetku zaveže k spremembi, vendar pa se pogosto zgodi, da se zavzetost pacienta za spremembo zmanjša. Zato so potrebni drugačni načini pristopa, ki niso konfrontirajoči za pacienta, kjer strokovnjaki ne uporabljajo direktivnih metod dela, ne dajejo navodil in nasvetov in v odnosu do pacienta ne dajejo vtisa velikega profesionalca itn. Ena od tovrstnih metod dela je motivacijski intervju (MI). Model sta predstavila v osemdesetih letih prejšnjega stoletja Miller in Rollnick. Drugi model, ki je skladen s prvim in pomemben za delo s pacientom, pri vzbuditi notranjo motivacijo oz. zavezanost k spremembi, je Prochaskov in DiClementejev model spreminjanja (Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model). Razumevanje obeh modelov je pomembno za učinkovitost dela na področju motiviranja pacientov k spremembam. Model spreminjanja govori o fazah spreminjanja, preko katerih gremo vsi, ki se odločimo za bolj ali manj pomembne spremembe v našem življenju. Vsaka faza (nezavedanje, zavedanje, odločitev, akcija, vzdrževanje, stabilno vedenje in recidiva) MI predvideva značilne tehnike pristopa strokovnjaka, saj so značilnosti pacienta v vsaki fazi drugačne. Cilj MI je priklic samomotivacijskih izjav ali govora o spremembah (»change talk«), kar nam kaže, da se pacient pomika proti cilju, (npr. »Želim,« »Hočem,« »Lahko,« »Bom,« »Razlog, zaradi katerega bom,« »Bom rešil problem« itn.), kajti več bo pacient govoril o spremembah, več bo o tem tudi razmišljal in v resnici bo tudi veliko večja možnost, da bo začel spreminjati vedenje. Po drugi strani pa moramo vedeti tudi, da je strokovnjak tisti, ki je katalizator v medosebnem odnosu s pacientom. Raziskave namreč med drugim dokazujejo, da je govor o spremembah povezan s stilom dela strokovnjaka. Večja verjetnost priklica govora o spremembah je pri pacientu v terapevtskem odnosu s strokovnjakom, ki uporablja veščine MI. Za uspešno delo v stilu MI upoštevamo načela ali principe MI (»spirits of MI«): 1.) partnerstvo (sodelovalni odnos, kjer se izogibamo vlogi eksperta), 2.) sprejemanje (upoštevamo avtonomijo klienta, da sam odloča o svojem življenju, postavljamo ga v vlogo zrelega posameznika, ki ima svoje resurse za rešitev problema), 3.) sočutnost (upoštevamo klientove interese), 4.) pacient sam je najboljši vir informacij za spremembo (najboljše rešitve oz. ideje prihajajo od pacienta samega). Pri izvajanju MI uporabljamo štiri osnovne tehnike: 1.) odprta vprašanja, 2.) afirmacije, 3.) poslušanje z refleksijo, 4.) povzemanje. Omenjene tehnike niso nič novega, kar ne bi bilo značilno tudi za druge svetovalne veščine oz. druge psihoterapevtske šole. Vendar pa je dokazano, da strokovnjaki še vedno v veliki meri uporabljajo direktivne, konfrontirajoče tehnike sporazumevanja kljub temu, da so se že izobraževali iz MI, kar pomeni, da je potrebno daljše usposabljanje iz MI, ki bi moralo sloneti predvsem na delavnicah, primerih iz prakse in superviziji z izkušenim strokovnjakom na tem področju.

Svetovalno in motivacijsko delo s pacientom v zdravstveni obravnavi

Branko Bregar

1

Kaj smo slišali doslej?

- SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI I. Šmarješke Toplice, 2012.
- SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI II. Strunjan, 2014.
- SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI, KI SO V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI TEŽAVNI III. Dolenjske Toplice, 2015.

2

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI I. Šmarješke Toplice, 2012.

- Usmerjeno na delo s pacienti, ki imajo bolezen odvisnosti

Velika priljubljenost med različnimi strokovnjaki, dobro raziskano področje (prepoznano od različnih strokovnjakov); Raziskave potrjujejo, da so motivacijske tehnike v kliničnih okoljih učinkovite pri zmanjševanju adiktivnih vedenj

Havard, Shakesaft, Sanson-Fisher, 2008; Schermer, Moyers, Miller et al., 2006; Longabaugh et al., 2001; Monti et al., 1999

3

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI I. Šmarješke Toplice, 2012.

- Teme so bile usmerjene na: bolezen odvisnosti; sporazumevanje idr.

Kastelic A. Uporabnost motivacijskega intervjuja v zdravstvu.
Ucman S. Psihološki vidiki odvisnosti od psihoaktivnih snovi.
Selič P. Dejavniki v komunikacijskem polju, povezani s kakovostjo medsebojnega sporazumevanja.
Rus Makovec M. Motivacijski intervju.
Blaževič S. Nekatera znanja in veščine, ki se uporabljajo pri delu z odvisnimi od psihoaktivnih snovi.

4

2012

5

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI II. Strunjan, 2014.

- Teme so bile usmerjene na: bolezen odvisnosti; sporazumevanje idr.

Maja Rus Makovec. Motivacijski intervju.

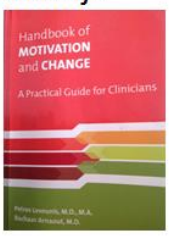
Polona Selič. Dejavniki v komunikacijskem polju, povezani s kakovostjo medsebojnega sporazumevanja.

6

2014

7

Publikacije

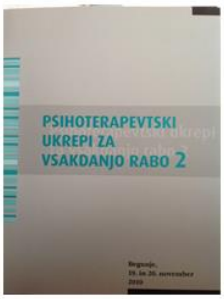


8

2009

9

2010



10

2011

11

2012

12

Kaj smo se naučili do sedaj???

Kaj je dobro, da si zapomnimo???

Kako prenesti ta znanja v vsakdanjo klinično prakso???

13

Nekatera dejstva, izhodišča za razmišljanje

Kako se sporazumevamo s pacientom v vsakdanji praksi?

Ko poznamo problem pacienta (zdravniška diagnoza, negovalna diagnoza ...), naredimo terapevtski načrt..., kako zagotovimo, da mu bo pacient sledil?

Zelo malo poudarka je na teh vsebinah v obstoječih študijskih programih – čeprav gre za nujno potrebne bazične klinične veščine.

Levounis, Arnaout, 2010

14

Motivacijski intervju - nekatera dejstva, izhodišča za razmišljanje

Raziskano je, da je zavzetost za zdravljenje slaba pri najrazličnejših kroničnih boleznih (obvladovanje hipertenzije, sladkorne bolezni, duševne motnje, bolezni odvisnosti ...)

Zgrešeno predvidevanje je - ko je pacient v stiski in dobi ustrezna navodila, da je že pripravljen na spremembo in bo sledil terapevtskemu načrtu.

Levounis, Arnaout, 2010

15

Motivacijski intervju - nekatera dejstva, izhodišča za razmišljanje

Danes je zelo pomembno, da obvladujemo rizične dejavnike za bolezni, ki predstavljajo velike probleme javnega zdravja (uporaba alkohola, kajenje, zdravo gibanje, zdrava prehrana ...)

Nezdrava vedenja je zelo težko zamenjati za zdrava (pogosto pacienta ni dovolj samo prestrašiti in mu dati ustrezna navodila)!!!

Levounis, Arnaout, 2010

16

Motivacijski intervju - nekatera dejstva, izhodišča za razmišljanje

Metode in veščine MI se lahko uporabijo pri vseh posameznikih, pri katerih moramo doseči, da sledijo določenemu terapevtskemu programu.

Levounis, Arnaout, 2010

17

Danes poznamo dva sodobna modela, poznavanje katerih omogoča strokovnjaku učinkovitejše delo

1. Miller and Rolnick's MI
2. Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model

(Miller, Rolnick, 1991, 2002; Prochaska, DiClemente, 1984)

18

Motivacijski intervju

Raziskano je, da je MI uporaben ZA PACIENTA

1) Pacienta pridobimo za zdravljenje
2) Pacienta motiviramo za spremembo vedenja

STROKOVNJAK pri tem

1) Uporablja veščine s katerimi pacienta pripelje do želenega cilja
2) Uporablja OARS (zmanjša uporabo zaprtega komuniciranja, prepričevanja in konfrontacije)

STIL SPORAZUMEVANJA Z UPORABNIKI, PACIENTI IDR.

Levounis, Arnaout, 2010; Ball et al., 2007; Hettema et al., 2003; Burke et al., 2003; Borsari, Carey, 2000)

19

Motivacijski intervju

Pomembno za razumevanje MI

Za osebo, ki se nahaja v ambivalenci pri odločitvah za spremembo svojega vedenja, VELJA da "predpisana" navodila (dajanje navodil, predpisovanje terapevtskega načrta) izzovejo odpore in zmanjšajo verjetnost spremembe.

Nasprotno pa je večja verjetnost spremembe pri osebi, ki se za spremembo odloči sama (oz. čuti, da gre za njeno odločitev!)!!!

(Miller, Rolnick, 2002)

20

Motivacijski intervju

Večja verjetnost spremembe je tudi pri osebah, ki se glede svojega vedenja nahajajo v "konfliktu" - sprašujejo se, ali je OKAY ali ni?

KOGNITIVNA DISONANCA

CILJ, kadar se oseba nahaja v konfliktu glede svojih odločitev, je ta konflikt rešiti!!!

Pri tem so pomembne veščine, ki jih uporablja strokovnjak.

(Miller, Rollnick, 2002)

21

Motivacijski intervju

Značilnosti MI:

1) Je NAČIN medosebnega sporazumevanja s katerim povečamo možnosti za spremembe
2) Sodelovanje, partnerstvo
3) Poudarek je na skupnem (sodelovalnem) delu s strokovnjakom (odločitev – cilj in strategija)
4) Strokovnjak ustvarja ozračje obojestranskega sporazumevanja in spoznavanja z odprto komunikacijo
5) Pacient daje izjave, kaj je pomembno zanj, izraža svoje vrednote

   Poudarek je na odprtih vprašanjih, poslušanjem z refleksijo v nasprotju z zaprtimi vprašanji in navajanji dejstev!
5. Spoštujemo odločitve pacienta, ki se odloča za spremembo svojega vedenja!!!
6. **Spoznavamo svet pacienta, ki ga ne poznamo!**

(Miller, Rollnick, 2002)

22

Motivacijski intervju

MI je osnovan na prepričanjih (SPIRITS OF MI):

- Sodelovanje
- Odkrivanje lastnih sposobnosti in virov, ki podpirajo spremembo
- Avtonomija

(Miller, Rollnick, 2002)

23

Motivacijski intervju

Splošna načela (REDS):

- Upravljanje z odpori
- Podpora samoučinkovitosti
- Razvijanje neskladnosti
- Izražanje empatije

(Miller, Rollnick, 2002)

24

CILJ MI

IZJAVE, KI PODPIRAJO ALI NAKAZUJEJO PRIPRAVLJENOST, ZAVEZANOST, ŽELJO, SPOSOBNOST, POTREBO PACIENTA K SPREMEMBI!!!
=
CHANGE TALK

25

CILJ MI

ZAVEZANOST PACIENTA K ODLOČITVI ZA SPREMEMBO

26

AMBIVALENCA

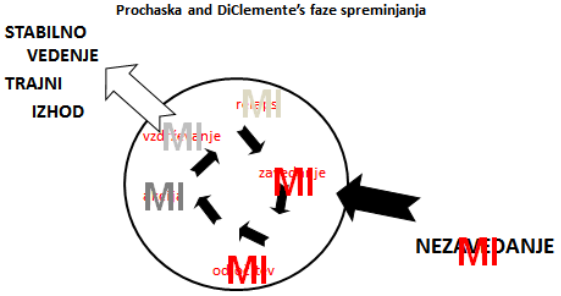
AMBIVALENCA JE NORMALNO PRISOTNA PRI SPREMINJANJU VEDENJA

VEŠČINE **MI** OMOGOČAJO SPRETNO UPRAVLJANJE Z AMBIVALENCO

VSAK POSAMEZNIK IMA RAZLOGE, DA SE NE SPREMENI, TAKRAT UPORABIMO SPOSOBNOST POSLUŠANJA BREZ NAVAJANJA OČITKOV

27

Prochaska and DiClemente's faze spreminjanja



(Miller&Rollinck, 1991)

28

Značilnost modela spreminjanja je, da vsaka faza zahteva različen pristop oz strategije za dosego cilja – da pacient preide v višjo fazo.

Faza nezavedanja – pacient, ki je odklonilen do spremembe, oz. se ne zaveda, da je vedenje problem= dajemo informacije (o krvnih testih, stanju jeter idr.) = večja verjetnost, da bo sam začel razmišljati o trenutnem vedenju kot problemu

29

FAZA NEZAVEDANJA

Posameznik ne priznava, da obstaja problem, ki ga je potrebno spremeniti

Različno dolga faza pri posameznikih (tudi leta...)

Pri posamezniku je prisotno nezavedanje o problemu ali pa se zavedajo ampak vidijo več razlogov, zakaj se ne spremeniti

Problematični posameznik v fazi nezavedanja ali problematičen prekontempletor je nekdo, ki je vseskozi v odporih in v zanikanju.

30

FAZA NEZAVEDANJA

DiClemente (1991) je opisal štiri prekontempletorje - posamezniki, ki so v odporih do spremembe:

Posamezniki, ki so Nepripravljeni/nasprotujejo

Uporniki

Posamezniki, ki se vdajo v situacijo

Racionalneži

31

Značilnosti dela v fazi nezavedanja

- Pomikanje proti cilju je počasno
- Razvijamo zaupanje, sodelovanje
- Zato uporabljamo odprto komunikacijo
- Zavedanje, da obstajajo različne rešitve – lahko je katera privlačna za posameznika
- Pristop MI je proces narediti zdravljenje privlačno
- Ne konfrontiramo posameznika
- Razvijamo neskladje med življenjem sedaj in življenjem, ki si ga želi klient v prihodnosti
- UMIRJAMO AMBIVALENCO

32

Faza zavedanja

- Zavedanje, da PROBLEM obstaja
- Različno dolgo faza
- Prisotna ambivalenca

33

Faza PRIPRAVLJENOSTI oz. ODLOČITEV za spremembo

Faza AKCIJE

Faza VZDRŽEVANJA

Faza RELAPSA

34

Motivacijski intervju

MI ni samo izražanje empatije ali simpatije, niti ni samo v pacienta usmerjena metoda, ampak govorimo o spretnosti strokovnjaka, da zna pacienta AKTIVNO PREPRIČEVATI pri odločitvah za dosego spremembe vedenja!!!

Kje so meje uporabe MI???

(Miller, Rollnick, 2002)

35

Motivacijski intervju

Učenje MI:

1) Razne oblike delavnic
2) Uporaba veščin s supervizijo
3) Učenje iz knjig in poslušanje intervjujev ter analiza tega
https://www.youtube.com/watch?v=s3MCJZ7OGRk
4) Idr.

(Walters et al., 2005)

36

KAKO RAVNATI V PRIMERIH, KO PACIENT KRŠI SVOJE DOLŽNOSTI

Sotler Robert, dipl. zn., MSc, viš. pred.
Splošna bolnišnica Brežice
robert.sotler@gmail.com

Ključne besede: medicinska sestra, pacient, dolžnosti.

Zaposleni v zdravstvu se občasno soočajo s pacienti, ki so do njih neobzirni ali celo žaljivi, zato jih lahko opredelimo kot domnevne kršitelje zakonskih dolžnosti. V Sloveniji je od leta 2008 v veljavi Zakon o pacientovih pravicah, katerega namen je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju ter spoštovanju med vsemi udeleženci, vključenimi v zdravstveno obravnavo. Na enem mestu so tako pregledno urejene splošne pravice uporabnikov zdravstvenih storitev in vsi pritožbeni postopki. Samo v enem členu zakona, t.j. v 54. členu, je opredeljeno, da imajo tudi pacienti dolžnosti, med drugim, da morajo biti obzirni in spoštljivi do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev. Zakon o pacientovih pravicah pa ne opredeljuje nikakršnih sankcij zoper domnevne kršitelje zakonskih dolžnosti, zato se zaposleni v zdravstvu pogosto soočajo z dilemo, kako ravnati v teh primerih. Pacientom, domnevnim kršiteljem, se ne sme omejevati nobene od pravic, ki jih določa zakon. V predstavitvi bo predstavljen nabor pravic in dolžnosti pacientov, potek pritožbenih postopkov in načini priprav na posamezne obravnave. Podane bodo tudi nekatere usmeritve in tehnike, kako se odzvati v primerih, ko pacienti očitno kršijo svoje dolžnosti.

OSEBNOSTNE MOTNJE IN TVEGANJE NASILNEGA VEDENJA

Sara Bahovec, univ. dipl. psih., specializantka klin. psih.
Psihiatrična klinika Ljubljana
bahovecs@gmail.com

Ključne besede: osebnostne motnje, osebnostne dimenzije, tveganje nasilnega vedenja.

Osebnostne motnje po definiciji Ameriškega psihiatričnega združenja (2000) predstavljajo trajen vzorec notranjega doživljanja in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja, manifestirajo pa se na naslednjih (vsaj dveh) področjih: mišljenju, čustvovanju, medosebnih odnosih ali kontroli impulzov. Niso rezultat psihofizioloških efektov niti substanc oz. splošnega somatskega stanja niti drugih duševnih motenj. Ti vzorci so bolj ali manj trajni, neprilagodljivi in nespremenljivi, pojavljajo pa se že v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odraslo dobo. Vodijo h klinično pomembnim, subjektivnim težavam ali oškodovanostim (na socialnem, zaposlitvenem in drugih področjih posameznikovega delovanja). Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM-5, DSM-IV) razvršča kriterije desetih osebnostnih motenj, razdeljenih v tri skupine ali klastre z ozirom na podobne simptome. Tako se v skupini A, opredeljeni kot "čudaštvo/ekscentričnost" nahajajo shizoidna, paranoidna in shizotipska osebnostna motnja. V skupini B se nahajajo osebnostne motnje, ki jim je skupna "dramatičnost/impulzivnost", kot so histrionična osebnostna motnja, antisocialna osebnostna motnja, mejna in narcisistična osebnostna motnja. V skupini C, ki jo opredeljuje "tesnoba/strah", pa najdemo izogibajočo, odvisnostno in obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo.

Vendar osrednji namen obravnavane tematike ni podrobno razvrščanje in opisovanje posameznih osebnostnih motenj, temveč osvetliti te z vidika potencialnega tveganja nasilnega vedenja. Osebe iz skupine A naj bi bile manj nagnjene k nasilju kot osebe iz skupine B, a jih mestoma sumničavost, bizarne oblike mišljenja in umik iz socialnega okolja lahko vodijo tudi po tej poti. Skupina B naj bi bila najtesneje povezana s kriminalnim vedenjem in nasiljem kot tudi z zlorabo alkohola in prepovedanih drog. Najmanj nasilnih tendenc se povezuje s skupino C, saj že opredeljenost motenj v tem klastru s tesnobo in strahom, podrejenostjo ter visoko izraženo potrebo po varnosti negativno korelira z jezo in nasiljem. Ob doživetem strahu pred zapustitvijo ali zavrnitvijo pa se lahko tudi pri teh posameznikih sprožita jeza in bes.

Sicer pa je že marsikatera raziskava ponudila jasne dokaze o povezanosti osebnostnih motenj (OM) s pomembnim kliničnim tveganjem nasilnega vedenja, kar določa OM kot pomemben dejavnik pri oceni tveganja nasilja tako v zavodih za prestajanje kazni zapora kot v bolnišničnem okolju. Ko poskušamo opredeliti tveganje nasilja, se osredotočamo predvsem na štiri temeljne osebnostne dimenzije: 1.) kontrolo impulzov, 2.) regulacijo afekta, 3.) ogroženost egocentrizma in narcisizma ter 4.) paranoidni kognitivni osebnostni slog.

Iz povedanega izhaja, da so simptomi osebnostne motnje ustreznejši pokazatelji nasilnega vedenja kot osebnostna motnja sama po sebi. Takò nasilje, povezano z OM, raje obravnavajmo ločeno od psihiatrične diagnoze, v ospredje pa postavimo sindrom nasilja in ne sindrom diagnoze. Ob tem pa ne smemo pozabiti na tri pomembna izhodišča pri iskanju povezave med osebnostnimi motnjami in nasilnim vedenjem, in sicer, da so osebnostne motnje egosintone (se pravi, osebe ne iščejo psihološke pomoči, ampak če že, potem le z namenom ublažitve simptomov), da so pri večini nasilnih pacientov z OM prisotna komorbidna stanja oz. pridružene motnje, zdravljenje katerih zmanjša tveganje nasilnega

vedenja, in da je nasilno vedenje oziroma tveganje nasilnega vedenja pogosto povezano z zlorabo psihoaktivnih substanc (zdravljenje odvisnosti pri zlorabi PAS zmanjša tveganje nasilja, pri uspešnosti rehabilitacije oz. prognoze le-te pa je OM otežujoč dejavnik).

Osebnostne motnje in tveganje za nasilno vedenje

Sara Bahovec, univ.dipl.psih, specializantka klin. psih.
CZOPD, PKL

Definicija...

- Osebnostne motnje po definiciji predstavljajo trajen vzorec notranjega doživljanja in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja in se manifestirajo na naslednjih (vsaj dveh) področjih: mišljenju, čustvovanju, medosebnih odnosih ali kontroli impulzov. Niso rezultat psihofizioloških efektov ali substanc oz. splošnega somatskega stanja ali drugih duševnih motenj. Ti vzorci so bolj ali manj trajni, neprilagodljivi in nespremenljivi, pojavljajo se že v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odrasli dobi. Vodijo h klinično pomembnim subjektivnim težavam ali oškodovanostim (na socialnem, zaposlitvenem in drugih področjih posameznikovega delovanja; DSM-IV, 1994).

Osebnostne motnje

DSM-IV (DSM-5)

- **Skupina A: "Čudaštvo/Ekscentričnost"**
  - Shizoidna osebnostna motnja*
  - Paranoidna osebnostna motnja*
  - Shizotipska osebnostna motnja
- **Skupina B: "Dramatičnost/Impulzivnost"**
  - Histrionična osebnostna motnja*
  - Antisocialna osebnostna motnja
  - Mejna osebnostna motnja
  - Narcisistična osebnostna motnja
- **Skupina C: "Tesnoba/Strah"**
  - Izogibajoča osebnostna motnja
  - Odvisnostna osebnostna motnja*
  - Obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja

ICD-10

- **F60.0 Paranoidna osebnostna motnja (eksplozivno paranoidna, fanatična, kverulantska, paranoidna, senzitivno blodnjava)**
- **F60.1 Shizoidna osebnostna motnja**
- **F60.2 Disocialna osebnostna motnja (amoralna, antisocialna, asocialna, psihopatska, sociopatska)**
- **F60.3 Čustveno neuravnovešena osebnostna motnost (egrasivna, borderline, eksplozivna)**
- **F60.4 Histrionična osebnostna motnja (histerična, psihoinfantilna)**
- **F60.5 Anankastična osebnostna motnja (kompulzivna, obsesivna, obsesivno-kompulzivna)**
- **F60.6 Bojazljivostna (izmikajoča se) osebnostna motnja**
- **F60.7 Odvistnostna osebnostna motnja (astenična, nezadostnosti, pasivna, melodušnosti)**
- **F60.8 Druga specifična osebnostna motnja (ekscentrična, tipa "halflos", nezrela, narcistična, pasivno agresivna, psihonevrotska)**
- **F60.9 Osebnostna motnja, neopredeljena (karakterna nevroza, patološka osebnost)**
- **F21 Shizotipska motnja**

[redacted]

- ... na kratko o značilnostih...
  - ... pomembnih za povezavo med OM in tveganjem za nasilno vedenje...

Shizoidna OM

- Nezanimanje za socialno okolje in neizražanje čustev v odnosih
- Pomanjkanje želje in odsotnost zadovoljstva v bližnjih medosebnih odnosih, vključujoč družino
- Izbiranje samotarskih dejavnosti
- Manj oz. pomanjkanje interesa za seksualne izkušnje z drugo osebo
- Pomanjkanje zanimanja za različne dejavnosti
- Pomanjkanje prijateljev in zaupnikov izven primarne družine
- Indiferentnost do pohvale ali kritike drugih
- Čustvena hladnost, odmaknjenost ali splitveno čustvovanje

- **Psihični status**: so anksiozni, izogibajo se očesnemu kontaktu, z malo obrazne mimike, so sodelujoči, ampak dajejo malo informacij. Afekt je lahko splitven, lahko so disforični. Mišljenje je brez formalnih in vsebinskih motenj.
- **Kritične situacije za dekompenzacijo (depresija, psihoza-redko)**: delo v timu, nastopanje v javnosti...

Shizotipska OM

Trajen vzorec slabšega funkcioniranja v socialnem okolju in medosebnih odnosih - zaradi zmanjšanih kapacitet za globlje odnose z drugimi, kognitivnih in perceptualnih distorzij in ekscentričnega vedenja.

1. Nanašalne ideje (izključene so nanašalne blodnje)
2. Nenavadna verovanja ali magično mišljenje, ki vpliva na vedenje in se ne ujema s subkulturnimi normami (vraževerje, verovanja v jasnovidnost, telepatija, "šesti čut"; pri otrocih in adolescentih bizarne fantazije ali preokupacije)
3. Nenavadne zaznavne izkušnje vključujoč telesne iluzije
4. Nenavadno mišljenje in govor (stereotipno, metaforično...)
5. Sumničavost ali paranoidne ideje
6. Neustrezen ali hladen čustveni ton
7. Nenavadno, ekscentrično vedenje
8. Pomanjkanje prijateljev in zaupnikov izven primarne družine
9. Pretirana socialna anksioznost, ki izvira iz paranoidnih strahov bolj kot iz nizke samopodobe

- **Psihični status**: Prisotne so paranoidne ideje, magično mišljenje, iluzije in dizopsije, uporabljajo neologizme. Vraževerni so, verjamejo, da imajo posebne sposobnosti mišljenja in vpogleda.
- **Kritične situacije za dekompenzacijo (depresija, kratke psihotične epizode z možnosti prehoda v shizofrenijo)**: če jih siliš izpostavljanju, druženjem

Paranoidna OM

A. Sumničavost in nezaupljivost do drugih, ker njihove motive interpretirajo kot zlonamerne.

1. Sumi brez realne osnove, da so drugi izkoriščevalni in škodoželjni
2. Preokupiranost z neupravičenimi dvomi o lojalnosti prijateljev
3. Ne zaupajo nikomur, ker jih je strah, da bo informacija izkoriščena proti njim
4. V vsem najdejo skrita in ogrožujoča sporočila
5. Neprestano so nezadovoljni
6. Občutja napadenosti "za vsako malenkost" in posledične jezave reakcije ter kontranapadi
7. Ponavljajoča se sumi - brez osnove - o zvestobi partnerja

B. Ne pojavlja se skupaj s shizofrenijo, motnjami razpoloženja s psihotičnimi simptomi ali drugimi psihotičnimi motnjami, tudi ni posledica telesne bolezni

- **Psihični status**: Napeti, sumničavi, zelo resni, nimajo smisla za humor. Mišljenje in govor sta usmerjena k cilju in logična. V vsebini mišljenja najdemo projekcije, predsodke in občasno nanašalne blodnje.
- **Kritične situacije za psihično dekompenzacijo (psihotična dekompenzacija v smislu blodnjave motnje; anksioznost):** ko mislijo in ko so dejansko ogroženi, ko se potrdijo njihovi sumi

Antisocialna OM

Trajen vzorec neupoštevanja drugih in nasilja.

1. Neupoštevanje družbenih norm, ki so zakonsko določene in posledično ponavljanje kaznivih dejanj
2. Varanje, ponavljajoče se laganje, izkoriščanje drugih za lastno korist ali zadovoljstvo
3. Impulzivnost ali nezmožnost vnaprejšnjega planiranja
4. Iritabilnost in agresivnost, za katero je značilno fizično nasilje
5. Nemarno zanemarjanje varnosti sebe in drugih
6. Dosledna neodgovornost v obliki ponovljenega opuščanja stalnega dela ali neizpolnjevanja finančnih obveznosti
7. Pomanjkanje obžalovanja in kesanja, ravnodušnost in prazno izgovarjanje po storitvi hudodelstva (namerne poškodbe, tatvine...)

- **Psihični status:** pokončne drže, delujejo sproščeno, poskušajo impresionirati, lahko so odkrenljivi, ni opaziti formalnih motenj mišljenja, grandiozni, krivijo okolje za svoje probleme.
- **Kritične situacije za dekompenzacijo (avto in heteroagresivno vedenje; zloraba PAS; depresija?; anksioznost?):** če ga dobijo, da krši, če se čuti prikrajšanega. Pri zdravniku je, ker misli, da mu nekaj pripada.
- postavljanje meja, terapevtski dogovor, ki ga ne smemo nikakor prekršiti!

Mejna OM

Trajen vzorec nestabilnosti v medosebnih odnosih, v predstavi o sebi, afektu in značilna impulzivnost.

1. "Divji" poskusi preprečevanja resnega ali namišljenega zapuščanja (ni vključeno samomorilno ali samopoškodbeno vedenje iz točke 5)
2. Vzorec nestabilnih in intenzivnih medosebnih odnosov, za katere je značilno nihanje med idealizacijo in razvrednotenjem
3. Problemi identitete
4. Impulzivnost na vsaj dveh področjih, ki sta potencialno samouničujoči (zapravljanje, seks, zloraba PAS; nevarna vožnja, prenajedanje). Ni vključeno samomorilno ali samopoškodbeno vedenje iz točke 5
5. Ponavljajoče se samomorilno vedenje ali samopoškodbeno vedenje
6. Čustvena nestabilnost (iritabilnost; anksioznost ponavadi traja nekaj ur, redko več kot nekaj dni)
7. Kronično občutje praznine
8. Neustrezna, intenzivna jeza in težave pri kontroli jeze
9. Prehodne, s stresom povezane paranoidne ideje ali disociativni simptomi

- **Psihični status**: od majhnega se kronično počutijo prazni, kot "mikro bipolarna motnja", vedno so v krizi, čustveno nestabilni, impulzivni, depresivni, suicidalni,...
- **Kritične situacije za dekompenzacijo (depresija, impulzivnost, kratke psihotične epizode):** za njih je vse rizično (vse, kar jih privlači in vse, kar jih odbija), posebej, če se čutijo zavrnjeni

Histrionična OM

Trajen vzorec pretiranega izražanja čustev in iskanja pozornosti.

1. Neprijetno počutje v situacijah, v katerih ni v centru pozornosti
2. Interakcije z drugimi se navadno kažejo kot neustrezno seksualno in provokativno vedenje
3. Labilno čustvovanje
4. Uporaba zunanjega videza za zbujanje pozornosti
5. Impresiven način govora
6. Teatralnost, dramatiziranje, pretirano izražanje čustev
7. Sugestibilnost
8. Jemljejo odnose bolj intimno, kot dejansko so

- **Psihični status:** teatralni, zelo sodelujoči, mišljenje je lahko tangencialno ali cirkumstancialno, brez vsebinskih motenj mišljenja.
- **Kritične situacije za dekompenzacijo (somatizacija in konverzivne motnje, depresija):** če oni mislijo, da so zavrnjeni → akutna stresna motnja; pri moških → ko dobijo otroka...

Narcisistična OM

Trajen vzorec grandioznosti, potreba po občudovanju, pomanjkanje empatije.

1. Pretiran občutek lastne pomembnosti in kompetentnosti
2. Preokupirani so s fantazijami o brezmejnem uspehu, moči, lepoti, idealni ljubezni
3. Verjamejo, da so edinstveni in da jih lahko razumejo samo ljudje z visokim statusom
4. Potrebujejo občudovanje drugih
5. Spoštujejo le avtoritete
6. Izkoriščevalni z namenom doseganja lastnih ciljev
7. Pomanjkanje empatije
8. Pogosto so ljubosumni na druge oz. mislijo, da so drugi ljubosumni na njih
9. Arogantni

17

- **Psihični status**: avtoritativne drže, sodelujoči, dokler gre intervju v smeri njihovih pričakovanj, grandiozni, mišljenje je formalno urejeno.
- **Kritične situacije za dekompenzacijo (depresija)**: situacije, ki prizadanejo ego (odvisno od vrednot) → NARCISISTIČNA TRAVMA

18

Izogibajoča se OM

Trajen vzorec socialne inhibicije, občutja manjvrednosti in preobčutljivosti za odklonitev in kritiko.

1. Izogibanje aktivnostim, ki vključujejo medosebne kontakte zaradi strahu pred kritiko in nesprejemanjem
2. Izogibajo se kontaktu z ljudmi, dokler niso prepričani, da so jim všeč
3. Zadržanost v medosebnih odnosih
4. Nenehen strah, da bodo kritizirani ali odklonjeni v socialnih situacijah
5. Inhibirani so v novih odnosih, ker se počutijo manjvredno
6. Sebe vidijo kot socialno neustrezne, nezanimive drugim, inferiorne v odnosu do drugih
7. Izogibajo se vsakem riziku ali aktivnostim z namenom, da ne bi bili osramočeni

19

- **Psihični status:** v videzu ne izstopajo, lahko so anksiozni (izražajo anksioznost vezano na odnose z drugimi), so splitvenega afekta, preobčutljivi na okolico, lahko je prisotna blaga nanašalnost, tangencialnost ali cirkumstancialnost v mišljenju, pri tem imajo lahko delen uvid v svoje izmikajoče se vedenje, verjetnost za avto/heteroagresijo se poveča s komorbidnostjo iz I osi, sicer sami po sebi nimajo teh tendenc
- **Kritična situacija za dekompenzacijo (depresija, anksioznost) :** če jih silimo v stike z drugimi; če jih silimo v samostojnost; veliko "pijejo"

20

Odvisnostna OM

Trajna in pretirana potreba po vodenju in skrbi s strani drugih ter podrejeno obnašanje, strah pred separacijo.

1. Težave pri sprejemanju vsakodnevnih odločitev, ne da bi ob tem dobil-a nasvet ali potrditev s strani drugih
2. Potreba, da drugi prevzamejo odgovornost za večino področij v njihovem življenju
3. Težave pri izražanju nestrinjanja z drugimi v strahu, da bi izgubili podporo in potrditve (sem ne spadajo realni strahovi-npr. pred kaznovanjem)
4. Težave pri začenjanju projektov in samostojnem delovanju (zaradi pomanjkanja zaupanja vase pri odločitvah in sposobnostih in ne kot posledica pomanjkanja energije in motivacije)
5. Vlaganje veliko truda v vzdrževanje podpore s strani drugih; gredo lahko tako daleč, da prostovoljno opravljajo stvari, ki so jim celo neprijetne
6. Občutki neugodja in nebogljenosti, ko ostanejo sami in to zaradi pretiranih strahov, da ne bodo zmogli poskrbeti zase
7. Intenzivno iskanje novega partnerstva kot vira skrbi in podpore v primeru izgube starega
8. Nerealni strahovi pred zapustitvijo s strani drugih in preokupacija s temi strahovi

21

- **Psihični status:** videz - večinoma nevpadljiv; lahko so anksiozni, lahko je prisoten tremor,..., sicer so sodelujoči; afekt ustrezen, v mišljenju je prisotna pasivnost, drugim prepuščajo odločitve, ne izražajo svojega mnenja, vsebinskih motenj mišljenja ni (z izjemo tangencialnosti, circumstancialnosti in obširnosti v mišljenju), brez motenj zaznavanja (kadar so prisotne pomisliti na vpliv PAS!). Delen uvid v svoje stanje, večinoma se niso pripravljeni soočati s svojo "odvisnostjo od drugih". Brez avto/heteroagresivnih tendenc – izjema komorbidnost z motnjami I osi, zlorabo PAS, somatsko boleznijo; ko so zapuščeni.
- **Kritična situacija za dekompenzacijo (depresija) :** kadar morajo sami sprejeti odločitev, izguba partnerja, sprejem odgovornosti, izguba podpore; npr."drži" se bodo partnerja, ki jih pretepa; pozno ali sploh ne gredo od doma

22

Obsesivno-kompulzivna OM

Trajen vzorec in preokupacija z redom, perfekcionizmom, mentalno in interpersonalno kontrolo na račun fleksibilnosti in učinkovitosti.

1. Prezaposlenost z detajli, pravili, seznami, redom, organizacijo ali urniki do take mere, da se izgubi glavni namen aktivnosti
2. Perfekcionizem, ki moti do te mere, da bi dokončali neko nalogo
3. Pretirana predanost delu in učinkovitosti, izključevanje prostočasnih aktivnosti in prijateljstev (ni v povezavi z določenimi ekonomskimi potrebami)
4. Pretirana vestnost, natančnost in nefleksibilnost glede vsebin, ki se dotikajo morale, etike, vrednot (ni del kulturološke ali verske pripadnosti)
5. Nezmožnost zavreči neuporabne, ničvredne stvari, tudi če nimajo nobene sentimentalne vrednosti
6. Nasprotovanje podeljevanju nalog ali zavračanje sodelovanja z drugimi, če drugi ne delajo točno na takšen način, ki se zdi njemu/njej pravilen
7. Stil življenja, ki zahteva minimalno zapravljanje; denar smatrajo kot nekaj, kar se hrani za "katastrofe" v prihodnosti
8. Rigidnost v svojih prepričanjih (trdoglavost)

23

- **Psihični status:** govorica telesa ni izražena, malo je obrazne mimike, navadno oni vodijo/kontrolirajo intervju, afekt je slabo razgiban (sicer pa lahko izražajo jezo), govor je monoton. Podrobno opisujejo dogodke brez emocionalnih "dodatkov". Vsebina mišljenja večinoma bp (pogosto circumstancialno, obširno); brez zaznavnih motenj. Slab uvid v svoje stanje, težko sprejmejo vrednosti čustvenega življenja, težko spremenijo svoj "deloholizem". Brez avto/heteroagresivnih tendenc - izjema porušenje obramb s komorbidnostjo iz I osi, zlorabo PAS ali situacijska kriza, ki izzove bes
- **Kritična situacija za dekompenzacijo:** če so šefi; če imajo opravka s pravili

24

- Osebnostne motnje so egosintone (osebe ne iščejo psihološke pomoči oziroma le z namenom ublažitve simptomov)
- Pri večini nasilnih pacientov z OM so prisotna komorbidna stanja – pridružene motnje (zdravljenje teh stanj zmanjša tveganje za nasilno vedenje)
- Nasilno vedenje/tveganje za nasilno vedenje je pogosto povezano z zlorabo PAS (zdravljenje odvisnosti, zlorabe PAS zmanjša tveganje za nasilje, glede uspešnosti rehabilitacije/prognoze pa je OM prej otežujoč dejavnik)

25

- OM so pomemben dejavnik pri oceni tveganja za nasilno vedenje (Esbec, Echeburúa, 2010) tako v zavodih za prestajanje kazni zapora kot v bolnišničnem okolju.

26

Diagnoza OM je seveda lahko dejavnik tveganja za nasilno vedenje, a...

- Večina oseb z OM ni nasilnih in nikoli niso bili
- Večkrat so žrtve kot napadalci, odvisno od stopnje nemoči, nezmožnosti se zaščititi
- OM ni opredeljena kot nasilna
- OM sama po sebi apriori ne določa nasilnega vedenja

- Nasilje povezano z OM obravnavamo ločeno od diagnoze, v ospredju je sindrom nasilja ne sindrom diagnoze

27

Dejavniki, ki povezujejo OM z nasilnim vedenjem

- Kontrola impulzov (impulzivnost)
- Regulacija čustev
- Egocentrizem in narcisizem (ogroženost)
- Paranoidni kognitivni stil

- SIMPTOMI OM POMEMBNEJŠI PREDIKTORJI KOT DIAGNOZA OM

28

Drugi dejavniki....

- PAS
- Travma
- Vpliv novih tehnologij, medijev
- Neuspehi → nizka samopodoba, samospoštovanje, občutki ponižanja, sramu, impotence
- .....
- Situacijske spremenljivke, ki določajo vedenje posameznika, njegov pričakovan/nepričakovan odziv odvisno od konteksta in sovpadanja pomembnih dejavnikov.

29

Nasilno vedenje ← jeza (bes, zamera, razdražljivost)
Sprožilci (področja)...

- Nezaupljivost, fanatizem, patološko ljubosumje, maščevanje (paranoidna OM)
- Odpor do telesnega stika z drugimi osebami (shizoidna OM)
- Slaba frustracijska toleranca, neizpolnitev pričakovanj glede vedenja drugih do te osebe (narcisistična OM)
- Uporaba obrambnih mehanizmov za sprostitev notranje napetosti (npr. razcepa) ali strah pred izgubo (mejna OM)
- Občutek izločenosti ali zavrnitve s strani drugih (izogibajoča OM)
- Občutek dolgčasa, dehumanizacija drugih, potreba po moči, pomanjkanje empatije (disocialna OM)
- Intenzivna potreba po pozornosti, biti del skupine (histrionična OM)
- Motnje mišljenja, bizarna doživljanja (shizotipska OM)

30

Kategorije nasilja povezanega z OM, ki lahko pripomorejo k izbiri ustreznih tehnik obvladovanja/zdravljenja

- Namerno, instrumentalno (disocialna, narcisistična – pomanjkanje empatije)
- Namerno, neinstrumentalno (vzburjenje, stimulacija, "tarča" je naključna, a vedenje namerno)
- Namerno, ciljano, tudi z namenom obrambe (odvisnostne, izogibajoče, shizoidne osebnostne poteze zvišajo tveganje)
- Ciljano, impulzivno (paranoidno, narcisistično, "borderline" - ponižanje, zavrnitev)
- Neciljano, impulzivno kot beg, izhod, umik iz čustvene stiske (šibka osebnostna struktura, dekompenzacija, neustrezni vedenjski vzorci, nezrele obrambe)
- Slučajno, a namerno (občutek moči)
- Nasilje povezano z izgubo, zavrnitvijo, zapustitvijo ali strahom pred tem ("borderline", odvisnostna, paranoidna)
- Nasilje vezano na sumničavost, preganjalne misli, napačne predstave (paranoidne, narcisistične osebn. poteze)

31

"Politična diagnoza"

- 1983 je angleška vlada pripisala tolikšno pomembnost tveganja za nasilje osebam z osebnostnimi motnjami, da je predstavila koncept Nevarne osebe z osebnostno motnjo (Dangerous People with Severe Personality Disorder), iz katerega je izšel tudi pojem "politična diagnoza".

32

Raziskave in študije povezanosti nasilnega vedenja in OM

- Maloštevilnost raziskav je odraz omejitev v splošni diagnostični nomenklaturi in dejstva, da je antisocialna OM v tem kontekstu bolj izpostavljena, bolj pod drobnogledom kot ostale OM
- Časovni okvir postavitve diagnoze? (pred nasilnim vedenjem/po tem kot osnova za postavitev diagnoze)
- Pomembnost razlike med nasilnim vedenjem in sovražnim/agresivnim vedenjem
- Metodologija, viri podatkov
- Kar morda pojasni nasilje pri nekom z OM ne opredeli tveganja zanj pri drugi osebi z enako diagnozo

33

Raziskave

- ***Fazel&Danesh (2002):*** sistematičen pregled 62-tih študij iz 12-tih držav med letoma 1996 in 2001 v zavodih za prestajanje kazni zapora
- vzorec 22.790 oseb(18.530 moških in 4.260 žensk)
- prevalenca OM: moški 65%, od tega 47% antisocialna OM; ženske 42%, od tega 21% antisocialna OM in 25% mejna OM

34

- ***Coid et al (2006)***:
- reprezentativen vzorec splošne populacije v VB
- prevalenca 4,4% OM (moški 5,4%, ženske 3,4%)
- OM klastra B (v A in C ni statistično pomembnih razlik): 10x več obsodb in 8x več zapornih kazni od kontrolne skupine

- ***Jamieson&Taylor (2004):***
- longitudinalna študija (12 let, vzorec 204 pacientov) odpuščenih pacientov iz varovanih oddelkov psihiatričnih klinik leta 1984
- 38% je bilo ponovno obsojenih/sprejetih
- pri odpuščenih pacientih z OM je 7x večje tveganje za kaznivo dejanje kot pri pacientih z drugimi duševnimi motnjami

35

- ***Alvaro (2007):***
- Španija, zavodi za prestajanje kazni zapora
- 60% prevalenca OM (30% antisocialna z zlorabo PAS, 17% mejna z zlorabo PAS in samopoškodbenim vedenjem, 14% nespecifična OM)

- ***Fernández-Montalvo in Echeburúa (2008):*** Španija; vzorec moških obsojenih zaradi nasilja do njim pomembnih drugih
- 57,8% obsesivno kompulzivna OM
- 34,2% odvisnostna OM
- 25% paranoidna OM
- 19,7% (12-15% v kasnejši raziskavi) antisocialna OM

36

Viri

- Esbec E., Echeburúa E. Violence and Personality Disorders: clinical and forensic implications. Act Esp Psiquiatr 2010; 38(5): 249-261.
- Reid W.H., Thorne S.A. Personality Disorders and Violence Potential. Journal of Psychiatric Practice 2007; 13 (4): 1-9.
- Personality Disorder. In Short V., Lennox C., Stevens C., Shaw J. (Eds.), Mental Illness, Personality Disorder and Violence: A Scoping Review. University of Manchester: The Offender Health Research Network, 2012: str. 60-69.
- Stone M.H. Violent Crimes and Their Relationship to Personality Disorders. Personality and Mental Health 2007; 1: 138-153.

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed., DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed., DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

37

NASILJE NAD ZAPOSLENIMI V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

dr. Branko Gabrovec, mag. ing. log.
Nacionalni inštitut za javno zdravje
branko.gabrovec@nijz.si

Ključne besede: varnost, kakovost, psihiatrični bolnik, nasilje, agresija, zdravstvena nega.

Zagotavljanje varnosti in kakovosti obravnave bolnika z duševno motnjo je prednostna naloga zaposlenih na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Incidenca psihiatričnih bolezni namreč z razvojem sodobne družbe narašča. Navkljub napredku psihiatrične stroke sta nasilje in izbruh agresije sestavni del obravnave psihiatričnega bolnika. Zato se bodo akutne psihoze in različna stanja, kjer lahko pričakujemo agresijo, pojavljale tudi v bodoče.

V letu 2013 smo opravili široko raziskavo incidence nasilja nad zaposlenimi v psihiatričnih bolnišnicah, psihiatričnih domovih, domovih starejših občanov in v CUDV. Iz vzorca psihiatričnih bolnišnic smo v raziskavo vključili najbolj izpostavljen kader, t.j. zaposlene v psihiatrični zdravstveni negi, ki so zaposleni na zaprtih in/ali intenzivnih psihiatričnih oddelkih. Razdeljenih je bilo 249 vprašalnikov, 203 (81,52 %) je bilo vrnjenih. Raziskava je potekala meseca marca in aprila v letu 2013. Stopnja zanesljivosti merjenja je znašala 0.77 Cronbachovega koeficienta alfa. Pri oblikovanju vprašalnika smo s študenti magistrskega študija zdravstvene nege testirali s fokusno skupino in pripombe ter posebnosti sodelujočih vnesli v vprašalnik. Vprašalnik je vseboval 80 vprašanj, ki so bila razdeljena v pet sklopov: 1.) delo in nasilje na delovnem mestu, 2.) delovna organizacija, 3.) vpliv različnih dejavnikov na varnost in kakovost obravnave bolnika, 4.) izobraževanje in 5.) demografski podatki. Za to raziskavo smo uporabili podatke, ki smo jih pridobili iz vprašanj o delu in nasilju na delovnem mestu in o demografskih podatkih. Od 203 anketiranih jih je bilo 95 (46,8 %) moških in 108 (53,2 %) žensk. Razmerje med moškimi in ženskami je visoko, kar lahko pripišemo temu, da je na zaprtih in intenzivnih psihiatričnih oddelkih zaposlenih več moških kot na ostalih somatskih oddelkih. Povprečna starost anketiranih je bila 37,5 let. Najstarejši anketirani je bil star 58, najmlajši pa 20 let. Izobrazbena struktura je bila naslednja: srednjo šolo je imelo 136 izprašanih (67 %), višjo 5 (2,5 %), visoko 54 (26,6 %) in univerzitetno ali več pa 8 (3.9 %). Povprečno so izprašani imeli 16.7 let delovnih izkušenj. V tabeli 1 so prikazani vrste in odstotek nasilja na vzorcu zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi (n = 203).

Tabela 1: Vrste in odstotek nasilja

Verbalno nasilje s strani bolnika	92,6 %
Verbalno nasilje s strani svojcev	40,9 %
Verbalno nasilje s strani sodelavcev	13,3 %
Verbalno nasilje s strani nadrejenih	13,8 %
Spolno nasilje s strani bolnika	24,6 %
Spolno nasilje s strani svojcev	0,5 %
Spolno nasilje s strani sodelavcev	0,5 %
Spolno nasilje s strani nadrejenih	0,5 %
Fizično nasilje s strani bolnika	84,2 %
Fizično nasilje s strani svojcev	2,0 %
Fizično nasilje s strani sodelavcev	1,0 %
Fizično nasilje s strani nadrejenih	0,5 %
Poškodba s strani bolnika	63,5 %

Rezultati kažejo na veliko izpostavljenost zaposlenih nasilju na delovnem mestu, predvsem s

strani bolnika. Z verbalnim nasiljem se v psihiatričnih oddelkih sreča kar 92,6 % vseh zaposlenih. V tabeli 2 so prikazana nekatera čustva in stanja, s katerimi se zaposleni soočajo ob izbruhu agresije s strani bolnika.

Tabela 2: Pri obravnavi agresivnega bolnika se zaposleni soočajo s/z:

Trditev	Srednja vrednost	Std.dev.
Strahom	2,49	,60
Negotovostjo	2,36	,69
Nemočjo	2,03	,68
Neznanjem	1,67	,72
Jezo	1,64	,68
Obupanostjo	1,77	,84
Ogroženostjo	2,52	,62
Nerazumevanjem sodelavcev	1,34	,57
Nerazumevanjem nadrejenih	1,74	,73

Zaposleni se pri svojem delu počutijo ogrožene (2,52±0,62), zato sta v veliki meri prisotna strah (2,49±0,60) in negotovost (2,36±0,69). Razumevanje sodelavcev je veliko (1,34±0,57), nekoliko manjše je razumevanje nadrejenih (1,74±0,73).

Pojavnost nasilja nad zaposlenim v psihiatrični zdravstveni negi je visoka. Obstaja pozitivna korelacija med verbalnim nasiljem, fizičnim nasiljem in spolnim nadlegovanjem. Zaposleni se soočajo z ogroženostjo, strahom in negotovostjo. Izbruh agresije ne izbira med spoloma, starostjo in delovnimi izkušnjami zaposlenih. Zaposleni potrebujejo sistematičen in celovit pristop k obvladovanju nasilja na delovnem mestu zato morajo stalno obnavljati zanje in veščine na področju obvladovanja agresije.

TEHNIKE OBVLADOVANJA PACIENTA Z NASILNIM VEDENJEM

dr. Branko Gabrovec, mag. ing. log.
Nacionalni inštitut za javno zdravje
branko.gabrovec@nijz.si

Ključne besede: varnost, kakovost, psihiatričen bolnik, nasilje, agresija, zdravstvena nega.

Key words: safety, quality, psychiatric, patient, violence, aggression, health care.

V strokovnem prispevku predstavljamo organizacijske ukrepe za upravljanje nasilja v psihiatričnih bolnišnicah. Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v psihiatrični zdravstveni negi je izstopajoča. Zdravstveni delavci v psihiatriji so dolžni zagotoviti varno in kakovostno obravnavo tudi ob izbruhu agresije, za kar pa nimajo zadostnih fukcionalnih znanj. V prispevku predstavljamo organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave psihiatričnega bolnika ob izbruhu agresije ter funkcionalno izobraževanje. Praktični del funkcionalnega izobraževanja smo izvajali v letih 2010–2013 v določenih psihiatričnih bolnišnicah in oddelkih. V raziskavi, ki smo jo opravili v letu 2013, smo dobili preliminarne rezultate uspešnosti predlaganega modela. Ugotovili smo, da je predlagan model uspešen in primeren za uporabo v širšem krogu deležnikov, ki prihajajo v stik z agresijo s strani bolnika z duševno motnjo.

Organizacijski model obravnave agresije celostno zajema obvladovanje agresije pri psihiatričnem bolniku. Postavlja teoretične okvirje obvladovanja in praktične tehnike pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov (PVU) in fizičnega oviranja. Organizacijski model je podlaga funkcionalnega izobraževanja, ki temelji predvsem na praktičnem izobraževanju. Zdravstveni delavci potrebujejo sistematično in kontinuirano izobraževanje obvladovanja agresivnih situacij in izdelavo splošnih ali internih smernic obvladovanja nasilja. Izdelava smernic mora vključevati sodelovanje psihiatrične stroke in splošnih borilnih prijemov ter načel, kar je pomembno za ohranjanje terapevtskega odnosa z pacientom.

Izhodišča za organizacijski model so Zakon o duševnem zdravju (Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008), Priporočila in smernice za uporabo posebnih ukrepov v psihiatriji (Dernovšek, Novak, 2001) in Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnicah.
Organizacijski model smo razdelili na naslednje sklope:

- Ocena stanja in prepoznavanje dejavnikov, ki povečujejo tveganje za agresivno vedenje;
- Uporaba vedenjsko-kognitivnih in deeskalacijskih tehnik;
- Uporaba posebnega varovalnega ukrepa;
- Uporaba prilagojenih tehnik fizičnega oviranja za obvladovanje agresivnosti;
- Ukrepi po izbruhu agresivnosti;
- Izobraževanje z modelom funkcionalnega usposabljanja.

V letih 2010–2013 smo izvajali pilotski projekt funkcionalnega izobraževanja v različnih psihiatričnih bolnišnicah, oddelkih, psihiatričnih domovih in CUDV. Izobraževanje je bilo v obliki delavnic usmerjeno predvsem v praktično spoznavanje prilagojenih tehnik fizičnega oviranja za obvladovanje agresivnosti. Uspešnost modela smo merili, tako da so anketirani v raziskavi najprej navajali, s katerimi čustvi in stanji se soočajo pri agresivnem psihiatričnem bolniku in potem kako so se ta čustva in stanja spremenila po izobraževanju. Anketirani se pri stiku z agresijo pri psihiatričnem bolniku v največji meri soočajo z ogroženostjo (2,42), strahom (2,39), negotovostjo (2,32), nemočjo (2,01), nerazumevanjem nadrejenih (1,78), obupanostjo (1,73), neznanjem (1,68), jezo (1,66), najmanj pa z razumevanjem sodelavcev (1,42).

Od 303 anketiranih zaposlenih se je funkcionalnega izobraževanja udeležilo 182 oseb. Koliko so se njihove kompetence in stanja spremenila na bolje, je prikazano v tabeli 1.

Tabela 1: Identifikacija kompetenc in stanj pridobljenih z izobraževanjem

	N	Min	Max	Srednja vrednost	Std. odklon
Organiziranost	182	1,00	3,00	2,6868	,54188
Strokovnost	182	1,00	3,00	2,7857	,43749
Odločnost	182	1,00	3,00	2,7473	,48385
Proaktivnost	182	1,00	3,00	2,6374	,49341
Samozaupanje	182	1,00	3,00	2,6758	,51429
Strah	182	1,00	3,00	2,1154	,73799
Nemoč	182	1,00	3,00	2,2802	,70792
Negotovost	182	1,00	3,00	2,4890	,66265
Neznanje	183	1,00	3,00	2,5792	,66548
Veljavni N	182				

Anketirani navajajo, da so se vse predlagane trditve po izobraževanju pri njih izboljšale. Ocenili so, da so se pri njih na bolje najbolj spremenile naslednje kompetence in stanja: strokovnost (2,78),odločnost (2,74) in organiziranost (2,68). Najmanj sprememb je bilo zaznati pri strahu (2,11) in nemoči (2,28). Ostale kompetence in stanja so ocenili takole: samozaupanje 2,67, proaktivnost 2,63, neznanje 2,57 in negotovost 2,48. Najbolje ocenjena je bila strokovnost, kar kaže na visoko dodano vrednost izobraževanja, najslabše pa strah, kar pa kaže nato, da bi bilo dobro v predlagan organizacijski model izobraževanja vključiti še temo obvladovanja strahu. Spremenljivko strah smo preverili tudi z uporabo Wilcoxon Signed-rank testa, ki je potrdil, da pri večini anketiranih ni prišlo do statistično značilnih razlik v obdobju pred ali po izobraževanju.

1

UKREPI ZA UPRAVLJANJE NASILJA V ZDRAVSTVENIH INSTITUCIJAH

Branko Gabrovec

2

Teoretični uvod

- Zagotavljanje varnosti in kakovosti obravnave psihiatričnega bolnika je prednostna naloga vseh ravni zdravstvenega varstva, in je pomembna tako za zdravstveno nego z vidika zagotavljanja varnosti pacientov in varnosti zaposlenih, kot za medicino in drugih zdravstvenih strok, s posebnim poudarkom na zagotavljanju pogojev za uspešen tretmanski postopek.
- Varnost pacientov tako predstavlja nujni pogoj za uspešen izzid zdravljenja.
- Incidenca psihiatričnih bolezni v sodobnih družbah narašča. Navkljub napredku psihiatrične stroke sta nasilje in izbruh agresije sestavni del obravnave psihiatričnega bolnika. Še vedno se bodo pojavljale akutne psihoze in različna stanja, kjer lahko pričakujemo agresijo.

3

Raziskava o pojavnosti nasilja

- Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšnim oblikam in v kolikšni meri so zaposleni v zdravstveni negi v psihiatričnih zavodih izpostavljeni nasilnemu vedenju.
- Gre za poskus celovitega in večdisciplinarniega raziskovalnega pristopa proučevanja nasilja v psihiatričnih zavodih, ki bi naj omogočil natančen uvid v proučevano tematiko in razširil znanje na analiziranem področju.
- Raziskovalna skupina je bila sestavljena iz :
  a) Branka Gabrovca, mag. ing. log, ZT
  b) izr. prof. dr. Branko Lobnikarja
  c) izr. prof. dr. Ivana Eržena, dr. med

Cilj raziskave je bil izdelati in testirati organizacijski model upravljanja z nasiljem s strani pacientov v psihiatričnih zavodih.

4

Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali:

- Psihiatrična bolnišnica Begunje;
- Psihiatrična bolnišnica Idrija;
- Psihiatrična bolnišnica Vojnik;
- Psihiatrični oddelek UKC Maribor;
- Psihiatrična bolnišnica Ormož;
- Dom Nine Pokorn;
- Varstveni zavod Hrastovec;
- Dom Lukavci;
- Center za usposabljanje, delo in varstvo Črna na Koroškem;
- Center za usposabljanje, delo in varstvo Dobrna.

Psihiatrične bolnišnice in oddelki	Poslano	Prejeto	%
Ormož	49	47	95,91
Vojnik	30	16	53.3
Maribor	70	60	85.71
Begunje	50	34	68
Idrija	50	46	92
Skupaj	249	203	81,52

Ostali zavodi	Poslano	Prejeto	%
Dom Nine Pokorn	50	31	62
Varstveni zavod Hrastovec	20	14	70
Dom Lukavci	20	20	100
CUDV Dobrna	30	18	60
CUDV Črna na Koroškem	17	17	100
Skupaj	137	100	72.99

Skupaj vsi	386	303	78.49

5

Vrste in odstotek nasilja (n=303).

	Celotni vzorec (%)	Psihiatrične bolnišnice (%)
Verbalno nasilje s strani bolnika	85,5	92,6
Verbalno nasilje s strani svojcev	33,7	40,9
Verbalno nasilje s strani sodelavcev	15,8	13,3
Verbalno nasilje s strani nadrejenih	14,2	13,8
Spolno nasilje s strani bolnika	23,8	24,6
Spolno nasilje s strani svojcev	1,0	0,5
Spolno nasilje s strani sodelavcev	1,0	0,5
Spolno nasilje s strani nadrejenih	0,7	0,5
Fizično nasilje s strani bolnika	74,9	84,2
Fizično nasilje s strani svojcev	1,3	2,0
Fizično nasilje s strani sodelavcev	0,7	1,0
Fizično nasilje s strani nadrejenih	0,3	0,5
Poškodba s strani bolnika	55,8	63,5

Vir: Gabrovec, Eržen, Lobnikar, 2014.

6

Pri obravnavi psihiatričnega bolnika se soočajo s/z:

	N	Min	Max	Srednja vrednost	Std. odklon
Strahom	303	1,00	3,00	2,3927	,67172
Negotovostjo	303	1,00	3,00	2,3267	,70159
Nemočjo	303	1,00	3,00	2,0198	,70917
Neznanjem	303	1,00	3,00	1,6898	,73430
Jezo	303	1,00	3,00	1,6601	,70473
Obupanostjo	303	1,00	3,00	1,7360	,82766
Ogroženostjo	303	1,00	3,00	2,4290	,66667
Nerazumevanjem sodelavcev	303	1,00	3,00	1,4257	,60920
Nerazumevanjem nadrejenih	303	1,00	3,00	1,7888	,74692
Veljavni N	303				

1 – nikoli 3 - pogosto

Vir: Gabrovec, Eržen, Lobnikar, 2014.

7

Nekaj drugih ugotovitev

Zaposleni na delovnem mestu doživijo izbruh agresije psihiatričnega bolnika enako, ne glede na:

- spol,
- starost,
- izobrazbo,
- delovne izkušnje.

- Ugotovili smo pomembno statistično korelacijo med verbalnim nasiljem bolnika v zadnjem letu in fizičnem nasiljem bolnika v zadnjem letu, ter med verbalnim nasiljem s strani bolnika in spolnim nadlegovanjem s strani bolnika.

8

Nekaj drugih ugotovitev

- Identificirali smo nekatere varnostne probleme, ki se pojavljajo v zvezi delovnim okoljem zaposlenih v zdravstveni negi.
- Anketirani v celotnem vzorcu so najbolje ocenili naslednje trditve:
  - "Varnost zaposlenih in pacientov je največjega pomena v naši organizaciji"
  - "Pomanjkanje izkušenega osebja negativno vpliva na mojo zmožnost zagotavljanja kvalitetne oskrbe bolnikov"
- Najbolj kritični so bili do naslednjih trditev:
  - "Delovna organizacija poskrbi za supervizijo obvladovanja agresivnosti psihitričnega bolnika" in
  - "Vodstvo delovne organizacije ima jasno predstavo o tveganjih glede oskrbe bolnikov in varnosti osebja".

9

Organizacijski model za upravljanje agresivnega vedenja psihiatričnih bolnikov

- Organizacijski model obravnave agresije celostno zajema obvladovanje agresije pri psihiatričnem bolniku.
- Postavlja teoretične okvirje obvladovanja in praktične tehnike pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov (PVU) in fizičnega oviranja.
- Organizacijski model je podlaga funkcionalnega izobraževanja, ki temelji predvsem na praktičnem izobraževanju.

10

Predlagan organizacijski model

1. Ocena stanja in prepoznavanje dejavnikov, ki povečujejo tveganje za agresivno vedenje.
2. Uporaba vedenjsko kognitivnih in deeskalacijskih tehnik.
3. Uporaba posebnega varovalnega ukrepa.
4. Uporaba prilagojenih tehnik fizičnega oviranja za obvladovanje agresivnosti.
5. Ukrepi po izbruhu agresivnosti.
6. Izobraževanje z modelom funkcionalnega usposabljanja.

11

Izkušnje s testno izvedbo modela

- Od 303 anketiranih iz celotnega vzorca, zajetega v raziskavo, se je izobraževanja po predlaganem modelu udeležilo 182 oseb (60,1 %), 121 oseb (39,9 %) pa se izobraževanja ni udeležilo.
- Anketirani poročajo o izboljšanju na vseh merjenih področjih.
- Anketirani so ocenili, da so se pri njih na bolje najbolj pozitivno okrepile »Strokovnost« (2,78), »Odločnost« (2,74), »Organiziranost« (2,68)., »Samozaupanje« (2,67) in »Proaktivnost« (2,63)
- Najslabše rezultate v spremembi občutij smo ugotovili pri trditvah: »Strah« (2,11) in »Nemoč« (2,28).

12

Zaključek

a) Velika izpostavljenost zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi.

b) Funkcionalno izobraževanje zaposlenih.

c) Visoka uspešnost predlaganega organizacijskega modela.

13

HVALA ZA POZORNOST

MOTIVACIJA PACIENTOV ZA SODELOVANJE V ZDRAVLJENJU

Izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., spec. družinske med.
Doc. dr. Davorina Petek, dr. med., spec. družinske med.
Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana
marija.petek-ster@mf.uni-lj.si

Ključne besede: sodelovanje v zdravljenju, zdravstveni delavci, sporazumevanje, motivacijske tehnike.

Večina bolnikov s kroničnimi zdravstvenimi težavami bi morala zaradi svoje bolezni prilagoditi življenjski slog, kar je zahteven proces, v katerem imajo zdravstveni delavci pomembno vlogo. Ustrezno sporazumevanje je ključno tako pri doseganju sodelovanja pri zdravljenju z zdravili kot pri spremembi življenjskega sloga.

Preprost nasvet za spremembo življenjskega sloga je pogosto neuspešen, saj je bolnik pogosto nemotiviran za ali neodločen glede spremembe, če tisti, ki svetuje, uporablja direktivni slog (ang. directing style), kar pri bolniku vzbuja odpor ali pasivnost.

Uporaba motivacijskih tehnik v sporazumevanju z bolnikom, ki potrebuje spremembe, razloži zakaj so spremembe potrebne oz. kako jih doseči na način, ki bolnika vodi k spremembi (ang. guided style). S pomočjo motivacijskega intervjuja je mogoče prepoznati in spodbuditi bolnikove zmožnosti za spremembo, spodbuditi bolnikovo motivacijo za spremembe in podpreti bolnikovo avtonomijo v procesu odločanja za spremembe.

Prvi korak v procesu svetovanja je ocena stopnje pripravljenosti in zmožnosti za spremembo. Teoretično ozadje predstavlja model, ki so ga razvili Millerja in Rollnicka ter DiClemente in Procheska in ima naslednje stopnje, ki so prikazane v tabeli 1.

Tabela 1: Stopnje v teoretičnem modelu sprememembe vedenja.

Prekontemplacija	Ni pripravljenosti na spremembo: oseba ne prepozna problema.
Kontemplacija	Ambivalenca: mogoče bi bila sprememba potrebna.
Priprava na spremembo	Pacient vidi, da je sprememba potrebna. Priprava na izvedbo spremembe.
Sprememba	Odločitev za spremembo: pacient se odloči, da svoje vedenje spremememeni.
Vzdrževanje spremembe	Vztrajanje pri spremembi.
Relaps	Povrnitev k stari navadi.
Terminacija	Vzdrževanje spremembe skozi daljše obdobje ne predstavlja več napora.

V osnovi delimo bolnike v tri skupine glede na pripravljenost na spremembo: 1.) pripravljene na spremembo, ki potrebujejo spodbudo, da spremembo izvedejo, 2.) ambivalentne, ki potrebujejo pomoč pri odločitvi za spremembo, in 3.) tiste, ki spremembe v tem trenutku ne želijo in jim je potrebno pustiti odprta vrata, da se vrnejo.

Z uporabo motivacijskih tehnik je mogoče izboljšati odnos med bolnikom in zdravstvenim delavcem in tako izboljšati učinkovitost konzultacije. Motivacijskih tehnik se je mogoče naučiti, tako da sledimo naslednjim trem korakom:

1. Namesto direktivnega sloga, npr.: »Opustite morate kajenje, saj predstavlja resno tveganje za vaše zdravje«, je potrebno uporabiti slog vodenja, npr.: »No, pa skupaj poglejva, kaj predstavlja kajenje za vas. Kajenje pri vas, ki imate tudi povišan krvni tlak in maščobe, močno poveča tveganje za srčni infarkt ali možgansko kap«. To običajno sproži ambivalenco pri bolniku, da začne razmišljati, ali bi bila sprememba potrebna. Odločitev, kdaj in kakšne spremembe bi lahko izpeljala, pa je v vaših rokah. To dosežete npr. takole: »Zame je pomembno, da vem, kaj bi želeli spremeniti oz. kaj menite, da ste zmožni spremeniti«.

   Nekaj primerov učinkovitih strategij: prepoznati je treba, kaj bolnik želi spremeniti. Pogosto bi bilo pri bolniku doseči več potrebnih sprememb. Od bolnika moramo izvedeti, katera od sprememb je zanj v danem trenutku pomembnejša oziroma meni, da bi jo lahko spremenil, npr. ali sprememba prehrane ali navade gibanja.
   Bolnika je dobro povprašati tudi o razlogih za in proti spremembi, da ocenimo, ali bolnik vidi spremembe kot nekaj pozitivnega ali želi ohraniti trenutno stanje. Dobro je tudi oceniti pomen spremembe za bolnika in njegovo zmožnost, da spremembo izvede. Če bolnik spremembe ne ocenjuje kot pomembne, je nesmiselno, da mu svetujemo, kako spremembo izpeljati.

2. Izmenjava informacij: bolnika moramo znati poslušati. Zelo pomembno je, da bolnik predstavi svoja stališča na osnovi informacij, ki mu jih zdravstveni delavec poda in predstavi svoje cilje. Cilji, ki jih postavi zdravstveni delavec in za bolnika niso sprejemljivi, običajno sprožijo odpor pri bolniku, ki se ga prepozna skozi izjave, kot so npr.: »Da, ampak…«.

3. Ustrezen odziv na bolnikova sporočila. Ključno pri načinu sporazumevanja z bolnikom, ki sledi načelom motivacijskega intervjuja, je, da težišče pogovora premaknemo od »kaj je potrebno spremeniti in reševati problem za bolnika« na »spodbuditi bolnika, da prepozna probleme in se sam odloči za reševanje problema«. Naloga zdravstvenih delavcev v tem procesu je, da spodbudijo bolnika, da naredi nekaj, česar sicer ne bi naredil (npr. spremenil, katerega od elementov nezdravega življenjskega sloga). Spremembe je potrebno izvajati skupaj z bolnikom za bolnika in ne za bolnika in na bolniku.

Na delavnici bo s pomočjo igre vlog prikazan primer sporazumevanja z uporabo motivacijskih tehnik v šestih korakih, ki zajemajo pojasnitev bolnikovega videnja problema, prepoznavo bolnikovih ciljev, obvladovanje ambivalence po načelu »ADRES« (vzpostavitev empatije, izogib konfliktu, obvladovanje bolnikovega odpora, učinkovitost, obvladovanje neskladij), prepoznavo razlogov za in proti spremembi, spodbujanje k rešitvi in načrtovanje nadaljnjih korakov za dosego spremembe.

Kako motivirati bolnike za sodelovanje v zdravljenju

[1]Izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., specialistka družinske medicine
[1]Doc. dr. Davorina Petek, dr. med. specialistka družinske medicine
[1]Medicinska fakulteta univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Motivacijske tehnike

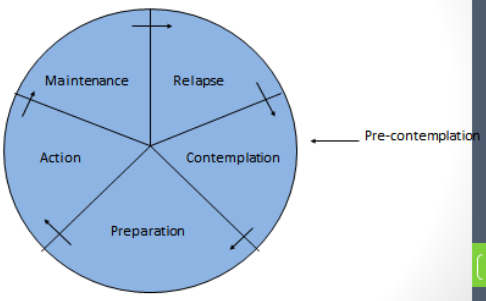
- Omogočajo:

➢Prepoznati in spodbuditi bolnikove zmožnosti za spremembo
➢Spodbuditi bolnikovo motivacijo za spremembe
➢Podpreti bolnikovo avtonomijo v procesu odločanja za spremembe
➢Omogočiti časovno učinkovit razgovor, usmerjen v bolnika

Kaj se zgodi, če „ne znamo“

- *“Morate prenehati s kajenjem in povečati telesno dejavnost!”*
- Pacient o prenehanju kajenja in povečanju telesne dejavnost ne razmišlja:
➢Pasivnost
➢Odpor
- Rezultat: pacient vztraja pri starih navadah in se nas izogiba, saj nekoga, ki mu „teži“, noče poslušati.

Kolo spremembe
(Prochaska in DiClemente, 1986)



V kateri fazi odločitve za spremembo je pacient?

Prekontemplacija	Ni pripravljenosti za spremembo – oseba ne prepozna problema
Kontemplacija	Ambivalenca – mogoče bi bila sprememba potrebna
Priprava na spremembo	Vidim, da je sprememba potrebna. Priprava na izvedob spremembe.
Sprememba	Odločitev za spremembo –odločil sem da svoje vedenje spremenenim
Vzdrževanje spremembe	Vztrajanje pri spremembi
Relaps	Povrnitev k stari navadi
Vzdrževanje trajne spremembe	Vzdrževanje spremembe skozi dolgotrajno obdobje ne predstavlja več napora

Povečevanje motivacije za spremembo

- Opredeliti, v kateri fazi motivacije je bolnik
- Uspeh pogovora je premik bolnika v eno naslednjo fazo
- Bolnik se lahko premakne tudi več faz v motivacijskem krogu

Prekontemplacija

- Bolnik ne razmišlja o prenehanju kajenja
- Kaj storiti?
- Potrebuje informacije o problemu
  - Zakaj je sprememba dobra?
  - Informacija naj bo nevtralna in izhaja iz bolnikovega dosedanjega poznavanja problema.

Kontemplacija - prepoznava želje in zmožnosti za spremembo

- Bolnik razmišlja o problemu
- Prepoznati je potrebno, kaj želi spremeniti, kaj je njegov cilj
- Cilji, ki jih postavi zdravstveni delavec in za bolnika niso sprejemljivi, običajno sprožijo odpor pri bolniku (npr. da, ampak...).
- Kako se pogovarjati?
  - Bolnik predstavi svoja stališča na osnovi informacij, ki mu jih zdravstveni delavec poda
  - Bolnik predstavi svoje cilje
  - Oceniti ambivalenco za spremembo
  - Oceniti pomembnost spremembe za bolnika in zmožnost bolnika, da spremembo izvede

Kontemplacija ➡ akcija: ustrezen odziv na bolnikova sporočila

- Težišče pogovora premaknemo od "kaj je potrebno spremeniti" v "kako spremeniti"
- Spodbuditi bolnika, da sam razmišlja o načinu reševanja problemov.
- Naloga zdravstvenih delavcev je, da spodbudijo bolnika in mu pomagajo v iskanju rešitev.
- Spremembe je potrebno delati skupaj z bolnikom - za bolnika.

9

6 korakov v motivaciji za spremembo

1) **Preveri** bolnikovo videnje problema
2) **Prepoznaj** bolnikove cilje
3) **Obvladuj** ambivalenco
4) **Prepoznaj** razloge za in proti spremembi
5) **Spodbujaj** rešitve
6) **Načrtuj** nadaljnje korake

10

Prepoznaj bolnikove cilje

- Preoblikuj negativno v pozitivno (Gibanje je užitek, je zdravo, je družabno... npr. če želite shujšati, se je potrebno gibati)
- Bolniku pomagaj oblikovati prioritete, ker običajno ne more izvesti veliko sprememb naenkrat

11

Obvladovanje ambivalence

- Če ima bolnik drugačen pogled, se izogni konfliktu in obvladuj ambivalenco (neodločenost)

12

Obvladovanje ambivalence

- **Ang. ADRES**
  - ***A**void argument*
  - ***D**evelop discrepancy*
  - ***R**oll with resistance*
  - ***E**xpress empathy*
  - ***S**upport self-efficacy*

13

Veščine, potrebne za obvladovanje ambivalence

- **Empatija:** Ali resnično razumemo kaj bolniku pomeni problem, ki ga ima? Ali razumemo zahtevnost sprminjanja?
- **Izogib konfliktu:** Povprašaj bolnika po razlogih, ki bolnika ovirajo v spremembi
- **Obvladovanje bolnikovega odpora:** ne borba, ampak sodelovanje z bolnikom – mali koraki, mogoče še ni pravi čas za spremembo?
- **Učinkovitost:** na strani zdravstvenega delavca in bolnika – do sedaj neuspeli poskusi spremembe so odraz resnega namena za spremembo
- **Obvladovanje neskladij:** kje je bolnik in kje želi biti, kakšni so cilji in kako bi jih bilo mogoče doseči?

14

Prepoznaj razloge za in proti spremembi

- Z empatijo poudarite, da je sprememba težavna
- Z bolnikom naredita listo razlogov za in proti spremembi in opredelita kratkoročen in dolgoročen učinek spremembe

	Kratkoročno (v naslednjem tednu)	Srednjeročno (v naslednje pol leta)	Dolgoročno (v naslednjih dveh letih)
Razlogi za spremembo			
Razlogi proti spremembi			

15

Spodbujaj rešitve

- Posreduj informacije, ki pomagajo pri odločitvi:
  - ➢Osnovne informacije o nevarnostih in tveganjih
  - ➢Izvide pregledov in preiskav
  - ➢Zdravstvene, socialne, pravne posledice vedenja
  - ➢Verjetne koristi spremembe vedenja oz ukrepa
- Preveri odziv: kaj bolnik misli o slišanem?
- Ali potrebuje dodatne informacije?
- Bolniku povej da se mora sam odločiti : *"Odločitev je v vaših rokah"*

16

Načrtuj

- **Bolnik pripravljen za spremembo:**
  - Z bolnikom oblikuj načrt, ki sledi njegovim ciljem
    - Kaj je potrebno storiti?
    - Kakšno podporo bi bolnik potreboval?
    - Kaj ga lahko ustavi pri izpolnjevanju cilja?
    - Kako bi lahko obvladali ovire v dosegi cilja?
- **Bolnik ne želi spremembe/se ne more odločiti**
  - Pogovori se, da ugotoviš: kdaj, kako naprej. Če ostane v fazi prekontemplacije/kontemplacije, naslednjič nadaljuješ z ukrepi te faze.

17

Ključna sporočila

- Sprememba je stvar pacientove odločitve in ne zunanje sile
- Prepričevanje ni učinkovita metoda
- Pacientu pomagamo, da izrazi in razreši svoj dvom
- Slog svetovanja je potrebno prilagoditi bolniku
- Ko je bolnik ambivalenten, mu z analitičnim pristopom (tehtanje pozitivnih in negativnih posledic sedanjega vedenja) pomagamo razrešiti ambivalenco
- Odločitev za spremembo olajša dobra medsebojna interakcija
- Terapevtski odnos naj bo partnerski

18

Ključna sporočila

- *People do not resist change. They resist being changed.*

19

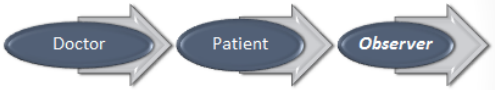
Navodila za opazovanje

- Katere veščine za obvladovanje ambivalence (ADRES) so bile uporabljene?
- Kaj je rekel zdravnik/zdravstveni delavec?
- Kako je to povedal?
- Kako se je bolnik odzval?
- Kaj je bilo koristno/ustrezno?
- Kaj bi bilo potrebno narediti drugače?

20

Analiza odigranega prizora

- **Igralci naj najprej povedo** kako so se počutili v naslednjem zaporedju:



- Začnemo s **pozitivnimi ocenami**
- **Občinstvo** (opazovalci) najprej poudari dobre strani igre
- Sledi: Naslednjič bi lahko bilo boljše…

21

KDO SO TEŽAVNI PACIENTI

dr. Andrej Kastelic, dr. med., spec. psih.
Psihiatrična klinika Ljubljana
andrej.kastelic@psih-klinika.si

Ključne besede:

Ljudje smo različni in to, kar nas dela različne, je naša osebnost oz. fenotip različnih vzorcev razmišljanja, čustvovanja in vedenj, ki nas določajo.

Osebnost sestavlja zapleten sistem lastnosti, kako oseba zaznava sebe ali druge, se razume in povezuje z drugimi. Pri tem je težko ločiti, še posebej v klinični praksi, katere so tiste poteze, ki predstavljajo neustrezne prilagoditve in motnje, in kaj od tega je že tudi patološko, kajti ne obstaja zadosti objektivnih medicinskih in nevropsiholoških diagnostičnih testov ali markerjev, da bi lahko postavili zanesljivo klinično uporabno in znanstveno diagnozo. Pri tem je seveda lažje prepoznati težave kot predlagati klinično ustrezne odgovore za boljše razumevanje in terapijo teh pacientov.

Obstajajo bolezni, npr. duševne motnje, alkoholizem, odvisnost od drog, debelost, mišična obolenja, za katere raziskave kažejo, da so bolniki s temi boleznimi in še posebej tisti, ki svoje motnje somatizirajo in skušajo s svojo boleznijo pridobiti kakšno korist, za zdravje zdravstvenega osebja bolj obremenjujoči kot drugi bolniki. Takšnih pacientov naj bi bilo od 15–30 %.

Vedenjske značilnosti pacientov, ki so težavni glede na pogostost pojava:

- Ki so nasilni, agresivni, verbalno neprimerni;
- Ki imajo nerešljive, vedno iste pritožbe;
- Ki imajo številne in vedno nove pritožbe;
- Ki imajo psihosomatske motnje;
- Ki niso nikoli zadovoljni;
- Ki iščejo korist;
- Ki so manipulativni in lažejo;
- Ki jih vse boli;
- Ki so močno anksiozni;
- Ki imajo bolečine v vratu;
- Ki so zahtevni, brezmejni in izkoriščajo osebje;
- Ki so jezni na osebje;
- Ki ne sodelujejo;
- Ki so težavni psihiatrični pacienti;
- Ki so odvisni od psihoaktivnih snovi.

Kako pristopimo težavnemu pacientu:

- S prepoznavo težavnega vedenja;
- Z razumevanjem njegove situacije vključno z njegovimi pričakovanji do nas;
- S strukturirano anamnezo, vključujoč psihosocialni vidik;
- Z rutinskim telesnim pregledom in laboratorijskimi preiskavami, ki bodo izključile dodatne možne vzroke bolezni in dale pacientu občutek, da smo temeljiti;
- Z zgodnjo postavitvijo diagnoze, ne da pademo v past stalnih novih pregledov in preiskav, ko pacient opiše nov simptom;
- Tako da pacienta pravočasno seznanimo z delovno diagnozo in načrtom zdravljenja;
- Z vzpostavitvijo realnih ciljev zdravljenja;
- Z rednimi kontrolnimi pregledi, ki se počasi razredčujejo;

- Seanse naj ne bodo predolge in naj bodo usmerjene;
- Z dotikom pacienta;
- Z domačimi nalogami;
- S pazljivo izbiro zdravil;
- Z delom z družino in bližnjimi;
- Sami pa potrebujemo pomoč sodelavcev v timu.

Načini komunikacije s težavnim pacientom (padajoče glede na pogostost):

- Z empatijo;
- Z neobsojajočim poslušanjem;
- Z mirnostjo in toleranco;
- Z direktnim pristopom;
- Z določanjem časovnih in vsebinskih meja;
- Z napotitvijo k drugemu zdravniku na laboratorijske preiskave, alternativne oblike zdravljenja in službo za duševno zdravje;
- S konfrontacijo;
- Z napotitvijo k drugemu zdravniku;
- S humorjem;
- Z vključitvijo bolnikove družine.

Deset napotkov, kako shajati s težavnim pacientom ali sodelavcem:

1. Ne skušamo ga spremeniti.
2. Njegovih nezadovoljstva ali napadov na nas ne jemljemo osebno.
3. Postavimo jasne meje.
4. Skušamo ga res slišati.
5. Prepoznavamo čustva.
6. Izražamo empatijo.
7. Omejimo dolžino naših pogovorov z njim.
8. Ostanemo pozitivni.
9. Včasih uporabimo humor.
10. Pazimo, da nismo žaljivi in podcenjujoči.

Osebnostne motnje (OM)

OM se pojavljajo pri 10 % splošne populacije. V ZDA so v splošni populaciji ugotavljali, da ima 7,8 % oseb obsesivno kompulzivno OM, 6,2 % z narcisistično OM in 5,9 z mejno OM. Med pacienti v različnih zdravstvenih okoljih jih je 18–25 % imelo mejno OM, medtem ko so bile med pridruženimi osebnostnimi motnjami zelo pogoste afektivne in anksiozne motnje. OM seveda niso monotone in fiksirane, kajti številni pacienti imajo lahko dober izhod in to je ravno tisto pozitivno vznemirjenje, ki ga pri delu s temi pacienti lahko zaznamo. Osebe z OM so torej že po definiciji zapletene in predstavljajo izziv. Ko iščejo pomoč pri zdravstvenih delavcih, gre pri njih po navadi za temačen preplet duševnih in somatskih motenj.

Pri vseh komorbidnih motnjah vsak simptom povečuje drugega in olajšanje enega od njih omili tudi druge. Pacienti lahko med zdravljenjem izkazujejo **številna vedenja**, ki nas opozarjajo, da morda gre za OM:

- Nesodelovanje v zdravljenju, s katerim povzročajo nestabilnost in so zato ponovno in stalno v stikih s ponudniki zdravstvenih storitev, težave v sprejemanju pravil ali direkten upor avtoriteti;
- Napačna uporaba ali zloraba zdravil;

- Agresivno in moteče vedenje, odklanjanje zdravljenja, izbruhi jeze, nesorazmerni s situacijo, pritiski, ustrahovanje (antisocialna OM), kričanje, vreščanje, verbalne grožnje, odklanjanje pogovora z zdravstvenim osebjem, nespoštovanje in žalitve (MOM);
- Namerno sabotiranje zdravljenju, ki je podobno samopoškodovalnemu vedenju, zloraba narkotikov, ki so namenjeni na primer prodaji, izmišljevanje simptomov, namerno poslabšanje zdravstvenega stanja, preprečevanje celjenja ran (do 5 % internistični pacientov);
- Nespoštovanje meja (želja do posebnega položaja, kot npr. da ga/jo vsi poznajo ali imajo radi – narcisistična OM, MOM), neustrezno vedenje, ki lahko vsebuje seksualne namige, provokativno oblačenje in razkazovanje, klicanje zdravnika po imenu, pretirana in draga darila in želja po osebnih »uslugah«;
- Pretirana uporaba zdravstvenih služb.

Pri najpogostejših komorbidnih motnjah smo pozorni tudi na:
- bolezni odvisnosti;
- multiple somatske motnje;
- kronične bolečine;
- debelost;
- promiskuiteto in spolno prenosljive bolezni;
- številne alergije na zdravila in
- nerazložljive motnje.

Terapevti se pogosto ne čutijo dovolj usposobljene za delo s pacienti z OM ali pa se zapletejo v odnos, ki ga ne obvladajo več, nudijo nenavadno veliko pomoči, delajo izjeme in so jezni na oz. nejevoljni zaradi klienta, ne da bi vedeli, zakaj. A spremembe nastopijo počasneje kot pri drugih pacientih in ovire se zdijo bolj nepremagljive. Pacienti se lahko trudijo, da zakrijejo svojo dejansko stanje, bojijo se zavrnitve, tudi na podlagi prejšnjih slabih izkušenj.

Odnosi s terapevti:
- Poročajo, da jih terapevti niso razumeli in imajo seznam neustreznih terapevtov;
- Pravijo, da so njihove težave prevelike, da bi se jih dalo rešiti;
- Želijo posebne termine, kličejo izven delovnega časa;
- Odpovedo v zadnjem trenutku;
- So pretirano prijateljski in osebni, želijo biti naši prijatelji;
- So pretirano občutljivi na naša razpoloženja in se želijo povezati izven terapije;
- Pripovedujejo stvari o nas, ki niso splošno znane;
- Se vedejo zapeljivo, postavljajo neprimerna osebna vprašanja;
- Otežujejo zaključek srečanja;
- Zahtevajo določena zdravila.

A če nam uspe predati jim prave veščine za njihovo boljše življenje, lahko čutimo tudi zadovoljstvo. Svoje delo opravljamo ravno zato, ker želimo pomagati ljudem, a psihoterapija ni krepitev jaza. In če čustva prevladajo nad objektivnimi mislimi, storimo ravno to, česar se na primer pacienti z MOM najbolj bojijo: zapustimo jih zaradi lastne čustvene stiske. A ko nam skupaj s pacientom uspe, pa čeprav se sprememba morda pojavi šele dolgo po zaključeni terapiji, ne pričakujmo podpore, prijateljstva ali velike hvaležnosti. Ta sicer pogosto obstaja, a je pacienti ne izrazijo, lahko tudi zato, ker je ne zmorejo ali ne znajo.

Priporočena literatura:
Elliot CH, Smith LL. Mejna osebnostna motnja za telebane. Ljubljana, Pasadena, 2013.
Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Personality disorders. The American Psychiatric Publishing. Washington DC, 2014.

PACIENTI, KI SO V PROCESU ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE TEŽAVNI

Aljoša Lipovec, dipl. m. s.
Psihiatrična Klinika Ljubljana
aljosa.lipovec@psih-klinika.si

Ključne besede: duševna motnja, nasilno vedenje, zdravstvena nega.

Duševna motnja je bolezen, ki v ljudeh vzbuja nelagodje in strah, ki izhajata iz predsodkov, zakoreninjenih v družbi. V javnosti se pacienta z duševno motnjo opredeljuje kot nasilnega in nevarnega. Ljudi, ki zbolijo za različnimi duševnimi motnjami, spremlja stigma že skozi vso zgodovino, zato so potisnjeni na rob družbe, imajo občutek manjvrednosti, odrinjenosti in spregledanosti. Občutki, povezani s duševno motnjo, so mozaik strahu, nemoči, jeze, sramote in krivde. Zato se večina odklonov v duševnem zdravju rešuje doma za zaprtimi vrati, strokovno pomoč pa se poišče šele v skrajnih primerih. Tako je po podatkih v Psihiatrično kliniko Ljubljana 70 % pacientov sprejetih v času dežurne službe kot posledica urgentnega stanja (vir: Birpis).

Sprejem oziroma obravnava pacienta z duševno motnjo povzroča pri pacientu psihični stres (strah, negotovost, jezo), fizični stres in socialni stres. Pacienti so ob sprejemu prestrašeni, nezaupljivi, nesodelujoči, napeti, lahko pa so tudi odklonilni in nasilni. Zato je izrednega pomena prvi kontakt s pacientom, ko se medicinska sestra predstavi pacientu z imenom in priimkom ter z odgovornostjo v službi zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) in mu ponudi roko. Z rokovanjem pacientu izkaže pozornost, zmanjša napetost in strah ter začne graditi zaupanje. Cilj ZN je vzpostaviti zaupen odnos s pacientom, v katerem se bo počutil varnega, spoštovanega in sprejetega. Pa vendar je v procesu obravnave tudi nekaj takih pacientov (eden od šestih), ki so bolj zahtevni oziroma ki bi jih lahko opredelili kot težavne.

Prispevek obravnava zdravstveno nego pacienta, ki je v procesu zdravstvene obravnave težaven oz. bolj zahteven, njegovo vedenje pa je pogosto tudi nasilno. Nasilno vedenje je urgentna situacija, saj pacient akutno in neposredno ogroža sebe ali svojo okolico. Najpogosteje je to verbalno nasilje (zmerjanje, poniževanje, vpitje, izsiljevanje, grožnje s fizičnim nasiljem) ali nasilno vedenje, usmerjeno bodisi v predmete v okolici in bodisi v ljudi (zaposleni, ostali pacienti). Težavnost pacienta in posledično stopnja nasilnosti sta odvisni od osebnostne strukture pacienta (»borderline« osebnostna motnja, antisocialna osebnost, paranoidna osebnostna struktura). Ti pacienti imajo znižan prag vzdraženosti, duševne motnje (psihoza, manija,odvisnost od alkohola in ostalih prepovedanih drog, dvojne diagnoze, organsko spremenjeni pacienti) in so občutljivi na provokacije iz okolja (sprejem proti volji pacienta, preveliko število pacientov na oddelku, premalo zaposlenih, pacient dobi premalo pozornosti, hišni red, omejitve v oddelkih pod posebnim nadzorom, neustrezna (ne-)verbalna komunikacija osebja, premalo aktivnosti za pacienta, poseganje v avtonomijo pacienta).

Zahtevnost pacienta z duševno motnjo 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 z namenom preprečiti oziroma zmanjšati verjetnost nasilnega vedenja in njegovih posledic. Zagotavljanje varnosti pacienta in osebja predstavlja najpomembnejšo intervencijo psihiatrične zdravstvene nege, ki jo osebje zagotavlja preko nabora številnih intervencij, t.j. vse od terapevtskega pogovora, usmerjanja v ustrezno konstruktivno vedenje, uporabe deeskalacijskih tehnik, aplikacije predpisane mediakmentozne terapije do uporabe posebnega varovalnega ukrepa, ki velja za skrajno obliko intervencije. Temelj psihiatrične zdravstvene nege so torej terapevtska komunikacija, sposobnost empatije in občutek varnosti.

Proces deeskalacije poteka v štirih glavnih fazah, in sicer: 1.) ocena situacije, 2.) zmanjšanje jeze, 3.) razjasnitev težave in 4.) iskanje ustrezne rešitve. Pri deeskalacijskih tehnikah komunikacije je pomembna pravilna uporaba ter usklajenost verbalne in neverbalne komunikacije. Na slednji temelji tudi večji del elementov, ki sestavljajo deeskalacijske tehnike komunikacije. Tako predvsem poslušamo, uporabljamo ponavljanje, odsevanje in potrditev. Vprašanja naj bodo odprtega tipa, osredotočena na vprašalnice kako, kaj ali kdaj. Beseda zakaj naj bi bila provokativna, še posebej, če pacient za nastalo situacijo krivi vas ali vaše sodelavce. Tišino uporabimo kot učinkovito komunikacijsko orodje takrat, kadar želimo pacientu in sebi dati čas za razmislek. Vpitje, sarkazem in nestrpnost dvigujejo napetost pacienta, deeskalacijsko pa deluje pomirjajoč, tih, a odločen glas. Ne govorimo, ko pacient glasno vpije, uporabimo nižji ton glasu. Pacientu moramo dopusti možnost, da verbalizira jezo in stisko, ki jo čuti. Delujemo mirno, a odločno, kontroliramo lastna čustva, prilagodimo svojo stopnjo skrbnosti oz. empatije. Pogosto se razpoloženje druge osebe reflektira na našem obrazu. Če je nekdo vznemirjen, potem našo skrb zanj izražamo z izrazom, ki reflektira njegovo razpoloženje. Med pogovorom vzdržujemo nevtralen očesni kontakt. Strmenje se lahko občuti kot konfrontacijo, umikanje pogleda pa kot nezaupanje. Pacient, ki je na meji nasilnega izbruha potrebuje do štirikrat več prostora. Ne posegamo v njegov osebni prostor, držimo razdaljo 1,5–2 metrov ali vsaj za dolžino roke, ko se napetost zmanjšuje. Dotik je odsvetovan. Pomemben je umik pacienta iz mesta provokacije (npr. drug pacient), ponudimo mu pogovor v mirni sobi, ponudimo mu sedeč položaj, usedemo se tudi mi. Pomembna je drža telesa, zato se izogibamo obrambnim držam, ki izražajo avtoriteto, držimo se sproščeno, s spuščenimi rokami in ne izvajamo hitrih gibov. Pacientu, ki je napet in na meji nasilnega vedenja, nikoli ne kažemo hrbta niti mu dovolimo, da nam zapre pot do izhoda. Stojimo v bližini vrat, ki so rahlo odprta, tako da pacient ne dobi občutka ogroženosti. Med pogovorom ne žvečimo, ne držimo rok v žepih, ne nosimo velikih uhanov, ogrlic in ostalih modnih dodatkov, s katerimi bi nas pacient lahko poškodoval. Obleka medicinske sestre mora biti v skladu s standardom urejenosti MS (brez globokih dekoltejev, prekratkih kril, neprimernih nogavic, neprimernih nohtov in ličil).

Po sprejemu pacienta, ki je zahteven in napet, je pomembno pravočasno predvidevanje nasilnega izbruha , kar vodi v bolj pripravljen in umirjen, ter s tem bolj strokoven odziv tima. Za prepoznavanje dejavnikov tveganja nasilnega vedenja si lahko pomagamo z uporabo BVC lestvice (»broset violence checklist«), ki ima 24-urno napovedno vrednost za nasilno vedenje in ki se ga lahko izpolni že ob sprejemu pacienta ali kasneje na oddelku. Ocena tri ali več predstavlja visoko tveganje za nasilni izbruh v naslednjih 24 urah.

Pri pacientih, ki so v procesu zdravstvene obravnave težavni, je pomembno, da imajo člani zdravstvenega tima na oddelku jasna navodila, natančne urnike aktivnosti, strukturo oddelka, ki jo upoštevajo, jasno opredeljene odgovornosti tako zaposlenih na oddelku kot pacientov, smiselen pa bi bil tudi pisni terapevtski ali drugi dogovor, npr. pakt o nenasilnem vedenju.

V tujini že dolgo velja »ničelna toleranca« do nasilja, ki je v okolju, kjer se zdravijo pacienti z duševno motnjo, žal neizogibno, vendar pa to ne pomeni, da ga smemo dopuščati. Dopuščanje kakršnegakoli nasilnega vedenja povečuje nasilje, nasilno vedenje pa povečuje družbeno stigmo ne le pacienta z duševno motnjo, ampak tudi zaposlenih v psihiatriji.

(KAZENSKO-)PRAVNO VARSTVO ZDRAVSTVENIH DELAVCEV OB NASILJU PACIENTOV

Barbara NERAT,
dr. pravnih znanosti, okrožna sodnica
Okrožno sodišče v Mariboru, (Specializirani) kazenski oddelek
barbara.nerat@sodisce.si
Ključne besede: zdravstvena nega, pacient, kazenska ovadba, kazenski postopek.

Gotovo se slehernemu izvajalcu zdravstvene nege, ki avtonomno opravlja zdravstvene storitve v okviru svoje izobrazbe in usposobljenosti, tu in tam (zelo verjetno ob netipičnih konfliktih z odklonsko naravnanimi pacienti) zastavi vprašanje, ki je povezano z odgovornostjo, do kje, koliko, za kaj in kako odgovarja za svoje delo. Pri tem se v zdravstveni negi zaposleni posameznik ravna skladno z osebnimi vrednotami, osvojeno moralo in merili obnašanja, ki si jih postavi sam. Vendar pa tudi pravice pacienta niso neomejene, saj veljajo določena pravila tudi v nasprotni smeri skozi določbo 54. člena Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP), navedena v obliki dolžnosti, med katerimi je moč zaslediti tudi obvezo obzirnosti in spoštljivosti do zasebnosti zdravstvenih (so)delavcev ter spoštovanja objavljenih urnikov, hišnega reda in predpisanih organizacijskih postopkov izvajalcev zdravstvenih storitev. Za primer naklepnega zaobida izpostavljenih pričakovanj s ciljem doseganja kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je zakonodajalec medicinske sestre in zdravstvene tehnike ustrezno (kazensko-)pravno zavaroval. Prispevek odstira možnosti oškodovanega delavca v zdravstveni negi ob soočenju z nasilnim pacientom.

INTEGRIRANOST ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA OZ. MEDICINSKE SESTRE V (PRED)KAZENSKI POSTOPEK

Zakon o kazenskem postopku (ZKP) deli predhodni postopek na neformalni predkazenski postopek in formalni sodni kazenski postopek. Temeljni cilj predkazenskega postopka je odkrivanje kaznivih dejanj, za katera se storilce preganja po uradni dolžnosti, izsleditev izvršiteljev deliktov in zbiranje dokaznega gradiva, ki bo služilo državnemu tožilcu kot zelena luč za sprožitev kazenskega pregona. Predkazenski postopek je v bistvu policijski postopek, ki ga usmerja državni tožilec kot *dominus litis*, medtem ko je vloga preiskovalnega sodnika namenjena opravljanju posameznih preiskovalnih dejanj zaradi zavarovanja dokazov za potrebe kasnejšega kazenskega postopka in odločanje o posegih v ustavno varovane človekove pravice ter temeljne svoboščine osumljenega (t.j. nasilnega pacienta).

ZDRAVSTVENI TEHNIK IN MEDICINSKA SESTRA V VLOGI OVADITELJA

Vsak lahko naznani kaznivo dejanje, za katero se storilca preganja po uradni dolžnosti (1. odstavek 146. člena ZKP), medtem ko so na podlagi določbe 1. odstavka 145. člena ZKP vsi državni organi in organizacije z javnimi pooblastili dolžni naznaniti kazniva dejanja, za katera se storilca preganja po uradni dolžnosti, če so o njih obveščeni ali če kako drugače zvedo zanje. Tako mora delavec v zdravstveni negi ob srečanju z nasilnim obnašanjem po službeni dolžnosti za primer suma obstoja prepovedanih posledic po ravnanju pacienta, ki je očitno prešlo mejo zakonsko-vzdržnega, navesti dokaze, za katere ve, predmete, na katerih ali s katerimi je bilo kaznivo dejanje storjeno, in morebitna druga dokazila (2. odstavek cit. določila). Pravkar predstavljeno procesno navodilo je sicer *lex imperfecta*, saj zakonodajalec ni predpisal sankcioniranja za nespoštovanje le-tega. Vsekakor ovadba v svoji biti pomeni sporočilo državnemu tožilcu ali policiji, da je bilo storjeno kaznivo dejanje, za katero se storilca preganja po uradni dolžnosti. Takšno sporočilo je lahko, če je popolno, že zadostna podlaga državnemu tožilcu, da začne kazenski pregon, vendar pa je v praksi največkrat samo

podlaga policiji za začetek kriminalistične preiskave. Čeravno splošna dolžnost izvajalca zdravstvenih storitev glede podaje kazenske ovadbe ni izrecno zapisana skozi črko zakona, pa slednji v določbi 281. člena KZ-1 inkriminira opustitev ovadbe kaznivega dejanja ali storilca ter le-to v 2. odstavku za primer zavestne opustitve ovadbe kaznivega dejanja, za katero izve pri opravljanju svoje službe, sankcionira s pretnjo kazni zapora do treh let. Sama ovadba se poda pristojnemu državnemu tožilcu, vendar v praksi velja, da jo prejmeta tudi policija in sodišče. Stvar posameznika je, ali bo za primer suma delikta zoper (lastno) življenje in telo (skozi inkriminacijo 15. poglavja Kazenskega zakonika (KZ-1) laično zaznan npr. kot povzročitev lahke, hude ali posebno hude telesne poškodbe, morebiti celo v obliki poskusa napeljevanja k pomoči pri samomoru ali poskus uboja oziroma umora) podal pisno ali ustno na zapisnik ali jo sporočil po telefonu (na tel. št. 112 in 113 iz bazno istega razloga), npr. v naslednji obliki: »Na pomoč, prosim, pomagajte!« ali kako drugače. Razumljivo je, da se od izvajalca zdravstvene nege ne pričakuje pravilne pravne opredelitve kaznivega dejanja, vseeno pa mora ovadba vsebovati (vsaj) opis dejanskega stanja, ugotovitev z navedbo odločilnih dejstev in ime domnevnega pacienta, če je oškodovani medicinski sestri oziroma zdravstvenemu tehniku seveda znano. Policija, prvi od treh represivnih organov v (širšem) sistemu pravosodja, katere primarna naloga je reševati življenja in varovati premoženje tarčnih oškodovancev, nato na podlagi stanja in podane prijave ugotavlja, kaj, kje, kako, kdaj in na kakšen način je bil izvršen naznanjeni delikt, kakor tudi kdo ga je storil in kdo je (ne-) materialno oškodovan. Prav tako je predmet policijske premotritve iskanje motiva, povoda oziroma (samo-)voljne odločitve za ravnanje, ki je takrat že očitno v razmerju do izvajalca zdravstvene nege prešlo mejo zakonsko dopustnega. Policisti bodo nadalje skušali zaznati psihično stanje udeleženih v »incidentu«, prav tako bodo iskali predmete, uporabljene pri izvršitvi določenega kaznivega dejanja.

ZASLIŠANJE OŠKODOVANEGA DELAVCA V ZDRAVSTVENI NEGI KOT PRIČE

Medtem ko je izvajalec zdravstvene nege ob stiku z agresivnim pacientom nekako stisnjen v kot z dolžnostjo podaje ovadbe in ga gre v tem momentu smatrati kot stikalo za sprožitev kazenskega postopka zoper storilca, ki ga je napadel, pa je njegova procesna pozicija v stadiju glavne obravnave bistveno drugačna. Zakonodajalec mu je skozi določbo 5. točke 1. odstavka 236. člena ZKP namenil t.i. privilegij pravne dobrote, kar pomeni, da se zaradi varovanja poklicne skrivnosti po prostem preudarku sam odloči, ali bo v danem primeru izpovedal o kaznivem dejanju, storilcu (nasilnem pacientu) in o drugih pomembnih okoliščinah (1. odstavek 234. člena ZKP). Oprostitev od dolžnosti pričevanja zajema tudi pravico zavrniti odgovore na vprašanja sodišča in procesnih udeležencev, isto tako pa se sme zavrniti prepoznavo oseb ali predmetov. Ker gre za pravno dobroto v korist zdravstvenega delavca in ne v korist obdolženega pacienta, slednji nima vpliva na odločitev oškodovanega izvajalca zdravstvene nege, ali naj pričanje zavrne ali pač relevantno izpove o za kazenski postopek pomembnih okoliščinah in morebiti tudi priglasi premoženjsko-pravni zahtevek (ki se lahko na podlagi 1. odstavka 100. člena ZKP v tovrstnih primerih tiče povrnitve škode ali vrnitve stvari, op. a.), v kolikor oceni, da je bil z obravnavanim protipravnim dejanjem kakorkoli oškodovan. Na tem mestu je treba opozoriti, da se lahko izjavo o odpovedi pričevanju poda izključno in neposredno pred sodiščem, kar pomeni, da se je zdravstveni delavec v vsakem primeru – ne oziraje se na status privilegiranosti – dolžan vabilu sodišča odzvati in sodnemu osebju zaupati svoje podatke. Vendar če se izvajalec zdravstvene nege po prostem preudarku odloči zaobiti poklicno molčečnost in pričati ter odgovarjati na morebitna vprašanja, ga kot vse »navadne«, tj. neprivilegirane priče, bremeni dolžnost izpovedati po resnici, saj bi sicer skozi zaznan napad na pravosodje zapadel v neugoden procesni položaj obtoževanja na podlagi očitka krivega izpovedovanja (284. člen KZ-1). V vsakem primeru pa ima medicinska sestra oz. zdravstveni tehnik v vlogi neprivilegiranega pričevalca možnost odkloniti odgovor na vprašanje, s katerim bi sebe ali svoje bližnje spravil v hudo sramoto, znatno materialno

škodo ali v kazenski pregon. Po izvedbi celotnega dokaznega postopka bo skozi izsledke personalnih in listinskih dokazil kazensko sodišče prve stopnje ravnanje obtoženega pacienta s pomočjo materialne vrednostne ocene sankcioniralo z meritorno odločitvijo – obsodilno sodbo.

ZAKLJUČEK

Obravnavo sodobnih pacientov je moč označiti kot kompleksno. Medicinsko osebje in pacienti so zatorej za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe obvezani k posebni pozornosti, vendar je nerealno pričakovati, da bo sleherno izvajanje zdravstvene nege potekalo brez zapletov in/ali po jasno začrtanih smernicah. Pacienti se morajo v času bivanja na območju zavodov, kjer se izvaja zdravstveno dejavnost, ravnati po določenih pravnih pravilih. Ker pa s slednjimi nikakor ne gre do potankosti urediti poteka življenja in dela v zdravstvenem zavodu, je logično, da zakon (ali ustrezen podzakonski akt) pooblasti medicinsko osebje, da zahteva od pacientov izpolnjevanje odredb ali ukazov. Pri tem je pomembno, da vse odredbe temeljijo na zakonski podlagi in obvezujejo paciente izključno z namenom zagotovitve reda in miru na območju izvajanja zdravstvene oskrbe. Vsi namreč sestavljamo neločljivo povezano okolje, v katerem je vsakršno nasilje nesprejemljivo.

(KAZENSKO)PRAVNO VARSTVO ZDRAVSTVENIH DELAVCEV OB NASILJU PACIENTOV

dr. Barbara NERAT
Okrožno sodišče v Mariboru
(Specializirani) kazenski oddelek

1

ODGOVORNOST IZVAJALCA ZDRAVSTVENE NEGE

- do kje?
- koliko?
- za kaj?
- kako?
- ...

odgovarja medicinska sestra (MS) in zdravstveni tehnik (ZT) za svoje delo?

2

- v zdravstveni negi zaposleni posameznik se ravna skladno z osebnimi vrednotami, osvojeno moralo in merili obnašanja, ki si jih postavi sam;

3

DOLŽNOSTI PACIENTA

- pravice pacienta niso neomejene!
- 54. člen ZPacP taksativno našteva dolžnosti pacienta, potrebne za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe;

4

PACIENT MORA

- biti obziren in spoštljiv do zasebnosti zdravstvenih (so)delavcev;
- spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev;

5

IN ČE POSTANE PACIENT NASILEN?

- za primer naklepnega zaobida izpostavljenih pričakovanj s ciljem doseganja kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je zakonodajalec medicinske sestre in zdravstvene tehnike ustrezno (kazensko)pravno zavaroval

6

INTEGRIRANOST ZT OZ. MS V (PRED)KAZENSKI POSTOPEK

- ZKP deli predhodni postopek na:

1. neformalni predkazenski postopek in
2. formalni sodni kazenski postopek

7

- Temeljni cilj predkazenskega postopka je odkrivanje kaznivih dejanj, za katera se storilci preganjajo po uradni dolžnosti, izsleditev izvršiteljev deliktov in zbiranje dokaznega gradiva, ki bo služilo državnemu tožilcu kot zelena luč za sprožitev kazenskega pregona.

8

- Predkazenski postopek je v svojem bistvu policijski postopek, katerega usmerja državni tožilec kot *dominus litis*, medtem ko je vloga preiskovalnega sodnika osredotočena na opravo posameznih preiskovalnih dejanj zaradi zavarovanja dokazov za potrebe kasnejšega kazenskega postopka ter odločanje o posegih v ustavno varovane človekove pravice in temeljne svoboščine osumljenega (tj. nasilnega pacienta).

9

ZT IN MS V VLOGI OVADITELJA

- vsak lahko naznani kaznivo dejanje, za katero se storilec preganja po uradni dolžnosti (1. odstavek 146. člena ZKP), medtem ko so na podlagi določbe 1. odstavka 145. člena ZKP vsi državni organi in organizacije z javnimi pooblastili dolžni naznaniti kazniva dejanja, za katera se storilec preganja po uradni dolžnosti, če so o njih obveščeni, ali če kako drugače zvedo zanje;

10

- delavec v zdravstveni negi mora ob srečanju z nasilnim obnašanjem po službeni dolžnosti za primer suma na obstoj prepovedanih posledic po ravnanju pacienta, ki je očitno prešlo mejo zakonsko vzdržnega, navesti dokaze, za katere ve, predmete, na katerih ali s katerimi je bilo kaznivo dejanje storjeno ter morebitna druga dokazila

11

LEX IMPERFECTA

- procesno navodilo o dolžnosti podaje K ovadbe je sicer lex imperfecta, saj zakonodajalec ni predpisal sankcioniranja za nespoštovanje le-tega;

12

KLJUB TEMU PRAVNE POSLEDICE OPUSTITVE OVAJANJA!!!

- čeravno splošna dolžnost izvajalca zdravstvenih storitev glede podaje kazenske ovadbe ni izrecno zapisana skozi črko zakona, pa v določbi 281. člena KZ-1 inkriminirana opustitev ovadbe kaznivega dejanja ali storilca ter le-to v 2. odstavku za primer zavestne opustitve ovadbe kaznivega dejanja, za katero zve pri opravljanju svoje službe, sankcionira s pretnjo kazni zapora do 3 let

13

BISTVO KAZENSKE OVADBE

- ovadba v svoji biti pomeni sporočilo državnemu tožilcu ali policiji, da je bilo storjeno kaznivo dejanje, za katero se storilec preganja po uradni dolžnosti;
- takšno sporočilo je lahko zadostna podlaga državnemu tožilcu, da začne kazenski pregon, vendar pa je v praksi največkrat samo podlaga policiji za začetek kriminalistične preiskave;

14

- stikalo za sprožitev kazenskega postopka zoper storilca, ki je v vlogi pacienta na pravno nevzdržen način napadel izvajalca zdravstvene nege;

15

KJE SE PODA?

- pristojnemu državnemu tožilcu,
- vendar v praksi velja, da jo sprejmeta tudi policija in sodišče

16

KAKO SE PODA?

- pisno ali
- ustno na zapisnik ali
- s sporočilom po telefonu (na tel. št. 112 in 113 iz bazno istega razloga – na pomoč; prosim, pomagajte!, op. a.) ali
- kako drugače (npr. obisk KRIMPOL v AMB)

17

KAJ MORA OVADBA VSEBOVATI?

- od izvajalca zdravstvene nege se ne pričakuje pravilna pravna opredelitev kaznivega dejanja, vendar pa mora ovadba vsebovati (vsaj) opis dejanskega stanja, ugotovitev z navedbo odločilnih dejstev, in ime domnevnega pacienta, če je oškodovani medicinski sestri oziroma zdravstvenemu tehniku seveda znano

18

DELO POLICIJE PO PODAJI KAZENSKE OVADBE

- primarna naloga POL je reševati življenja in varovati premoženje tarčnih oškodovancev,
- na podlagi stanja in podane prijave ugotavlja kaj, kje, kako, kdaj in na kakšen način je bil izvršen naznanjeni delikt, kakor tudi, kdo ga je storil in kdo je (ne)materialno oškodovan,
- iskanje motiva, povoda, predmetov
- ugotavljanje psihičnega stanja udeleženih v »incident«;

19

ZASLIŠANJE OŠKODOVANIH MS/ZT KOT PRIČE

- procesna pozicija v stadiju glavne obravnave bistveno drugačna kot v predsodnem postopku;

20

PRIVILEGIJ PRAVNE DOBROTE

- zaradi varovanja poklicne skrivnosti po prostem preudarku izvajalec zdravstvene nege sam odloči, ali v bo danem primeru izpovedal o kaznivem dejanju, storilcu (nasilnem pacientu) in o drugih pomembnih okoliščinah
- (1. odstavek 234. člena ZKP)

21

- oprostitev od dolžnosti pričevanja zajema tudi pravico zavrniti odgovore na vprašanja sodišča in procesnih udeležencev, isto tako sme izvajalec zdravstvene nege zavrniti prepoznavo oseb ali predmetov;

22

- ker gre za pravno dobroto v korist zdravstvenega delavca in ne v korist obdolženega pacienta, slednji nima vpliva na odločitev oškodovanega izvajalca zdravstvene nege, ali naj pričanje zavrne ali izpove o za kazenski postopek pomembnih okoliščinah in morebiti tudi priglasi premoženjskopravni zahtevek (ki se lahko v tovrstnih primerih tiče povrnitve škode ali vrnitve stvari), v kolikor oceni, da je bil z obravnavanim protipravnim dejanjem kakorkoli oškodovan;

23

KJE SE PODA IZJAVA O ODPOVEDI PRIČEVANJU?

- izključno in neposredno pred sodiščem;
- zdravstveni delavec se je v vsakem primeru – ne oziraje se na status privilegiranosti – dolžan vabilu sodišča odzvati in sodnemu osebju zaupati svoje podatke;

24

MS/ZT KOT "NAVADNA" PRIČA

- bremeni dolžnost izpovedati po resnici;
- v nasprotnem skozi zaznan napad na pravosodje zapade v neugoden procesni položaj obtoževanja na podlagi očitka krivega izpovedovanja (284. člen KZ-1);
- v vsakem primeru pa ima MS oz. ZT v vlogi neprivilegiranega pričevalca možnost odkloniti odgovor na posamezno vprašanje, s katerim bi sebe ali svoje bližnje spravil v hudo sramoto, znatno materialno škodo ali v kazenski pregon;

25

PO ZAKLJUČKU DOKAZNEGA POSTOPKA:

- obsodilna sodba!
- pacient je spoznan za krivega izvršitve očitkov obtožbe, njegovo ravnanje se kazensko sankcionira;

26

NAMESTO ZAKLJUČKA ...

- obravnavo sodobnih pacientov je označiti kot kompleksno, zato se morajo v času bivanja na območju zavodov, kjer se izvaja zdravstvena dejavnost, ravnati po določenih pravnih pravilih. Ker pa s slednjimi nikakor ne gre do potankosti urediti poteka življenja in dela v zdravstvenem zavodu, je logično, da zakon (ali ustrezen podzakonski akt) pooblasti medicinsko osebje od pacientov zahtevati izpolnjevanje odredb ali ukazov.

27

- vse odredbe morajo temeljiti na zakonski podlagi in obvezovati paciente izključno z namenom zagotovitve reda in miru na območju izvajanja zdravstvene oskrbe;
- vsi namreč sestavljamo neločljivo povezano okolje, v katerem je vsakršno nasilje nesprejemljivo.

28

Zahvaljujem se za vašo pozornost

☺

29

VAROVANJE PODATKOV PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVU OB SOOČENJU ZDRASVTVENIH DELAVCEV Z NASILJEM

Nataša Pirc Musar, univ. dipl. prav.

Pri obdelavi osebnih podatkov velja za javni sektor (kamor sodijo vsi izvajalci zdravstvenih storitev) t.i. načelo zakonitosti, kar pomeni, da osebnih podatkov ni dovoljeno obdelovati, če izvajalec zdravstvenih storitev nima podlage v zakonu. Pri nasilnih pacientih, za katere zdravnik ugotovi nasilnost kot del diagnoze, se ta podatek seveda lahko vpiše tudi v zdravstveno kartoteko pacienta, največ težav pa lahko nastane pri vprašanju, kdo vse za takšno oznako ob diagnozi lahko izve. Kdaj npr. lahko to povemo ostalim zdravstvenim delavcem in kdaj morda celo javnosti, če je pacient recimo svojo zgodbo (v kateri npr. obtožuje zdravstvene delavce zlorab) zaupal novinarjem. Če se dotaknemo še širše pravice do zasebnosti pacienta, se zagotovo pojavijo še številna druga vprašanja - npr. kaj storiti, če pacient na pregled pride z nožem ali kakšnim drugim predmetom, s katerim zdravstvenega delavca lahko poškoduje. Mu ga lahko vzamemo, mu lahko odklonimo zdravljenje?

Varovanje podatkov pri zdravstveni obravnavi ob soočenju zdravstvenih delavcev z nasiljem
Nataša Pirc Musar,
www.pirc-musar.si
Ljubljana, 13.2.2015
Pirc Musar
ODVETNIŠKA DRUŽBA

Ljubljana, 13.2.2015
5
Krogi zasebnosti
1. krog zasebnosti
Pričakovana zasebnost

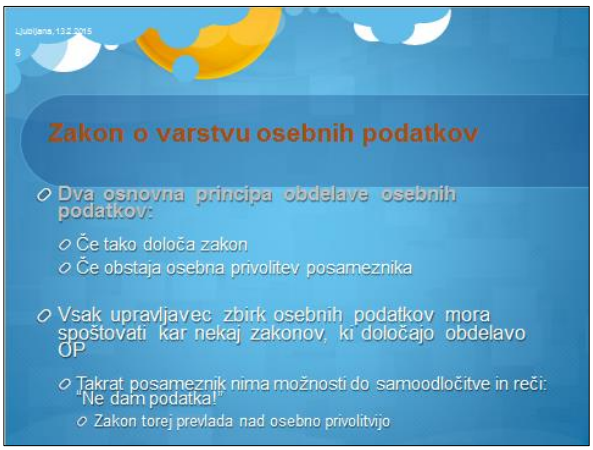
Koncept zasebnosti

Ljubljana, 13.2.2015
6
Krogi zasebnosti
2. krog zasebnosti
Absolutne in relativne javne osebe
Več vdora

Ljubljana, 13.2.2015
3
Iz želodca na mobilnik
V tablete vgrajeni čipi med drugim merijo temperaturo in kisline. Fotografija je simbolična.

Ljubljana, 13.2.2015
7
Krogi zasebnosti
3. krog zasebnosti
Informacijska zasebnost
Komunikacijska zasebnost
Veljajo ista pravila kot v 2. krogu zasebnosti

Ljubljana, 13.2.2015
4
Smart video surveillance
"You're not watching TV, your TV is watching you!"
Track Web Visitors In Real Time
Watch visitors arrive at your site in real time and move from page to page. Track real time web usage.


Ljubljana, 13.2.2015
8
Zakon o varstvu osebnih podatkov
Dva osnovna principa obdelave osebnih podatkov:
Če tako določa zakon
Če obstaja osebna privolitev posameznika
Vsak upravljavec zbirk osebnih podatkov mora spoštovati kar nekaj zakonov, ki določajo obdelavo OP
Takrat posameznik nima možnosti do samoodločitve in reči: "Ne dam podatka!"
Zakon torej prevlada nad osebno privolitvijo

Ljubljana, 13.2.2015
9

Osnovna načela

- Načelo sorazmernosti
- Načelo sledljivosti
- Načelo točnosti in ažurnosti
- Zavarovanje zbirk osebnih podatkov
  - Dostopne pravice
- Videonadzor
  - Vhod v poslovne prostore ali nadzor nad zaposlenimi, nad (nasilnimi) pacienti??

Ljubljana, 13.2.2015
10

Zakon o duševnem zdravju

- **18. člen**
- **(1) Izvajalci programov in storitev za duševno zdravje so dolžni kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela zvedo o osebi, zlasti informacije o njenem zdravstvenem stanju, osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb.**
- **(2) Dolžnosti varovanja informacij iz prejšnjega odstavka se lahko izvajalca programov in storitev za duševno zdravje razreši v skladu z določbami zakona, ki ureja pacientove pravice.**

Ljubljana, 13.2.2015
11

Kdo lahko za časa življenja pridobi naše zdravstvene podatke?

- **Nasilje kot diagnoza – ergo podatek o zdravstvenem stanju**
- 45. člen ZPacP
- Daje pravico širokemu krogu ljudi, če pacient nič ne določi sam
- Ožji družinski člani: zakonec, zunajzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti, starši, posvojitelji, stari starši, otroci oziroma posvojenci, vnuki ter bratje in sestre.
- Bližnje osebe: so s pacientom v zaupnem razmerju in to lahko z gotovostjo izkažejo (fant in dekle recimo)
- Zato možen razmislek o prepovedih
- Informacija o zdravstvenem stanju in dostop do dokumentacije

Ljubljana, 13.2.2015
12

Posebni varovalni ukrepi, 29. člen

Proaktivno obveščanje

(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.

Ljubljana, 13.2.2015
13

Kdo je najbližja oseba?

- Najbližja oseba je posameznik, ki ga določi oseba. Če oseba svoje najbližje osebe ne določi, je najbližja oseba po tem zakonu določena po naslednjem izključujočem vrstnem redu:
- zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz registrirane istospolne partnerske skupnosti,
- polnoletni otroci oziroma posvojenci,
- starši oziroma posvojitelji,
- polnoletni bratje ali sestre,
- stari starši,
- polnoletni vnuki.

Ljubljana, 13.2.2015
14

Kdaj lahko tretjim posredujemo podatke o nasilnih pacientih

- **3. odstavek 45. člen ZPacP**
- Zdravnik lahko sporoči informacije o zdravstvenem stanju pacienta, če je to nujno potrebno za varovanje življenja ali preprečitev hudega poslabšanja zdravja drugih oseb. To pomeni, da je zdravnik upravičen informacije sporočiti tretji osebi, ni pa tega dolžan storiti. Mora pa zdravnik sam presoditi, ali je sporočanje informacije o npr. nasilnosti pacienta res potrebno za varovanje življenja ali preprečitev hudega poslabšanja zdravja drugih – kakšne razmere so torej tiste, ki opravičuje aplikacijo obravnavane določbe tretjega odstavka 45. člena ZPacP.
  - Presoja je v celoti zdravnikova

Ljubljana, 13.2.2015
15

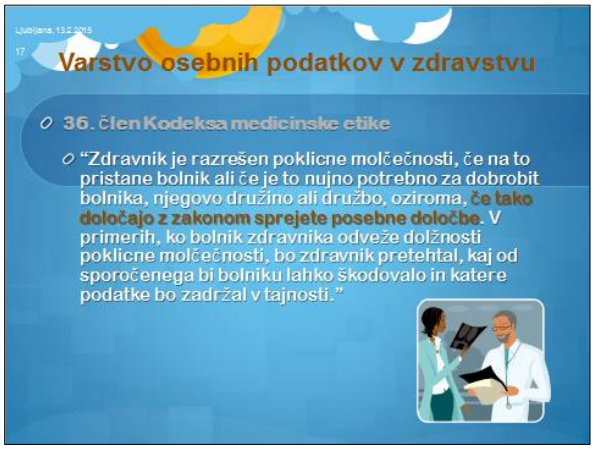
Nasilen pacient pobegne z zaprtega oddelka. Bomo obvestli medije?

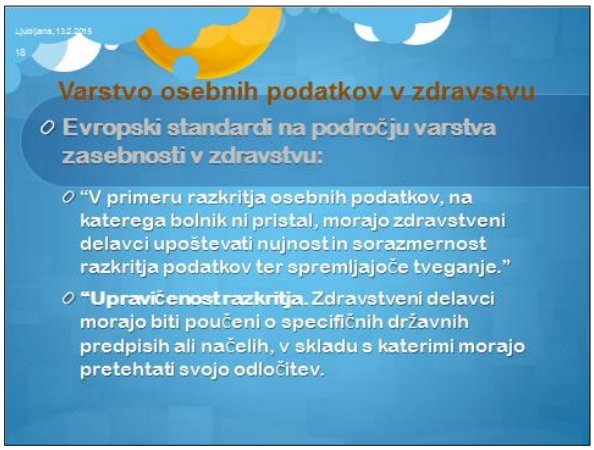
Ljubljana, 13.2.2015
16

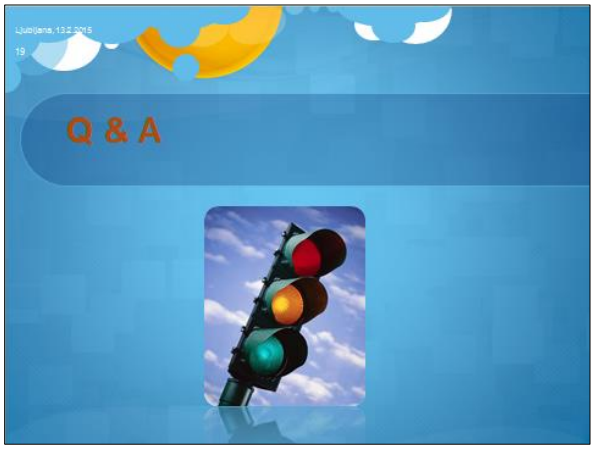
Nasilen pacient pokliče medije

Kaj lahko stori bolnišnica?

a) Je tiho, ne komunicira z mediji?
b) Pove popolnoma vse, celotno diagnozo, ves potek zdavljenja?
c) Pove le tisto, kar odgovori na očitke pacienta?


Ljubljana, 13.2.2015
17
Varstvo osebnih podatkov v zdravstvu
36. člen Kodeksa medicinske etike
"Zdravnik je razrešen poklicne molčečnosti, če na to pristane bolnik ali če je to nujno potrebno za dobrobit bolnika, njegovo družino ali družbo, oziroma, **če tako določajo z zakonom sprejete posebne določbe**. V primerih, ko bolnik zdravnika odveže dolžnosti poklicne molčečnosti, bo zdravnik pretehtal, kaj od sporočenega bi bolniku lahko škodovalo in katere podatke bo zadržal v tajnosti."


Ljubljana, 13.2.2015
18
Varstvo osebnih podatkov v zdravstvu
Evropski standardi na področju varstva zasebnosti v zdravstvu:
"V primeru razkritja osebnih podatkov, na katerega bolnik ni pristal, morajo zdravstveni delavci upoštevati nujnost in sorazmernost razkritja podatkov ter spremljajoče tveganje."
"Upravičenost razkritja. Zdravstveni delavci morajo biti poučeni o specifičnih državnih predpisih ali načelih, v skladu s katerimi morajo pretehtati svojo odločitev.


Ljubljana, 13.2.2015
19
Q & A

TEŽAVNA OBRAVNAVA ALI TEŽAVNI BOLNIKI: LASTNA PROFESIONALNA NARAVNANOST DO BOLNIKOV, KI JIH »PREPOZNAMO« KOT TEŽAVNE

izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.
Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana
polona.selic@siol.net

Ključne besede: profesionalizem v odnosu z bolnikom, kompetence v medosebnih odnosih, čustva, profesionalna vloga, nasilje nad profesionalci

Pri presojanju vedenja drugih je bolj verjetno, da ga dojamemo kot posledico njihovega značaja in ne situacije, v kateri so. To pomeni, da smo pretežno nagnjeni k temu, da druge vidimo odgovorne za njihovo lastno vedenje. Ta vrsta pristranosti je temeljna pripisovalna (atribucijska) napaka. Pri presoji lastnega vedenja je tendenca drugačna: mnogo bolj smo nagnjeni k oceni, da je na naše vedenje vplivala situacija (npr., »Ti si slab / jaz sem se znašla v neugodnih okoliščinah«). V določenih okoliščinah smo bolj nagnjeni k pristranskim sodbam, zato če kaže, da bo imelo vedenje določene osebe učinek na nas, potem pretežno dojemamo osebo kot odgovorno za to dejanje. Kadar ocenjujemo, da je vedenje posebej namenjeno nam, je dispozicijski pripis še verjetnejši. Kadar se ljudje obnašajo skladno z našimi pričakovanji, to navadno pripišemo situaciji. Nepričakovano vedenje pa običajno razumemo kot posledico njihovega »resničnega« značaja. Konstrukt »težavnega« bolnika je nedvomno povezan z oceno (neprimernega) vedenja bolnika.

Zdravstveni delavci nezavedno in vseskozi ocenjujejo in primerjajo vedenje tistih bolnikov, s katerimi lažje in bolj udobno komunicirajo, z onimi, ki jih prepoznavajo kot »težavne«. Do tega pripisa pride na podlagi primerjave uglašenosti vedenja tega bolnika z vedenjem drugih (vedenjski konsenz). Ob zelo uglašenem vedenju zdravstveni delavec sklepa, da je vzrok situacija, če je oseba edina, ki se tako vede, zato lahko to razume kot posledico njenega značaja oziroma osebnosti. Doslednost vedenja je naslednja ocena, ki jo zdravstveni delavec oblikuje, ko si skuša razložiti ravnanje določenega bolnika, ali se navadno tako vede (potem je vzrok v osebi) ali ne (vzrok je verjetno v situaciji). V medosebnih odnosih običajno ocenjujemo tudi, kako se oseba vede do različnih ljudi (razločevalnost vedenja), vendar zdravstveni delavec priložnosti za ocenjevanje razločevalnosti vedenja določenega bolnika nima prav veliko.

Poleg uglašenosti in doslednosti vedenja na oceno morebitne »težavnosti« bolnika vplivajo tudi pričakovanja, ki so eden najpomembnejših načinov (»vzvodov«) medsebojnega vplivanja. V določenih situacijah pričakujemo določene vrste vedenja glede na socialne vloge, ki jih prevzemamo v družbi. V večini socialnih interakcij poteka ravnanje z ljudmi na določen način zato, ker je odnos družbeno priznan in zanj obstajajo ustaljene norme vedenja. Če se bolnik vede na način, ki je po merilih zdravstvenega delavca nesprejemljiv, je večja verjetnost, da ga bo ta ocenil kot »težavnega«. Poleg procesa normalizacije je pomemben mehanizem usklajevanja z družbenimi pričakovanji tudi samoizpolnjujoča napoved (prerokba). Gre za domneve/ocene, ki se uresničijo že zato, ker so bile izrečene (ker so se pojavile). Če/ko zdravstveni delavec nekega bolnika »prepozna« kot »težavnega«, je večja verjetnost, da se bo ta tudi tako obnašal.

V odnosu med zdravstvenim delavcem in bolnikom ni vzajemnega samorazkrivanja in odprtosti, kar bolnika neizogibno postavlja v odvisni položaj. Učinkovito sporazumevanje

pomaga uravnavati bolnikova čustva, zagotavlja ustrezno razumevanje medicinskih informacij ter omogoča prepoznavanje in upoštevanje bolnikovih potreb, stališč in pričakovanj.

Na zdravstvenega delavca in bolnika vplivajo pretekla in sedanja čustvena stanja in izkušnje ter trenutna medosebna interakcija. Čustva vplivajo na kognitivne procese in vedenje (prosocialno vedenje, priklic, odločanje, prepričevanje, obdelavo informacij in stališča). Praviloma je pozornost v komunikacijskem polju usmerjena na bolnikovo čustveno stanje (tesnobnost, depresijo, simpatijo ali antipatijo do zdravstvenega delavca), vendar medosebno interakcijo obarvajo tudi čustva zdravstvenega delavca (zahtevni, frustrirajoči bolnik lahko vzbudi jezo, prijeten, relativno zdrav, zavzet in uglajen pa simpatijo). Zdravstveni delavci se teh čustev pogosto ne zavedajo ali jih skušajo potlačiti.
V medosebnih interakcijah neredko deluje vzajemnost simpatije/antipatije. Pogosto smo naklonjeni tistim, za katere verjamemo, da so naklonjeni nam, o čemer se odločimo na osnovi njihovega vedenja. Zdravstveni delavec in bolnik izražata simpatijo ali antipatijo drug do drugega, bolniki pa izražajo čustva tudi v zvezi s svojim stanjem. Ocene čustvenega stanja drugega so informacija o odnosu, zlasti o simpatiji ali antipatiji. »Težavni« bolnik zelo verjetno vzbudi antipatijo in/ali odpor, zato je priporočljivo namesto o težavnem bolniku razmišljati o težavni obravnavi oziroma težavnem/napornem sporazumevanju. Zdravstveni delavci kot »težavne« praviloma ne ocenjujejo klinično-problematičnih bolnikov, marveč je »težavnost« bolnika najpogosteje povezana z odnosom med zdravstvenim delavcem in bolnikom, velikokrat pa gre v tem odnosu za težave v sporazumevanju ter za neugodno čustvovanje pri zdravstvenem delavcu.
»Težavni« bolniki so pogosto zaznamovani in obremenjeni z neugodnimi življenjskimi izkušnjami, kar vpliva na njihovo (z)možnost vzpostavljanja konstruktivnih medosebnih odnosov. Zaupanje med bolnikom in zdravstvenim delavcem se lahko razvije le, če ta dejansko obravnava bolnika celovito kot osebo, ki pričakuje, čustvuje in potrebuje pomoč. Celovit pristop omogoči spoznavanje bolnikove življenjske zgodovine ter olajša uravnavanje čustvenega sovplivanja v t. i. »težavnih« obravnavah. Medsebojno sodelovanje ter podporni pristop k bolniku povečuje učinkovito obravnavo tudi t.i. »težavnih« bolnikov, pri zdravstvenem delavcu pa preprečuje frustracije in izčrpanost.

»Težavno vedenje« je potrebno jasno razlikovati od nasilnega ravnanja bolnikov. Da lahko neko vedenje opredelimo kot nasilje, mora vsebovati namero, fizično silo ali moč in povzročiti posledice. Velikega razpona uravnavanja medosebne konfliktnosti ne smemo povezovati z nasiljem, ampak s področjem agresivnosti. Nasilje je pogosto, vendar napačno rabljeno kot sopomenka za agresivnost, ki je energetska kapaciteta za dejavno spoprijemanje s težavami in prilagajanje v okolju, usmerjena pa je lahko konstruktivno ali destruktivno. Agresivno vedenje lahko izhaja iz neuzaveščenih nagibov ali posebnosti razvojnega obdobja. Pomembno je vedeti, da se človek zavestno odloča, kako se bo odzval, in pri tem lahko vedno izbere prosocialno ali destruktivno strategijo. Nasilje je namerno, do agresivnega vedenja pa lahko pride tudi nehote, po nesreči.

Odnos do bolnika je v praksi pogosto instrumentalen in ne vključuje podporne odnosnosti. Slednja je pogosto ključnega pomena pri t. i. »težavnih« bolnikih. V »težavnih« obravnavah je v ozadju »težavnega« vedenja bolnikov pogosto mogoče odkriti njihove neizpolnjene simbiotske naravnanosti, vedenje samo pa vzbuja v zdravstvenih delavcih neugodne čustvene odzive. Profesionalna vloga zdravstvenega delavca zato zahteva krepitev kompetenc za podporno komuniciranje, zmanjševanje ovir v komunikaciji in empatično delovanje.

Sprememba koncepta »težavnega« bolnika v koncept »težavne« obravnave pomeni preseganje pripisovalnih napak in samouresničujočih prerokb v medosebni interakciji z bolnikom ter od zdravstvenega delavca terja nenehno zmožnost samorefleksije, predvsem pa pomeni udejanjanje t. i. partnerskega odnosa z bolnikom v vsakdanji praksi.

Težavna obravnava ali težavni bolniki: Lastna profesionalna naravnanost do bolnikov, ki jih »prepoznamo« kot težavne

izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

1

VSEBINA IN POUDARKI

- medosebno sporazumevanje
- komunikacijsko polje, socialno zaznavanje in socialne vloge
- podporno sporazumevanje
- samoopazovanje in samonadzor
- čustva
- konflikti v medosebnih odnosih

2

OPREDELITEV:

Pod pojmom **medosebna komunikacija** razumemo več kot samo besedni vidik srečanja.

Gre za medosebno izmenjavo (**interakcijo**), ki poteka vsaj na treh ravneh:

besedni (besedna izmenjava)
nebesedni (vedenjski) in
empatični (tudi projekcijski).

Maximum involvement, but keeping a distance...

3

Dejavniki v medosebnem sporazumevanju

KOMUNIKACIJSKO POLJE:

- **KONTEKST** – VLOGE, ČAS, PROSTOR, NAMEN
- **DEJAVNIKI PRI ENI OSEBI**
- **DEJAVNIKI PRI DRUGI OSEBI**
- **INTERAKCIJA** - ZGODOVINA ODNOSA, ZAUPANJE, MEDSEBOJNO SPOŠTOVANJE

4

DEJAVNIKI PRI OSEBAH V INTERAKCIJI

- **ŽIVLJENJSKA ZGODOVINA** – osebnostne lastnosti, življenjske izkušnje, znanje, vrednote, strategije spoprijemanja s stresom, načini izražanja čustev
- **TRENUTNO STANJE** – bolečine, tesnobnost, socialna podpora (pomembni Drugi), izgorelost
- **ODNOS DO PRIHODNOSTI** – duhovnost, želje, cilji

5

KONCEPT SOCIALNE VLOGE

- **KAJ** (KDO DELA)
- **KAKO** (TO POČNE)
- **KJE – KDAJ** (TO POČNE)
- **KAJ MORA**
- **ČESA NE SME**

POZNAVANJE PRAVIL / NAVODIL / USMERITEV
= OSNOVA ZA RAZUMEVANJE VLOG
= TEMELJ ZA DOBRO KOMUNIKACIJO

6

KAKŠNA JE VAŠA PROFESIONALNA VLOGA?

7

Dejavniki pri bolniku

- **telesni znaki/težave**
- **psihološki dejavniki, povezani z boleznijo** in/ali **zdravljenjem** (tesnobnost, depresivnost, jeza, zanikanje)
- **pretekle izkušnje** (z zdravnikom in/ali zdravljenjem)
- **percepcija zdravnika** in bolnikov **koncept vloge zdravnika**
- **prepričanja o bolezni in zdravju** (odnos do lastnega zdravja)
- **samopredstavitev bolnika** (težava, o kateri se želi pogovarjati)
- **pričakovanja** (temelječa na preteklih izkušnjah)

8

Dejavniki pri zdravstvenem delavcu

- veščine v medosebnih odnosih
- samozaupanje
- osebnostne značilnosti
- telesno stanje in počutje (utrujenost)
- psihično stanje (tesnobnost, izgorelost)

9

ODNOS ZDRAVSTVENI DELAVEC ↔ BOLNIK

- vključuje obe osebi v interakciji (recipročna, čustveno obarvana)
- **odnos do bolnika:** povezan z **doživljanjem in uresničevanjem lastne profesionalne vloge**
- **bolnikovo dojemanje in ocenjevanje zdravstvenega delavca:** izhaja iz **odnosa** med njima, dve ključni gibali - trajanje odnosa in izkušenost zdravstvenega delavca

10

TEŽAVNI BOLNIK ALI TEŽAVE V ODNOSU?

- »težavnost« bolnika najpogosteje povezana z odnosom med zdravstvenim delavcem in bolnikom
- velikokrat gre v tem odnosu za težave v sporazumevanju ter za neugodno čustvovanje pri zdravstvenem delavcu
- odnos do bolnika je v praksi pogosto instrumentalen in ne vključuje podporne odnosnosti

11

Odnos (občutenje) simpatije ni pogoj za doživljanje empatije. Empatija ima **kognitivno** dimenzijo (zmožnost menjave perspektive), **čustveno** (vživljanje v čustvovanje drugega) in **etično** dimenzijo (dobronamernost, skrb za blagostanje drugega).

12

ČUSTVA

ČUSTVO je odziv posameznika na dražljaj (dogodek), ki ga ocenjuje kot **pomemben**

– ta odziv pripravni osebo na prilagoditveno aktivnost na visceralni, motorični, motivacijski in mentalni ravni

– oseba ne reagira neposredno na dražljaj/dogodek, ampak na **pomen**, ki ga pripiše temu dogodku

- čustvujemo samo, ko je nekaj dovolj pomembno – zato v isti situaciji različni ljudje različno čustvujejo:

- dogodek/dražljaj **zazna** (**percepcija**)
- dogodku/dražljaju **določi pomen** (**apercepcija**)
- **ovrednoti dogodek**/spremembo – **določi vlogo** - (**valorizacija**)
- znotraj **referenčnega okvira**

REFERENČNI OKVIR je sistem pravil, kod, pomenov, vrednot – oseba ga uporablja zavestno in nezavedno, da bi razumela in opredelila dražljaje, ki prihajajo iz okolja, drugih ljudi in nje same

13

IZRAŽANJE ČUSTEV IN (PROFESIONALNA) VLOGA

Način izražanja čustev:

- **besede**
- **vedenje**

Ravnanje s čustvi – EKSPRESIVNOST - odprtost izražanja čustev:

- odprto in jasno izražamo vsa čustva
- čustva se prikrivajo in jih ne izražamo

14

TEŽAVNE OKOLIŠČINE? TEŽAVNA OBRAVNAVA?

?

ODNOS → CILJ

15

NASILJE NAD ZDRAVSTVENIMI DELAVCI – REZULTATI RAZISKAV

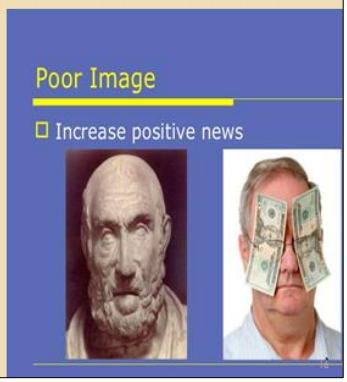
-različno razumevanje nasilja in agresije

-ni vsako »grdo« vedenje bolnikov tudi nasilno, saj ne vključuje (vseh) elementov nasilja (namere, fizične sile ali moči in neugodne (škodljive) posledice)

-zdravstveni delavci opozarjajo na naraščajočo nasilnost bolnikov

-agresivnost in/ali nasilnost bolnikov naj bi bila eden od treh najtežjih stresorjev v medicini

-dosedanje raziskave zelo redko vključujejo bolnike in njihovo zaznavanje in vrednotenje neprimernega in/ali nasilnega vedenja



NASILJE ≠ AGRESIJA

- naraščajoča socialna in ekonomska prikrajšanost
- potrošništvo
- nerealna pričakovanja bolnikov
- krčenje pravic iz zdravstvenega zavarovanja
- siromašenje storitev javnih zdravstvenih sistemov

17

JEZA

21

NESRAMNI?
ŽALJIVI?
NEUGODNI?
TEŽAVNI?
NAPORNI?
ZOPRNI?
AROGANTNI?
MANIPULATIVNI?

ZAUPANJE

22

OSEBE
ALI
VEDENJE?

19

ZAUPANJE

- O medsebojnem zaupanju govorimo takrat, ko osebi v odnosu druga za drugo verjameta, da sta **dobronamerni**, **zmožni** (sposobni) in **pripravljeni** (vztrajni, dosledni) ravnati na zaželen in/ali dogovorjen način.
- Če osebi druga druge ne ocenjujeta kot dobronamerno, (strokovno) kompetentno, vztrajno in dosledno pri uresničevanju vedenjskih namer, ne bosta zaupali ena drugi.

23

STRAH

20

Zaupanje

Zmožnost empatije:

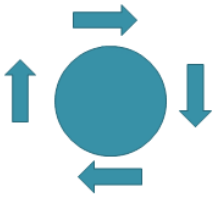
→ oblikovanje zaupanja

= središčno gibalo odnosa med zdravstvenim delavcem in bolnikom

→ ocena dobronamernosti izhaja iz empatičnega, čustveno izraznega odnosnega komuniciranja

24

TEŽAVE Z LASTNIM ČUSTVOVANJEM?!



- strah, jeza
- (ne)zaupanje
- (ne)empatija
- umik v instrumentalen odnos
- stopnjevanje "težavnosti"

25

Medosebni konflikt(i)

- **trčenje dveh ali več motivov**, ki ga spremljajo občutki nezadovoljstva, jeze ali besa, zaskrbljenosti, nezaupanja in sumničenja v tuje namere
- v različnih življenjskih obdobjih in različnih vlogah - **medsebojno nasprotovanje potreb, želja, interesov, čustev in ravnanja**
- sestavni del boja za **središčno mesto v odnosu** (*kdo je v odnosu bolj pomemben*)
- pojavljajo se v prizadevanju za varnost in gotovost (*kako se v odnosu počutiti varno/e*)
- vključeni so v **boj za prevlado** (*kdo dominira v odnosu*) in za **osebno integriteto v odnosu** (*kako sebe ohraniti v odnosu*)
- konflikt nastane vselej, ko želje, pričakovanja, potrebe, stališča, mnenja dveh (ali več) posameznikov v sporazumevalnem odnosu niso skladna

26

Vzroki za nastanek konfliktov

- različna in popačena **prepričanja**
- problemi zaradi frustriranosti in različnih **vrednotnih orientacij**
- konfliktni odnosi in **čustvovanja**
- agresivnost v vedenjskih programih (vzorcih) posameznikov
- v **osebi** sami (napačna presoja resničnosti, nepoznavanje samega sebe, nenadzorovana čustva, povezana s poznavanjem samega sebe)
- tesnoba
- predsodki, netolerantnost in pomanjkanje humorja

27

Dejavniki konfliktne situacije

- **Osebe v konfliktu**: vsaj dve stranki (posameznik, skupina ali organizacija); med strankama mora obstajati zavestni stik - če ni stika, ni konflikta.
- **Prostor**, področje ravnanja oziroma obnašanja (v določenem prostoru in času ima vsaka oseba svoj položaj, ki si ga prizadeva v prihodnosti spremeniti).
- **Viri** (možnosti omejene zaradi omejenega števila virov).

28

Predpostavke za uspešno reševanje konfliktov

- odkritost
- medsebojno zaupanje, ob obojestranski pripravljenosti sprejemanja novih informacij
- vztrajnost
- odločnost
- spoštljivost
- ogibanje ravnanju »zmaga – poraz« in sprejemanje poštene konfrontacije = način »zmagam-zmagaš« oz. »jaz sem v redu-ti si v redu«
- težavo ločimo od človeka (*ne obtožujemo ter analiziramo človeka, pač pa konkretne težave oziroma vedenje v določeni situaciji*)
- osredotočimo se na potrebe in želje, na pa na zahteve
- empatično delovanje (*ne sklepamo o njegovih namenih zaradi svojih strahov, ne krivimo drugega za svoje težave*)

29

AMBIVALENTNOST V MEDOSEBNIH ODNOSIH?

30

KAJ SMO SE NAUČILI?

31