



*Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Ob železnici 30, 1000 Ljubljana, tel. +01/544 54 80; e –naslov: tajnistvo@zbornica-zveza.si*

Delovna skupina za pripravo Protokola fizičnega oviranja pacientov v bolnišnicah

Člani delovne skupine, imenovani pri Zbornici - Zvezi:

mag. Branko Bregar, vodja
dr. Saša Kadivec, članica
Zdenka Kramar, članica
Nevenka Marinšek, članica
Sandra Naka, članica

S strani Zdravniške zbornice povabljeni k sodelovanju: doc. dr. Danica Rotar, članica

PROTOKOL FIZIČNEGA OVIRANJA S PASOVI PACIENTOV V BOLNIŠNICAH

Upravni odbor Zbornice – Zveze je protokol potrdil na dopisni seji od 14. do 18. decembra 2012

Sklep UO 140/9K: Člani UO so Dokument »Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnicah« natančno pregledali in ocenili, da se s strani Zbornice – Zveze lahko umesti na dnevni red seje RSKZN, ki bo potekala 19.12.2012. Dokument je vsebinsko dober, a se lahko uporablja le ob urejeni zakonodaji.

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje je protokol potrdil na svoji seji 19. 12. 2012.

Sklep 06/b/80-2012: Protokol ovirnice RSKZN potrjuje s pridržkom, da se pravno uredi. Ministru predlaga uvedbo postopkov za noveliranje zakonodaje.

Definicija posebnih varovalnih ukrepov

Posebni varovalni ukrep (v nadaljevanju PVU) je definiran v Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) kot »nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom«.

Zakon določa, da se PVU uporabljajo na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Določa dva ukrepa: telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora.

Pomislek pri uporabi PVU oziroma njim podobnih ukrepov v nepsihiatričnih bolnišnicah je v tem, da ZDZdr takšne ukrepe dovoljuje le v okviru psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda, ne pa tudi v okviru drugih bolnišnic ali javnih zdravstvenih zavodov (29. čl. ZDZdr). Zaradi navedenega je vprašljivo, ali bi bila vpeljava PVU v te ustanove legitimna, saj bi tudi aktivnosti v nepsihiatričnih bolnišnicah morale temeljiti na ustreznih zakonskih podlagah. PVU so namreč v ZDZdr zelo natančno regulirani in omejeni, pri čemer je predvidena tudi vključitev direktorja psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda, najbližje osebe, odvetnika in zastopnika oziroma zakonitega zastopnika, ki imajo pravico celo predlagati izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa. PVU oziroma ukrepi fizičnega oviranja pacientov v nepsihiatričnih bolnišnicah bi morali biti torej regulirani najmanj enako, kot je zgoraj opisano, kar pomeni, da bi morali biti regulirani v ustreznem zakonu.

Med posebne varovalne ukrepe nekateri prištevajo različne stopnje manj ali bolj invazivnih nadzorov, uporabo posteljne ograjice, oviranje v invalidskem vozičku in fotelju ali stolu (Možgan 2009). Vsi ti ukrepi ravno tako močno posegajo v pacientovo osebno svobodo, njegovo integriteto in dostojanstvo, zato morajo biti premišljeno odrejeni. Tudi za te ukrepe morajo obstajati protokoli in standardi, ki se jih je potrebno dosledno upoštevati.

V protokolu je obravnavan samo PVU telesnega oviranja s pasovi in se termin PVU uporablja samo v ta namen.

Terminološka opredelitev

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika pomeni ovirati oteževati ali preprečiti gibanje, premikanje. Uporablja se tudi izraz fiksirati, kar pomeni trdno namestiti, pritrditi kaj v določenem položaju ali na določenem mestu (Ahlin et al., 2000).

Za zdravstveno področje je mogoče definicijo najti v Zakonu o duševnem zdravju (2008), kjer se termin PVU uporablja za fizično omejevanje pacientov. Med PVU prištevamo: telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora.

V tuji literaturi se za omejevanje pacientov pogosto uporablja termin prisilni ukrep¹, kamor uvrščajo tako izolacijo² kot fizično oviranje³ pacientov (Stewart et al., 2010). Izolacije

¹ Prisilni ukrep = coercive measures

² Izolacija = seclusion

pacientov, ki jo uporabljajo v tujini za obvladovanje vedenja pacientov, pri nas na splošno ne poznamo, poznamo pa fizično oviranje pacienta, ki je opredeljeno tako v Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) pod terminom posebni varovalni ukrepi in kot ga omenjajo v svojih prispevkih tudi nekateri avtorji pri nas (Bregar, Možgan, 2012a; 2012b). Definicijo fizične ovirnice najdemo v tuji literaturi definirano kot pripravo, material ali oprema, ki je pritrjena na ali blizu telesa, ki se je ne da enostavno odstraniti, še posebno je ne more odstraniti pacient sam (Retsas, 1998).

V protokolu uporabljamo, glede na pomen PVU, tudi termin telesno oviranje s pasovi.

Namen in cilj protokola

Namen protokola je poenotiti pristop in usmeritve za ukrepanje v primerih, ko je potrebno uporabiti omejevanje pacienta s fizičnim varovalnim ukrepom. V dokumentu so ukrepi jasno opredeljeni, z njimi morajo biti seznanjeni in jih tudi pri delu dosledno upoštevati vsi zaposleni. S protokolom natančno opredeljujemo načine zagotavljanja varnosti in omogočanje zdravljenja s pomočjo omejevanja in omejevalnih pripomočkov.

Cilj protokola je pripraviti podlage z opisi ustreznega fizičnega oviranja pacientov tudi v nepsihotričnih bolnišnicah, kar bo služilo pri pripravi zakonskih regulativ, ki bi jih bilo potrebno oblikovati za vse bolnišnice in ne le za psihotrične ustanove.

Cilji protokola:

- poenotiti pristop in usmeritve za ukrepanje v primerih, ko je potrebno uporabiti fizično omejevanje pacienta s prisilnimi sredstvi;
- podlage za izdelavo dokumentov, ki zagotavljajo kakovostno in varno vodenje pacientov, pri katerih uporabljamo fizična varovalna sredstva.

Protokol bo izvajalcem zdravstvenega varstva v pomoč pri odgovorih na naslednja vprašanja (Coercive Measures in Medicine, 2005):

- V kakšnih etičnih in pravnih okoliščinah je uporaba PVU upravičena?
- Katere ukrepe je treba sprejeti, da bi se izognili uporabi PVU?
- Kako naj bodo pacient oziroma njihovi skrbniki, pravni zastopniki ali sorodniki obveščeni?
- Na kakšen način se PVU izvajajo s čim manj škode za pacienta?
- Kakšno vrsto nadaljnje oskrbe je treba zagotoviti osebam, ki so bile podvržene PVU?
- Kako poteka postopek dokumentacije?

Pregled literature

Omejevanja svobode, kot sta fizično oviranje in izolacija, so bile vzrok strokovnih razprav v smislu opravičevanja njihove uporabe v mnogih državah od začetkov moderne psihotrije. Medicinska stroka opisuje začetek psihotrije kot medicinske discipline, ko je psihotrične paciente v francoskih bolnišnicah Salpêtriere in Bicetre z verig osvobodil Philippe Pinel leta 1793. Najstarejši problem institucionalne psihotrije sta skozi vso zgodovino fizično oviranje

³ Fizično oviranje = restrain

in izoliranje pacientov in ostaja izziv v psihiatričnih službah po svetu tudi danes. V drugi polovici 19. stoletja sta Hill in Connolly v Veliki Britaniji vodila gibanje, ki si je prizadevalo za ukinitve vseh načinov oviranja pri zdravljenju psihiatričnih bolnikov. Ta cilj je v tistem času botroval veliko razpravam v raznih evropskih državah. Popolna prepoved uporabe oviranja in izolacije pri psihiatričnih pacientih ni bila izvedena. Kljub temu, da je uporaba posebnih varovalnih ukrepov včasih kontroverzna in uporaba lahko povzroči tudi resne, včasih usodne stranske učinke, pa se avtorji sodobnih člankov in študij na to temo v različnih državah strinjajo, da popolna ukinitve teh ukrepov ni mogoča (Steinert et al., 2009).

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

Avtorji, ki se v ukvarjajo z uvedbo posebnih varovalnih ukrepov pri pacientih, večinoma prihajajo iz zahodne Evrope, kjer prevladujejo skandinavske države in Velika Britanija, Združenih držav Amerike, Kanade, Izraela, Avstralije in Tajvana. Steinert in sodelavci (2009) so v svoji mednarodni raziskavi ugotavljali trende v uporabi posebnih varovalnih ukrepov v različnih državah. V raziskavi so sodelovale Finska, Nemčija, Švica, Nizozemska, Velika Britanija, Združene države Amerike, Nova Zelandija, Japonska, Norveška, Španija in Islandija. Rezultati raziskave kažejo veliko raznolikost med sodelujočimi državami glede tipa, frekvence in trajanja uporabe posebnih varovalnih ukrepov. Največja razlika v uporabi varovalnih ukrepov je med Veliko Britanijo in Nizozemsko. Vse ostale države, razen Islandije, so nekje vmes po času trajanja izolacije in fizičnega oviranja. Islandija je država s 300 000 prebivalci in z eno psihiatrično bolnišnico. Ta država je zanimiva izjema, kjer so uporabo fizičnega oviranja pacientov prepovedali že pred desetletji in jih nikoli več uporabljali (Steinert et al., 2010).

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

Za obvladovanje nasilnega ali agresivnega vedenja pacientov se lahko izvajajo tudi različne alternativne metode, katerih poznavanje je nujno, če želimo incidenco PVU zmanjšati. Največji uspeh pri zniževanju incidence PVU je bilo upoštevanje novih pravil o uporabi PVU, spremembe v sestavi timov, kroženje kadra, izobraževanje kadra, obravnava posameznih primerov in vpeljevanje posebnih timov, ki so se vključevali ob reševanju kriznih trenutkov. Večina analiz je pokazala, da se je uporaba PVU zmanjšala ob uporabi alternativnih metod. V različnih študijah so tudi ugotovili, da se je zaradi nove zakonodaje in smernic na tem področju zmanjšalo število uporabe posebnih varovalnih ukrepov (Donat, 2002a, 2003b).

Donat (2002, 2003) je v dveh študijah dokazal, da je na zmanjšanje uporabe PVU vplivala sprememba v izobrazbeni strukturi medicinskih sester in spremembi razmerja med pacienti in negovalnim osebjem. To najbrž lahko pripisujemo večji količini časa, ki ga je medicinska sestra lahko namenila posameznemu pacientu, uporabi vedenjskih in psihosocialnih pristopov, od katerih se lahko pričakuje, da preprečijo konflikte na oddelku, zaradi večjega števila osebja pa so bili uvedeni tudi drugi programi na oddelku (uporaba načrta zdravljenja po vedenjsko kognitivni terapiji za posameznega pacienta). V nekaterih bolnišnicah so uvedli novo delovno mesto, kjer je medicinska sestra delovala kot odvetnik osebja in pomagala na oddelkih pri zmanjševanju nasilnega vedenja. Na akutnem psihiatričnem oddelku v Avstraliji so poleg ostalih intervencij začeli rotirati osebje na oddelkih, z namenom preprečevanja izgorevanja. V šestmesečnem obdobju niso ugotovili nobenega vpliva na zmanjšanje uporabe PVU (Sullivan et al., 2004). Za zelo učinkovito metodo za zmanjševanje potrebe po uporabi PVU se je izkazalo izobraževanje negovalnega kadra o različnih tehnikah deeskalacije, vključno s poznavanjem stopnje nasilnega obnašanja in možne nevarnosti. V študiji finskih avtorjev Kontia in sodelavcev (2010) pa kot alternativno metodo preprečevanja uvedbe PVU opisujejo uporabo moči in avtoritete, ki sta povezani s položajem zdravnika na oddelku, moško sestavo negovalnega tima in večjim številom osebja. Opisujejo, da se agresivnega in nasilnega pacienta lahko umiri tudi z nastopom s pozicije moči in avtoritete. Ta alternativa je bila uporabljena redko pri zelo agresivnih in nesodelujočih pacientih. Opisujejo, da je občutek osebne avtoritete in moči za osebje zelo pomemben, ker se v nasprotnem primeru lahko prenese na paciente. Poročajo, da uporabljajo moč, vendar ne na nehuman način. So primeri, ko je prisotnost zdravnika in njegovo pogovor s pacientom bolj učinkovit kot z medicinskimi sestrami/tehnikami. Moški zdravstveni tehniki v očeh pacientov predstavljajo avtoriteto in moč in že njihova prisotnost lahko zmanjša napetost (Kontio et al. 2010). Kljub temu pa je večina pregledanih študij programov za zmanjševanje uporabe posebnih varovalnih ukrepov opisovala programe, ki so vsebovali različne intervencije. Zaradi tega ni jasno, ali so k uspehu zmanjševanja uporabe PVU največ doprinesli sprememba nacionalnih zakonskih ureditev na tem področju, strukturne spremembe v sami organizaciji dela in izvajanju intervencij ali pa spremembe v delovanju negovalnega osebja pri obravnavi pacientov. Čeprav na podlagi raziskav ni mogoče ugotoviti idealne kombinacije intervencij za najbolj uspešno zmanjševanje uporabe PVU, pa so takšne študije potrebne. Predvsem zato, da se uspešne kombinacije intervencij lahko uvajajo v prakso tudi po končani študiji, s tem pa pacientom omogočijo bolj dostojanstven in terapevtski način zdravljenja. Prednosti uporabe alternativnih intervencij so se pokazale tudi v spremenjenem odnosu osebja do pacienta, kulture in atmosfere na oddelkih, kar se kaže v uspešnejši vlogi oddelčnega vodje in boljši komunikaciji v multidisciplinarnem timu (Stewart in sod., 2010).

Izvajanje PVU ima pomemben vpliv na medicinske sestre in drugo osebje. Poročajo o fizičnih poškodbah med samo intervencijo, obenem pa opisujejo občutke jeze, tesnobe, stresa. V njih nastaja konflikt med zagotavljanjem varnosti pacientu, osebju, okolici in vzdrževanjem profesionalnih vrednot in vzdrževanjem terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Raziskave kažejo, da 25 odstotkov poškodb pri osebju nastane med intervencijo fizičnega oviranja. Zaradi teh podatkov je pomembno, da se razvijejo strategije, ki bodo zmanjševale stopnjo tveganja pri osebju »v prvih bojnih vrstah« (Hollins, Stubbs, 2011). Poročajo tudi o etičnih konfliktih zaposlenih med uvajanjem PVU. Med tem ko se medicinske sestre odločajo, kaj je za pacienta najbolj prav in varno, pa zdravnikom veliko dilemo predstavlja odločanje za uvedbo PVU, ko se je le to že zgodilo. V večini držav je uvedba PVU dovoljena takrat, ko je zdravnik ocenil stanje pacienta, ukrep odobril in ga nadziral. V realnosti pa temu ni tako. Medicinske sestre niso le glavni vir informacij o stanju pacientov pred uvedbo PVU, ampak so v večini primerov tudi ključne pri odločitvi za uvedbo. Kar pa

predstavlja pravno dilemo, ki zahteva ponovni pregled zakonodaje in priporočil (Kontio et al., 2010). V Izraelu se od leta 2009 na podlagi uredbe Ministrstva za zdravje diplomirane medicinske sestre lahko neodvisno odločijo o uvedbi PVU pri starostnikih (Ben Natan et al., 2010).

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

»Bilo je neudobno. Kot da sem privezana žival. Edina razlika je, da nisem imel verig okoli vratu....Počutil sem se umazanega...Spominjal sem se zgodb, ki mi jih je pripovedovala babica o suženjstvu. Počutil sem se kot suženj, privezan. Ničesar nisem mogel storiti. Bil sem pod nadzorom nekoga drugega« (Strout, 2010).

Pomembno je, da se zavedamo, kaj z uvedbo posebnih varovalni ukrepov povzročimo pri pacientih, medtem ko želimo zagotoviti varnost in ga pomiriti. Pred uporabo posebnih varovalnih ukrepov je potrebno uporabiti deeskalacijske tehnike, aplikacijo zdravil, umirjati pacienta. Velik pomen pripisujejo tudi izobraževanju medicinskih sester in ostalega osebja na tem področju (Strout, 2010). Vendar uporaba PVU pri pacientih lahko povzroči tudi druge neželene posledice, kot so različne infekcije, poškodbe kože, mišic in kosti, razjede zaradi pritiska, kontrakture, večje možnosti padcev in v najhujših primerih tudi smrt (Strout, 2010). Pacienti s psihiatričnimi boleznimi imajo pogosto pridružene tudi druge bolezni, npr. bolezni kardiorespiratornega sistema, diabetes, debelost, osteoporozo, kar še poveča verjetnost neželene dogodkov med izvajanjem PVU (Hollins, Stubbs, 2011). Nastanek poškodb je posledica pacientovega fizičnega stanja in nepravilne izvedbe fizičnega oviranja, predvsem ob uporabi prevelike moči in oviranja v nepriporočenih položajih (oviranje, ko pacient leži na trebuhu). Pomen pravilne uporabe posebnih varovalnih ukrepov potrjuje tudi raziskava Berzlanovicha in sodelavcev (2012), ki so v letih od 1997 do 2010 naredili 26 avtopsijskih pri ljudeh, ki so umrli, ko so bili fizično ovirani. Pri treh primerih je prišlo do naravne smrti. V 22 primerih sta odkrila, da je bil vzrok smrti v fizičnem oviranju. Pri vseh 22 se ni izvajal stalni nadzor, vzroki smrti so bili zadušitev (11 primerov), direkten pritisk na prsni koš (osem primerov) in visenje z glavo navzdol (trije primeri). Pri 19 primerih so ugotovili, da so bili nepravilno ovirani, v dveh primerih so bili uporabljeni nestandardizirani pasovi. V enem primeru je bil vzrok oviranje s prevelikim trebušnim pasom, čeprav je bil pravilno nameščen (Berzlanovich et al., 2012).

Različne študije kažejo, da je kar 16 – 85 odstotkov starejših pacientov ali oskrbovancev domov za starejše fizično oviranih (Ben Natan et al., 2010; Karlsson et al., 1998). Veliko odstopanje v odstotku starejših oviranih pacientov gre na račun razlik med državami, institucijami, starostjo pacientov/oskrbovancev in njihovimi kognitivnimi sposobnostmi. V teh institucijah kot vzrok za uporabo fizičnega oviranja najbolj pogosto navajajo moralno in zakonsko odgovornost, da zaščitijo paciente/oskrbovance pred poškodbami. Čeprav negovalno osebje ne mara uporabe fizičnega oviranja pri starostnikih, pa ne vidijo nobene boljše alternativne rešitve. Težave v gibanju, visoka odvisnost od skrbi drugih, zmanjšana kognicija ter predhodni padci predstavljajo visoko tveganje, da bo pacient/oskrbovanec fizično oviran. Ben Natan in sodelavci (2010) so raziskovali, kako odnos negovalnega osebja

vpliva na pogostost oviranja starejših pacientov/oskrbovancev. Rezultati so pokazali, da bi se večina negovalnega osebja odločila za fizično oviranje, če bi s tem preprečili možnost padca in samopoškodbe pri pacientih/ oskrbovancih, polovica se ne zaveda možnih zapletov fizičnega oviranja, četrtnina pa se strinja z uporabo fizičnega oviranja, v primerih ko je delo na oddelku zahtevno in ko je veliko pacientov/oskrbovancev in malo negovalnega osebja. Četrtnina negovalnega osebja je prepričana, da vodstvo institucije podpira uporabo fizičnega oviranja pri starostnikih, večina pa se strinja s trditvijo, da se svojci pacientov/ oskrbovancev ne strinjajo s fizičnim oviranjem.

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

Zakonodaja in etični vidik

Zakon o pacientovih pravicah (2008) (v nadaljevanju ZPacP) v nekaterih členih opredeljuje privolitev pacienta v zdravljenje oziroma opredeljuje zdravstveno obravnavo, ko osebna privolitev pacienta ni možna, zdravstvena obravnavo pa je nujna. 26. člen zakona govori, da se ne sme opraviti medicinskega posega brez pacientove privolitve, razen v primerih prisilne hospitalizacije oziroma v primeru obveznega zdravljenja nalezljivih bolezni. 28. člen prav tako pravi, da se nujna medicinska pomoč (v nadaljevanju NMP) lahko opravi v primeru, ko pacient ni sposoben odločati o samemu sebi in ni zmožen izraziti svoje volje. 29. člen opredeljuje, kdaj se medicinski poseg oz. zdravstvena oskrba, ko ne gre za NMP ali operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem, lahko izvede brez privolitve pacienta. 30. in 31. člen govorita o pravici do zavrnitve zdravstvene oskrbe. 30. člen sicer pravi, da je ta omejena v primeru, če bi zavrnitev ogrozila pacientovo življenje in zdravje drugih. Isti člen tudi natančno določa dolžnost zdravnika v tem primeru. 35., 37. in 38. člen govorijo o posebnih načinih uveljavljanja pravic pacientov, ki niso sposobni odločati o sebi. Med te osebe spadajo otroci, pacienti s težavami v duševnem razvoju in pacienti, ki začasno niso sposobni odločati o sebi.

V ZPacP (2008) PVU niso posebej opredeljeni kot način fizičnega obvladovanja pacientov za zagotavljanje nujne kontinuirane zdravstvene obravnave. Osrednji pravni dokument, ki v Sloveniji določa uporabo PVU, je Zakon o duševnem zdravju (2008) (v nadaljevanju ZDZdr), ki velja le za psihiatrične bolnišnice in socialno varstvene inštitucije. ZDZdr (2008) v 29. členu opredeljuje posebni varovalni ukrep kot »nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali

zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom«. Dodatno zakon določa, da se posebni varovalni ukrepi uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Kot PVU določa le dva ukrepa: telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Opredeljuje, kdo in v kakšnem primeru lahko PVU odredi, koga je treba o odrejenem ukrepu obvestiti, koliko časa lahko tak ukrep traja, kako je z nadzorom osebe med trajanjem ukrepa in drugo.

Varuh človekovih pravic je pri pregledu zdravstvenih in socialnih ustanov, ki lahko po zakonu (ZDZdr, 2008) uporabljajo PVU, ugotovil, da nekatere ustanove, ki uporabljajo PVU, niso spremenile prakse njihovega izvajanja. Npr. še vedno uporabljajo »zdravnikovo odobritev vnaprej«, včasih tudi za neomejeno obdobje; uvedejo PVU tudi na prošnjo svojcev; pomanjkljivo nadzirajo izvajanje PVU oziroma pomanjkljivo beležijo opravljen nadzor. Stališče Varuha človekovih pravic v zvezi s tem je vseskozi nedvoumno: vsak poseg, ki posega v pravico ali svoboščino posameznika, ne glede na njegove osebne okoliščine, mora biti predviden z zakonom, prav tako pa tudi način njegovega izvajanja, trajanje posega in nadzor nad posegom (Dolčič, 2011). Iz ZDZdr (2008) izhaja, da so PVU možni le v psihiatričnih bolnišnicah in v socialno varstvenih zavodih, ki imajo organizirane oddelke pod posebnim nadzorom ali varovane oddelke, medtem ko ukrepi ne veljajo v drugih zdravstvenih zavodih, čeprav bi bili sprejeti pri istem pacientu in iz istih razlogov. Namestnik varuhinje človekovih pravic pravi celo, da se nepsihiatrični zavodi v takem primeru znajdejo v položaju, ki je protipraven (Dolčič, 2011). Pojasnjuje: »Dejstvo je, da noben predpis ne ureja varovalnih ukrepov izven področja duševnega zdravja, zato po načelu, da je treba omejitve uporabljati restriktivno, pravzaprav nobena bolnišnica ne sme uporabiti PVU, četudi obravnava bolnika z duševno motnjo ali duševno boleznijo«.

V slovenskem prostoru so dostopni tudi nekateri pravilniki v socialno varstvenih zavodih, ki so po mnenju namestnika varuhinje človekovih pravic dobro izhodišče za urejanje razmer na tem področju, vendar vsi zakonsko nimajo veljave, zlasti v tistih zavodih, kjer le teh ukrepov po zakonu ne smejo izvajati (Dolčič, 2011).

V tisočletni poti medicinske deontologije se z okoliščinami, ki bi lahko vodile do uporabe PVU srečamo v povedi Maimonidove zdravniške molitve (Moses Maimonides, 1135 – 1204), ki je zapisal: »Obdari me, moj Bog, s prizanesljivostjo in potrpežljivostjo do trmoglavih in nasilnih bolnikov«. Zapis v knjigi Medicinska etika in deontologija komentira prof. Anton Dolenc kot poziv k prizanesljivosti pri zdravljenju grobih in neotesanih bolnikov (Dolenc, 1997).

V Kodeksu medicinske deontologije Slovenije (1992), ki ga uporabljamo danes, je potrebno poudariti 17. člen, v katerem je izražena zahteva po pridobitvi privolitve bolnika pred posegom ter dodano, kdaj je zdravnik upravičen napraviti poseg brez bolnikove privolitve.

17. člen

O načinu zdravljenja mora zdravnik pridobiti privolitev bolnika, potem ko ga seznanijo o pomenu posega za ugotavljanje, zdravljenje in spremljanje njegove bolezni. Le v primerih, ko gre za nujen poseg zaradi neposredne nevarnosti za življenje, pacient pa ni v stanju, da bi dal svoj pristanek, je zdravnik upravičen napraviti poseg brez bolnikove privolitve.

V **55. členu** Kodeksa je prisila neposredno omenjena, vendar ta člen ne nudi odgovora, kako ravnati, če je takšen ukrep posledica za bolnika in druge ogrožajočega vedenja. Ta člen je

namreč naravnani v preprečevanje sodelovanja zdravnikov pri mučenju, kar se je, žal, v preteklosti dogajalo v vojnah.

55. člen

Zdravnik ne sme nuditi prostora, priprav, snovi ali lastnega spoznanja, ki bi omogočilo mučenje. Zdravnik ne sme prisostvovati zastraševanju, mučenju in usmrnitvi. Zdravnik psihiater nikoli ne sme sodelovati v prisilni psihiatrični obravnavi, ko ne gre za duševno bolezen.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) v II. načelu navaja: »Medicinska sestra spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja.«

Standardi:

- Medicinska sestra je zagovornica pacienta in njegovih pravic.
- Medicinska sestra informira pacienta na podlagi resnice, razumljivo in obzirno.
- Informirano soglasje pacienta je pogoj, da medicinska sestra sprejeme odločitev o predvidenem programu zdravstvene nege.
- Soglasje je proces, pri katerem pacienta aktivno sodeluje in ima pravico sprejeti ali zavrniti postopke zdravstvene nege.
- Medicinska sestra za pridobitev soglasja pacienta ne sme uporabljati statusne moči, prisile ali ga zavajati; med njima naj vlada partnerski odnos.
- Medicinska sestra oceni avtonomijo pacienta, ki so mu bolezen ali drugi dejavniki začasno ali trajno zmanjšali sposobnost samoodločanja. Pacientu nudi možnost izbire v okviru njegovih sposobnosti. Pomaga mu, da vzdržuje oziroma znova pridobi zanj najvišjo možno stopnjo avtonomije.
- Kadar se vprašanja pacienta nanašajo na področja zunaj zdravstvene nege, ga medicinska sestra napoti k ustreznemu strokovnjaku.
- Medicinska sestra v skladu s celostno obravnavo pacienta spoštuje njegovo izbiro tudi na področju komplementarnega in naravnega zdravilstva.

Tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je omenjena beseda prisila, ki se je ne sme uporabljati za pridobitev soglasja v postopkih zdravstvene nege. Medicinska sestra ocenjuje avtonomijo pacienta ter sposobnost samoodločanja.

PVU so torej v središču pravno-etičnih dilem, še posebej ker v deontoloških priporočilih niso ustrezno definirani. Po eni strani je vsak primer prisile kršitev ustavno varovane človekove pravice, po drugi strani pa je terapevtska odredba o uporabi PVU obveznost uporabe prisile za zaščito pacienta samega oziroma druge osebe, ki sodeluje v postopkih zdravljenja. V vsakem posameznem primeru je potrebno razlikovati med neprostovoljno namestitvijo v instituciji s posledično omejitvijo svobode gibanja in prisilni medicinskimi ukrepi (Coercive Measures in Medicine, 2005).

Prisilni ukrepi so lahko zelo travmatični. Posebno pozornost je treba nameniti načelu sorazmernosti, kar pomeni, da morajo biti ukrepi sorazmerni s stopnjo tveganja in ne smejo biti zamenljivi z manj prisilnimi ukrepi. V vsakem posameznem primeru je torej potrebno določiti, kateri ukrep je za določeno osebo najmanj travmatičen. Presoditi moramo, ali pričakovane (osebne in družbene) koristi prevladajo nad možnimi pomanjkljivostmi. Trajanje PVU je treba prilagoditi okoliščinam. PVU morajo biti izbrani na podlagi najnovejših spoznanj ter biti reverzibilni.

Pri presoji uporabe PVU je treba upoštevati dejstvo, da lahko nastane fizična in psihična škoda. Odgovoriti je potrebno na vprašanje, ali obstaja tveganje telesne poškodbe (npr. tromboza, okužbe, zlomi). Uporaba PVU na bolnika ne sme delovati sramotilno oziroma dajati občutka, da gre za povračilni ukrep.

Kadar je bolnikova sposobnost za samostojno sprejemanje odločitev vprašljiva, je treba avtonomnost in soodločanje varovati, kadarkoli je mogoče in stremeti k zaščiti pravice in človekovega dostojanstva. Ko bolnikovo sodelovanje ni mogoče, se odločitve sprejmejo po tehtanju koristi in bremen ter ob upoštevanju najboljših interesov pacienta. Pri tem sodelujejo zdravniki, medicinske sestre, družinski člani in skrbniki. Če sprejemanje takšnega soglasja ni mogoče, je za reševanje nastale situacije pristojen sodni sistem. Včasih razmere zahtevajo takojšnje ukrepanje za zaščito pacienta, pri čemer čas ne dopušča obvestilo družinskega člana. (Reduction of Patient Restraint and Seclusion in Health Care Settings, 2012).

Postavljanje sistema

Različni akreditacijski standardi priporočajo vzpostavitev sistema vodenja varnosti in kakovosti tudi na področju PVU.

V kolikor se osredotočimo na standard NIAHO glede uporabe prisilnih sredstev ali osamitve, ta določa (NIAHO, 2003), da imajo »vsil bolniki pravico do svobode pred prisilnimi sredstvi ali osamitvijo v katerikoli obliki, če omenjeni ukrepi niso potrebni z medicinskega stališča ali če jih osebe izvajajo kot način prisile, discipline, prikladnosti ali povračilnih ukrepov. Vsakega bolnika je treba obravnavati s spoštovanjem in dostojanstvom«. Bolnišnica se obvezuje, da bo varovala bolnike in njihove pravice v primeru, da so uporabljene metode prisilnih sredstev ali osamitve. PVU kot prisilno omejevanje gibanja so vsakršna fizična metoda, fizična ali mehanična naprava, material ali oprema, ki bolnika imobilizira ali zmanjšuje njegovo zmožnost prostega premikanja rok, nog, telesa ali glave. Prisilno omejevanje gibanja kot sredstvo je tudi substanca oziroma zdravilo, kadar je uporabljeno kot omejitev za nadzor bolnikovega vedenja ali omejevanje bolnikove svobode gibanja in ne predstavlja običajne terapije oziroma odmerka za bolnikovo zdravstveno stanje. Uporaba PVU povzroča moralna, etična in zakonska vprašanja. Standard NIAHO v primeru uporabe prisilnih sredstev bolnišnici nalaga izpolnjevanje zahtev, ki so predstavljene v tabeli 2.

Tabela 2: Zahteve NIAHO v primeru uporabe prisilnih sredstev

| |
|---|
| Varovanje bolnikov in njihovih pravic v primeru, da so uporabljene metode prisilnih sredstev ali osamitve |
| Upoštevanje določbe odredbe za uporabo prisilnih sredstev ali |

| |
|--|
| osamitve |
| Vzpostavitev stalnega ocenjevanja, nadzora in vrednotenja stanja bolnika |
| Vodenje dokumentacije bolnika v primeru uporabe prisilnih sredstev |
| Vzpostavitev nadzora kakovosti v primeru uporabe prisilnih sredstev |
| Vzpostavitev usposabljanja osebja za primere uporabe prisilnih sredstev |

Vir: Standard NIAHO (2003).

Uporabo fizičnega oviranja s pasovi opredeljuje tudi ISO 9001:2007 v točkah 7 (izvajanje) in 8 (učinkovitost našega dela). V primeru, da se dotika tudi osebja (etične dileme ...), je uporaba fizičnega oviranja s pasovi tudi v domeni standarda Vlagatelj v ljudi. Sistem zagotavljanja kakovosti nam narekuje:

- Za uporabo fizičnega oviranja s pasovi moramo razviti protokole, smernice in navodila za pomoč osebju pri delu,
- Če uporabljamo fizično oviranje s pasovi, moramo bolnika stalno ocenjevati glede nadaljnje uporabe,
- Potrebno je stalno izobraževanje osebja o uporabi fizičnega oviranja s pasovi (Bray, et al, 2004).

Raziskava (Kontio, et al, 2009) z vključenimi zdravniki in medicinskimi sestrami je pokazala potrebo po pisnih protokolih in smernicah glede uporabe fizičnega oviranja s pasovi in izobraževanja. Poseben pomen vidijo v izobraževanju vseh članov tima. Potreba po podpori in superviziji zdravstvenemu osebju v primerih uporabe fizičnega oviranja s pasovi lahko zmanjša nesreče pri njihovi uporabi, izboljša počutje osebja in vodi v boljše zadovoljstvo osebja. Pomen znanja o uporabi fizičnega oviranja s pasovi so avtorji dokazali (Weiner, Tabak, Bergman, 2003), ko so raziskovali etične dileme uporabe fizičnega oviranja s pasovi pri bolnikih z demenco na internem in psihogeriatrskem oddelku bolnišnice v Izraelu. Medicinske sestre na internem oddelku, ki so imele manj znanja, so se bolj strinjale z uporabo fizičnega oviranja s pasovi.

Alternativni načini ukrepanja pred uporabo fizičnega oviranja s pasovi

Večina analiz je pokazala, da se je uporaba PVU zmanjšala ob uporabi alternativnih metod. Za obvladovanje nasilnega ali agresivnega vedenja pacientov se izvajajo različne alternativne metode. Intervencije so bile različne, najbolj pogosto uporabljeno je bilo **upoštevanje novih pravil ob uporabi posebnih varovalnih ukrepov, spremembe sestave kadrov, kroženje kadra, izobraževanje kadra, obravnava posameznih primerov in vpeljevanje posebnih timov, ki so se vključevali ob reševanju kriznih trenutkov**. V različnih študijah so ugotovili, da se je zaradi nove zakonodaje in smernic na tem področju zmanjšalo število uporabe PVU (Donat, 2002, 2003). Donat (2002, 2003) je v dveh študijah dokazal, da je na zmanjšanje uporabe ukrepov vplivala **spmemba v izobrazbeni strukturi medicinskih sester in spremembi razmerja med pacienti in negovalnim osebjem**. To najbrž lahko pripisujemo večji količini časa, ki ga je medicinska sestra lahko namenila posameznemu pacientu, **uporaba vedenjskih in psihosocialnih pristopov, od katerih se lahko pričakuje, da preprečijo konflikte na oddelku, zaradi večjega števila osebja pa so bili uvedeni tudi drugi programi na oddelku** (uporaba načrta zdravljenja po vedenjsko kognitivni terapiji za posameznega pacienta). V

nekaterih bolnišnicah so uvedli *ново delovno mesto*, kjer je medicinska sestra delovala kot odvetnica osebja in pomagala na oddelkih pri zmanjševanju nasilnega vedenja. Učinkovita metoda za zmanjševanje potrebe po uporabi PVU se je izkazalo *izobraževanje negovalnega kadra o različnih tehnikah deeskalacije, vključno s poznavanjem stopnje nasilnega obnašanja in možne nevarnosti*.

V študiji finskih avtorjev Kontio in sodelavcev (2010) pa kot alternativno metodo preprečevanja uvedbe PVU opisujejo *uporabo moči in avtoritete*, ki sta povezani s položajem zdravnika na oddelku, moško sestavo negovalnega tima in večjim številom osebja. Opisujejo, da se agresivnega in nasilnega pacienta lahko umiri tudi z nastopom s pozicije moči in avtoritete. Ta alternativa je bila uporabljena redko pri zelo agresivnih in nesodelujočih pacientih. Opisujejo, da je občutek osebne avtoritete in moči za osebje zelo pomemben, ker se v nasprotnem primeru lahko prenese na paciente. Poročajo, da uporabljajo moč, vendar ne na nehuman način. So primeri, ko je prisotnost zdravnika in njegovo pogovor s pacientom bolj učinkovit kot z medicinskimi sestrami/tehnikami. Moški zdravstveni tehniki v očeh pacientov predstavljajo avtoriteto in moč in že njihova prisotnost lahko zmanjša napetost. Udeleženci raziskave opisujejo, da ob zelo napetih trenutkih pokličejo na oddelek več moškega osebja in včasih že njihova prisotnost umiri situacijo.

Prednosti uporabe alternativnih intervencij so se pokazale tudi v spremenjenem odnosu osebja do pacienta, kulture in atmosfere na oddelkih, kar se kaže v uspešnejši vlogi oddelčnega vodje in boljši komunikaciji v multidisciplinarnem timu (Stewart in sod., 2010).

Poznamo še naslednje postopke, katere preučimo in uporabimo pred bolj restriktivnimi ukrepi:

- terapevtski dotik, s katerim pomirimo pacienta,
- pogovor,
- vključevanje svojcev,
- vključitev prostovoljcev, ki so pri pacientu preko dneva; na ta način bolj aktiviramo paciente,
- paciente, pri katerih je predpisan poseben varovalni ukrep, namestimo v sobo, ki je bližje sobi osebja,
- vključimo paciente.

Podlaga za opis poteka procesa fizičnega oviranja pacientov

PVU je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravstvene oskrbe osebe ali zaradi odprave oz. obvladovanja nevarnega vedenja pacienta, kadar je ogroženo njegovo zdravje ali življenje, zdravje ali življenje drugih ali z njim povzroča premoženjsko škodo sebi in drugim in ogrožanja ni možno preprečiti z drugim, blažjim ukrepom (ZDZdr, 2008).

Pred namestitvijo PVU moramo izključiti vse druge možnosti za obvladovanje nevarnega vedenja pacienta.

A) Razlogi za uporabo PVU so:

- odprava pacientovega nevarnega vedenja, ki je usmerjeno v samopoškodbo, samomorilnost ali v ogrožanje drugih,
- preprečitev motnje v terapevtskem programu (preprečimo odstranitev terapevtskega pripomočka – infuzija, želodčna sonda, ..),

- zahteva pacienta samega (lažje obračanje..),
- preprečitev škode na inventarju.

PVU ne smemo uporabiti :

- kot obliko kaznovanja,
- kot odgovor na neprijetno pacientovo vedenje, ki pa ni nevarno,
- če fizičnega oviranja ne moremo izvesti, ne da bi pri tem ogrozili varnost pacienta in osebja,
- pri vitalno ogroženem pacientu.

Pri omejevanju pacienta upoštevamo:

- vedno izberemo obliko omejevanja oziroma pripomoček, ki bo najbolj učinkovit,
- začnemo z najmanj omejevalnim načinom (najprej pogovor, pomiritev pacienta, različne stopnje nadzora ...),
- za najbolj omejevalnega se odločimo v situaciji, ko smatramo, da je to edina možna metoda.

B) Vrste omejevalnih ukrepov

- *Fiksacija s pasovi*

Fizično oviranje s pasovi izvajamo s standardiziranimi pasovi, ki jih pritrdimo z magnetnimi gumbi. Pri uporabi upoštevamo navodila proizvajalca. Ukrep lahko pravilno izvede le usposobljeno osebje. Med izvajanjem ukrepa pacienta ves čas opazujemo in se z njim pogovarjamo.

Uporaba improviziranih pripomočkov ni dovoljena.

Za PVU ne gre, kadar fizično omejevanje izvedemo zaradi rutinskih fizičnih pregledov ali omogočanje pacientovega sodelovanja pri aktivnostih brez tveganja poškodb.

C) Ocena pacientovega stanja oziroma načrt ukrepanja

Najprej ocenimo pacientovo zdravstveno in vedenjsko stanje ter predvidimo ukrepe. Ocena potrebe po PVU je zabeležena in načrtovana v zdravstveni dokumentaciji. Ukrep je vedno predpisan s strani zdravnika. Predpis vsebuje točno opredelitev vzroka oviranja, način oviranja in čas trajanja.

Diplomirana medicinska sestra ob sprejemu seznaniti pacienta in njegove svojce, če so prisotni, z možnostjo in namenom uporabe oviranja ter to zabeleži v negovalno anamnezo.

D) Odrejanje, predpisovanje

Ukrep PVU pacienta vedno odredi zdravnik.

Največkrat je v stiku s pacientom TZN / dipl. m. s., ki zdravnika obvesti o stanju pacienta. Zdravnik vedno pacienta pregleda in nato odrediti ukrep, ki ga TZN / dipl. m. s. izvede.

V primeru, da zdravnik ni dosegljiv, dipl. m. s. oceni nujnost uvedbe PVU in ga lahko skupaj s TZN izvede, če predhodno ugotovi, da so alternativni, preventivni in drugi ukrepi neučinkoviti. Takoj tudi obvesti zdravnika. Vedno uporabi način ali pripomoček, ki je za pacienta najmanj omejevalen ali restriktiven. Ukrep dokumentira. Zdravnik mora ukrep potrditi ali ga opustiti najkasneje v eni uri po namestitvi, kar se dokumentira.

PVU se lahko odredi po telefonskem naročilu le v primeru nujne zadržanosti zdravnika. Naročilo zabeležimo v ustrezno dokumentacijo.

Pri odločanju o PVU vedno upoštevamo postopnost ukrepov, ki si sledijo:

- pogovor in pomiritev pacienta,
- nadzor pacienta s strani dipl. m.s. /TZN,
- namestitev posteljne ograjice, v kolikor je ta indicirana,
- pacientu namestimo pasove za fizično omejevanje.

Ukrep ne sme biti nikoli predpisan kot stalen ali »po potrebi«.

Predpis velja največ za 24 ur (od vizite do vizite) in mora vsebovati časovni začetek in konec ukrepa. Še pred iztekom predpisanega časa trajanja in pred odločitvijo podaljšanja ukrepa mora zdravnik ponovno oceniti pacientovo stanje.

E) Izvedba ukrepa

Izvajalci:

- ukrep predpiše zdravnik,
- namestitev PVU lahko izvedejo d. m. s., dipl. babica, TZN, zdravnik

Število izvajalcev:

- najmanj dve osebi pri pacientu, ki sodeluje,
- pri agresivnem pacientu najmanj pet oseb (psihiatrija določa pet izvajalcev- na vsako okončino enega in vodja pri glavi pacienta).

Materiali in pripomočki:

- standardizirani pasovi, ki so vedno čisti, pripravljene in v kompletu,
- posteljna ograjica.

Priprava pacienta

- pacientu je potrebno pojasniti potrebo po izvedbi ukrepa in način izvedbe.

Vzrok namestitve posebnega varovalnega ukrepa:

- zaščita izvlečenja terapevtskih pripomočkov,
- vedenjske spremembe pri pacientu.

Izvedba intervencije:

- izberemo primerno velikost pasu,
- pripravimo izbrane pripomočke,
- posteljo dvignemo v primerno višino in pripravimo tako, da imamo dostop z vseh strani,
- iz pacientove okolice odstranimo predmete, ki so mu lahko nevarni (vžigalnik, nož, škarje, britvica ali druge predmete, ki bi lahko bili nevarni za pacienta in njegovo okolico),
- namestimo pasove.

Izbira primernih pasov

Pasovi naj bodo izdelani iz močne, pralne, bele tkanine. Pasovi morajo biti prilagojeni telesu pacienta (različne številke pasov). Zaradi varnosti in kakovosti zagotavljanja PVU so pasovi na magnetni sistem primerni. Posamezni pasovi imajo večje število fiksacijskih luknjic, ki omogočajo fiksacijo po meri. Med seboj se pasovi spenjajo z magnetnimi gumbi in odpenjajo s pomočjo magneta. Magnetni gumb lahko snamemo samo s pomočjo magneta.

Pasovi so namenjeni oviranju gibanja rok in nog in so podloženi, tako da se koža pacienta ne more poškodovati. Pasovi so pralni (95°C) in jih po uporabi operemo in pripravimo za nadaljnjo uporabo.

Komplet pasov za PVU vsebuje:

- telesni pas (trebušni pas) – 1 kom
- manšetni pas za roke s filcem – 2 kom
- manšetni pas za noge s filcem – 2 kom
- pas za fiksiranje nog na posteljo – 1 kom
- magnetni gumbi - 8 kom
- magnet - 2 kom (rdeča barva)

Patentni gumb – magnet:



POSTOPEK NAMESTITVE: na posteljo pritrdimo trebušni pas in dodatni pas za oviranje gibanja nog. Pazimo, da pasova dobro pritrdimo na ogrodje postelje tako, da stranska pasova, namenjena fiksiranju pasu na posteljo, ovijemo okoli ogrodja postelje in spnemo z magnetnima gumboma.

Pri trebušnem pasu pazimo, da je rdeča oznaka zgoraj in obrnjena proti nogam. Zanki pri dodatnem pasu za noge gledajo navzgor in so obrnjene proti nogam.



Trebušni pas namestimo pacientu v višino popka (spodnji rob). Zgornji del trebušnega pasu položimo prek pacienta in spojimo z **dvema** magnetnima gumboma, od katerih je vodilni magnetni gumb na sredini pasu. Trebušni pas zategnemo le toliko, da je med pacientovim trebuhom in pasom za **plosko dlan** prostora. Pacienta ne sme tiščati in omogočiti mu mora normalno dihanje. **Obvezno** dodamo stranske bočne pasove. Del stranskega pasu, ki je prost, povlečemo skozi kovinsko zaponko na njem samem in tako dobimo zanko, ki jo zategnemo. Stranski pas nato prirpemo na gumb, s katerim je trebušni pas pritrjen na posteljo.

Manšete za oviranje gibanja rok namestimo na zapestje tako, da v všitek krajše manšete vstavimo iglo gumba in manšeto tesno (ne sme tiščati in je brez gub – med kožo in manšeto je za prst prostora) namestimo na zapestje tako, da vodimo krak skozi kovinsko zaponko in vrnemo v isto smer. Skozi pritrtilno luknjico na manšetnem kraku potisnemo iglo gumba vstavljenega v manšeto in pokrijemo z magnetnim gumbom. Prosti krak manšete povlečemo z notranje strani (od telesa navzven) skozi zanko na trebušnem pasu in vrnemo nazaj ter pritrldimo z gumbom, ki smo ga prej fiksirali. Če želimo omogočiti gibanje rok, pritrldimo krak manšete na stranski rob trebušnega pasu.

Nožne manšete so daljše od ročnih in jih namestimo na nogo tik nad gležnjem, ne zategnemo preveč (ne sme tiščati in je brez gub – med kožo in manšeto je za prst prostora), toliko, da pacient noge ne more izvleči. Manšeto nato pritrldimo na osnovni nožni pas z notranje strani, ki mora biti trdno pritrjen na posteljo. Magnetni gumb naj bo vedno na vrhu in ob straneh postelje.

Posteljna varovalna ograja je pripomoček, ki ga namestimo na posteljo z namenom zaščititi pacienta pred padcem. Ograje so dvodelne in enodelne. Uporabimo jih na eni ali na dveh straneh postelje. Pri nameščeni ograji je pomembno, da s ponovnim preverjanjem (ograj o narahlo poskušamo premakniti desno – levo) ugotovimo, ali je ograja pravilno nameščena.

Za zagotavljanje varnosti in kakovosti izvajanja PVU je potrebno upoštevati:

- vsaka improvizacija pomeni odklon,
- če ne obstaja možnost, da bo pacient z rokami izvlekel sondo, i.v. kanilo itd., mu roke pustimo proste; v takem primeru poleg trebušnega pasu uporabimo še oviranje gibanja ene noge, nikoli tesno ob posteljo. Dolžina nožnega pasu mora omogočati gibanje noge,
- če ima pacient srčni spodbujevalnik, morajo biti magnetni gumbi od njega oddaljeni vsaj 10 cm,
- magnetni gumbi so nameščeni ob strani ali na vrhu manšete, nikoli spodaj,

- po uporabi magnetne gumbe obrišemo z razkužilnim robčkom, ne namakamo jih v razkužilu, ker se poškodujejo,
- magnetnih gumbov in magnetov ne shranjujemo v isti embalaži (pride do razmagnetenja),
- pred pranjem pasu gumbe odstranimo. Vse pasove označimo z oznako oddelka ter jih vložimo v vrečo, ki je prav tako označena,
- na oddelku naj bo zadolžena oseba, ki bo v dogovorjenih časovnih terminih preverjala stanje (število, kompletnost, brezhibnost) pasov.

F) Nadzor stanja pacienta, pri katerem je predpisan PVU

Stanje pacienta je potrebno, glede na načrt, ocenjevati, nadzirati in vrednotiti.

Aktivnosti nadzora pacienta:

- V primeru, da se pasovi namestijo **nasilnemu** pacientu, mora zdravnik ponovno pregledati pacienta po eni (1) uri po predpisani omejitvi. V prvi uri se izvaja opazovanje na 15 min. Kasneje na dve (2) uri, če je pacientovo stanje stabilno oz. glede na predpis zdravnika. Na področju psihiatrije se izvaja stalni nadzor pacienta, pri katerem se izvaja PVU.
- Pri dolgotrajnejšemu PVU najmanj na štiri (4) ure zdravnik pregleda pacienta in presodi smiselnost nadaljnega izvajanja PVU. Ob tem sprostimo pasove, pregledamo stanje kože, poskrbimo za razgibavanje fiksirane okončine.
- Poskrbimo, da pacient popije zadosti tekočine in nadziramo mikcije. Če skupaj z omejevanjem izvajamo še osamitev, je potrebno pri pacientu izvajati stalen nadzor.
- Pri pacientu, pri katerem izvajamo PVU, merimo vitalne funkcije in ocenjujemo njegovo zavest in splošno orientiranost vsaj na dve (2) uri, oziroma pogosteje, v kolikor je pacient življenjsko ogrožen.

G) Dokumentiranje

Dokumentiramo sproti, natančno in skrbno. Vedno dokumentiramo tudi odstopanja in zaplete. Dokumentacija omejevanje pacienta vsebuje naslednje podatke:

- pacientove osebne podatke,
- datum in čas odreditve varnostnega ukrepa,
- vrsta ukrepa,
- opis pacientovega vedenja,
- poskus uporabe alternativnih in manj omejevalnih ukrepov,
- ime in priimek ter podpis zdravnika,
- opis pacientovega telesnega in duševnega statusa,
- beleženje vitalnih funkcij, vnos tekočine, izločanje, barva kože,
- čas prekinitve ukrepa.

V primeru, da smo ukrep izvedli pred prihodom zdravnika, je za izvedbo odgovorna dipl. m. s., ki obvezno dokumentira:

- vrsto ukrepa in čas uvedbe ukrepa,

- opis pacientovega vedenja,
- čas obvestila zdravnika,
- podpis dipl.m.s.

H) Usposabljanje

Aktivnosti omejevanja pacienta izvajajo dipl. m. s. /TZN, ki so ustrezno usposobljeni – poznajo teoretične osnove o nevarnem vedenju in njegovih posledicah. Izobražene in usposobljene diplomirane medicinske sestre bodo izbrale primeren pristop k pacientu, ki se nevarno vede in bodo znale pravilno uporabiti ustrezno metodo omejevanja, izvajati nadzorovanje, ocenjevati potrebe po zdravstveni negi in zagotavljati izvajanje ustreznih aktivnosti zdravstvene nege pacienta, pri katerem se izvaja PVU.

Usposabljanje je potrebno izvajati redno, v rednih časovnih presledkih, v skladu z bolnišnično politiko, vendar najmanj enkrat letno.

Usposablajo se vsi, ki so vključeni v odrejanje in izvajanje PVU.

Kazalniki kakovosti

Merjenje učinkovitosti in uspešnosti procesa spremljamo z notranjim pregledom nad izvedbo procesa v vsaki bolnišnici:

| kazalnik-kaj merimo | osnova -vir | kdo, meri-analizira | pogostost merjenja | poročanje -ukrepi-komu, kje? |
|--|--|------------------------------|------------------------------------|--|
| <i>pravilno izveden posebni varovalni ukrep</i> | <i>Interni strokovni nadzor</i> | <i>odgovorna dipl. m. s.</i> | <i>2 x letno na vsakem oddelku</i> | <i>pomočnik/ca direktorja za ZN, Odbor za kakovost</i> |
| <i>pravilno izpolnjena dokumentacija predpisovanja, omejevanja in opazovanja</i> | <i>10 izpolnjenih dokumentov na vsakem oddelku</i> | <i>odgovorna dipl. m. s.</i> | <i>2 x letno na vsakem oddelku</i> | <i>pomočnik/ca direktorja za ZN, Odbor za kakovost</i> |

Na nacionalni ravni posredujemo podatke odgovornim:

Kazalnik 1

Incidenca PVU v bolnišnici

| | |
|-------------|--|
| števec: | število vseh pacientov s PVU |
| imenovalec: | število vseh sprejetih pacientov v zdravstveno ustanovo - odštajemo: <ul style="list-style-type: none"> - paciente, mlajše od 18 let, - ženske po porodu, - spremljevalce, doječe matere, |

| | |
|--|---|
| | - paciente v dnevni in enodnevni obravnavi. |
|--|---|

Kazalnik 2

| | |
|-------------|--|
| števec: | število pacientov s PVU do 3 ure (180 min) |
| imenovalec: | število vseh pacientov s PVU |

Kazalnik 3

| | |
|-------------|---|
| števec: | število pacientov s PVU več kot 3 ure (181 min do 1440 min) |
| imenovalec: | število vseh pacientov s PVU |

Vodenje registra

Za ustrezno obravnavo pacientov, ki so fizično ovirani s pasovi, vzpostavimo enotno vodenje teh pacientov v vsaki bolnišnici v obliki registra. Namen registra je, da so zdravniki in medicinske sestre seznanjeni, kateri pacienti zaradi uporabe fizičnega oviranja s pasovi potrebujejo posebno pozornost. Prav tako pa register omogoča pregled stanja na tem področju v bolnišnici in primerjavi med bolnišnicami. Priporočljivo je, da se poleg imena in priimka pacienta iz registra razvidni še naslednji podatki: vrsta PVU, bolniški oddelek in morebitne posebne potrebe in zahteve.

Literatura

1. Ahlin M, Bokal L, Gložančev A, Hajnšek-Holz M, Humar M, Keber J et al. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS; 2000.
2. Ben Natan M, Akrish O, Zaltkina B, Noy RH. Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(5):499-507.
3. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(3):27-32.
4. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O Leary N et al. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care.* 2004;9(5):199-212.
5. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O'Leary M, et al. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care* 2004; 9 (5): 199–212.
6. Bregar B, Možgan B. Zagotavljanje varnosti pacientov v psihiatriji - vidik zdravstvene nege. In: Skela Savič B, et al, eds. Zbornik predavanj z recenzijo / 5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe, 7. - 8. junij 2012. Jesenice : Visoka šola za zdravstveno nego; 2012a: 444-50.
7. Bregar B, Možgan B. Posebni varovalni ukrepi – primerjava s tujino. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi : zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev

- medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012b: 13-22.
8. Coercive Measures in Medicine. Medical ethics Guidelines of the SAMS. Geneva: Central Ethics Committee of the SAMS; 2005.
 9. Dolčič T. Delo s stanovalci z demenco. Posvet MDDSZ in skupnosti socialnih zavodov, Hotel Mons, 4. 5. 2011. Dostopno na: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/govori__sporocila__izjave/Demenca_-_ugotovitve_maj_2011.pdf (28. 3. 2012).
 10. Dolenc A. Medicinska etika in deontologija 2, Razprave. Ljubljana : Mihelač; 1997.
 11. Donat D. Employing behavioral methods to improve the context of care in a public psychiatric hospital: Reducing hospital reliance on seclusion/restraint and psychotropic PRN medication. *Cogn Behav Pract.* 2002;9(1):28-37.
 12. Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv.* 2003;54(8):1119-23.
 13. Hollins L, Stubbs B. Managing the risk associated with physical intervention: a discussion paper. *The British Journal of Forensic practice.* 2011;13(4): 257-263.
 14. Karlsson S, Bucht G, Sandman PO. Physical restraint in geriatric care: knowledge, attitudes and use. *Scand J Caring Sci.* 1998;12(1):48-56.
 15. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.
 16. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 1992.
 17. Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Cocoman A, Turpeinen S, Kuosmanen L, et al. Nurses and physicians educational needs in seclusion and restraint practice. *Perspect Psychiatr Care* 2009; 45 (3): 198–207.
 18. Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Grigori J. Patients restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics.* 2010;17(1):65-76.
 19. Možgan B. Posebni varovalni ukrepi. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana:Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 439-43.
 20. NIAHO: National Integrated Accreditation for Healthcare Organisations; Interpretative guidelines and surveyor guidance: Revision 8.0.12.Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics* 2003; 10 (5): 512.
 21. Reduction of Patient Restraint and Seclusion in Health Care Settings. ANA Position Statement. Silver Spring: The American Nurses Association; 2012. Dostopno na: <http://www.nursingworld.org/restraintposition> (2. 11. 2012).
 22. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud.* 1998;35(3):184-91.
 23. Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe. White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Council of Europe. Dostopno na: <http://www.ijic.org/docs/psychiatry.pdf>. (23.3.2012)
 24. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R, Conca A, Hatling T, Janssen W et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals:a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(9):889-97.

25. Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J. A review of interventions to reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(6):413-24.
26. Strout DT. Perspectives on the experience of being physically restrained: An Integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19(6):416-27.
27. Sullivan D, Wallis M, Lloyd C. Effect of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *International Journal of Therapy and Rehabilitation.* 2004;11(11):503-8
28. Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics* 2003; 10 (5): 512.
29. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.
30. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.